

## IMPACTO DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO NA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

KEITEL, Caroline<sup>1</sup>  
THIELE, Anaili<sup>2</sup>  
TOPANOTTI, Jenane<sup>3</sup>  
CASSOL, Karlla<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as consequências, identificar as queixas de deglutição e analisar quais consistências são mais seguras para os pacientes pós-radioterapia. **Metodologia:** Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica descritiva que utilizou dados de um estudo realizado na União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer na cidade de Cascavel-PR, em pacientes adultos com neoplasias de cabeça e pescoço, que estiveram internados, submetidos à radioterapia, onde foi aplicada a Avaliação de Segurança da Deglutição. **Resultados:** A pesquisa avaliou 10 indivíduos, com média de 67 anos. O local onde ocorreu maior incidência de câncer foi em cavidade oral (40%). Na deglutição espontânea, todos os indivíduos analisados apresentaram ausculta cervical positiva o que concorda com outros estudos onde relatam alterações na ausculta cervical na maioria dos pacientes com disfagia de grau moderado e severo. Cinco (50%) apresentaram alimentação eficiente. No que diz respeito à função oral, sete (70%) dos pacientes apresentavam nível 7, sendo que este estabelece via oral total sem restrições. Quanto à via de alimentação, nesta pesquisa a maioria dos pacientes apresentaram alimentação por via oral, alimentando-se sozinho, corroborando com outros achados na literatura, onde a minoria fez uso de sonda. Oito (80%) possuíam ausência de tosse, dispneia, voz molhada e pigarro, sete (70%) com ausência de elevação laríngea na consistência pastoso e líquido. **Conclusão:** Foi possível verificar que as principais sequelas encontradas foram ausência de elevação laríngea, trânsito oral lentificado e ausência de tosse. Concluímos que a consistência eleita mais segura é a pastosa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer. Disfagia. Fonoaudiologia.

### 1. INTRODUÇÃO

O ato de deglutir, engolir é considerado primordial para manutenção da vida, por ser a principal via de alimentação, sendo por meio deste, que é garantido a nutrição e hidratação do corpo humano. Trata-se de um ato rápido e automático, entretanto, seus mecanismos estão entre os mais complexos da neurofisiologia (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). A deglutição é uma continuidade de contrações musculares que empurram o bolo alimentar desde a cavidade oral até o estômago (BRADLEY, 1981).

A deglutição é usualmente organizada em quatro fases. Marchesan (1993) explica: a primeira é a preparatória, onde o alimento é triturado; a segunda fase é a oral, momento em que a língua impulsiona o bolo para a orofaringe; a terceira fase, faringiana, onde a laringe se eleva, a epiglote fecha, fazendo a proteção das vias aéreas e o bolo desce até o esôfago; a quarta e última

<sup>1</sup> Acadêmica em Fonoaudiologia – Centro Universitário Assis Gurgacz.

<sup>2</sup> Fonoaudióloga - Centro Universitário Assis Gurgacz.

<sup>3</sup> Docente no Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário Assis Gurgacz.

<sup>4</sup> Docente no Curso de Fonoaudiologia - Centro Universitário Assis Gurgacz.. E-mail: karlla\_cassol@hotmail.com

fase denominada esofágica, faz a passagem do bolo para o estômago. Quaisquer alterações nesse processo, bem como o cansaço e/ou fadiga das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo causa disfagia (MACEDO-FILHO, GOMES, FURKIM, 2000).

A disfagia pode ser definida como a dificuldade para deglutir ou como um distúrbio da deglutição, no qual ocorrem modificações em qualquer etapa do processo, em consequências a causas congênitas ou adquiridas por meio do comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico (LOGEMANN, 1983; HORNER e MASSEY, 1991; TEASELL et al, 1996; FURKIM e SILVA, 1999; DINIZ, 2003).

A penetração de alimento ou secreção na laringe no nível da região subglótica denomina-se aspiração, sendo o principal indicador de disfagia, pois dependendo da frequência e quantidade aspirada, ocorrem comprometimentos respiratórios, como a pneumonia aspirativa, que além de agravar o estado de saúde geral do indivíduo, pode evoluir ao óbito (PILZ, 1999).

O câncer é citado como uma enfermidade multicausal crônica, definido pelo crescimento inadequado das células, e é citado pelos principais órgãos mundiais da saúde, como a primeira causa de mortalidade no mundo, sendo que em 2012 já atingia cerca de 14,1 milhões de pessoas (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 20012). Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia o número de novos casos de Câncer de Cabeça e pescoço, incluindo os que acometem a cavidade oral, faringe e a laringe, é cerca de 6% de todos os casos e a mortalidade é cerca de 5%. Os dados de incidência de Câncer de Cabeça e Pescoço demonstram que o câncer de boca e laringe é mais incidente na região Sul e Sudeste do Brasil (CURADO e MARTINS, 2006).

Estimam-se, para o Brasil, no ano de 2014, 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Tais valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres. O câncer de cavidade oral é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. A última estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos, para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio. Desses, cerca de 80% ocorreram em países em desenvolvimento. As mais altas taxas de incidência foram observadas em populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa Oriental, Central e Ocidental, da África e da América Central. Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são: tabagismo, etilismo, infecções por HPV, principalmente pelo tipo 16, e exposição à radiação UVA solar (câncer de lábio). Contudo, entre tais fatores, destacam-se o tabagismo e o etilismo. Estudos mostram um risco muito maior de desenvolver câncer na cavidade oral em indivíduos tabagistas e etilistas do que na população em geral, evidenciando a existência de uma sinergia entre o tabagismo e o etilismo. Ressaltam ainda um aumento no risco de acordo com o



tempo que a pessoa fuma, com o número de cigarros fumados por dia e com a frequência de ingestão de bebidas alcoólicas (INCA, 2014).

A Motricidade Orofacial é a área da Fonoaudiologia que estuda a musculatura dos lábios, língua, bochechas e face e as funções a elas relacionadas, como a respiração sucção, mastigação, deglutição e fala. Atua na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento de pessoas com comprometimento destas funções, bem como no aprimoramento da estética facial. Nesta área, o fonoaudiólogo pode atuar em parceria com outros profissionais como dentistas, médicos de diversas especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos. Sendo assim, o fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológicos das disfagias. Além de elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais, proporcionando deglutição com segurança, além de acompanhar a realização de exames como videoendoscopia ou videofluoroscopia da deglutição, realizando análise e laudo funcional da deglutição. Cabe a esse profissional também orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco para disfagia e no encaminhamento para avaliação fonoaudiológica. Existem vários procedimentos a serem adotados pelo profissional, dentre eles, avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da sucção, mastigação e deglutição, utilizando, entre outros, instrumentos padronizados, buscando identificar a fisiopatologia deste processo (Resolução CFFa nº 359/08).

No acompanhamento e reabilitação da disfagia, o fonoaudiólogo é considerado um profissional diretamente envolvido, estando presente em cerca de 92% dos casos.

Compreende-se por câncer de cabeça e pescoço, o câncer de lábio e cavidade oral (mucosa bucal, gengivas e palato duro, língua e assoalho), orofaringe (amídalas, palato mole e base da língua) nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, seios paranasais, laringe, glândulas salivares e glândula tireóide (OLIVEIRA, et al, 2008).

O câncer, de maneira global, gera sequelas negativas na qualidade de vida geral do indivíduo, atenção maior deve ser dada quando a neoplasia é na região de cabeça e pescoço, onde o acompanhamento fonoaudiológico é indispensável, tanto no pré, quanto no pós-tratamento, orientando sobre os cuidados e as possíveis lesões que o tratamento ocasionará e reabilitando o paciente das sequelas ocasionadas no decorrer do tratamento, sejam elas em virtude da intervenção cirúrgica, ou dos tratamentos quimio e radioterápico. Esse acompanhamento é fundamental, uma vez que, esse processo acarreta prejuízos no funcionamento adequado das funções estomatognáticas, em especial para a deglutição e a fala, além de alterações emocionais e de saúde geral, intervindo na qualidade de vida do paciente.

Estudos falam sobre as principais intercorrências causadas pelos cânceres de cabeça e pescoço, é possível verificar que nas ressecções de língua, as alterações na função irão depender do tamanho, da extensão e da infiltração da lesão. As principais sequelas pelo tratamento estão relacionadas ao processo de deglutição e fala, e incluem-se as dificuldades na formação, propulsão ântero-posterior ou retenção do bolo alimentar, o aumento do tempo de trânsito oral, a presença de estase de alimentos nos sulcos anterior e lateral, palato duro (alimentos mais espessos) e valécula, o aumento do número de deglutições e diminuição da inteligibilidade da fala, isso irá interferir na qualidade da alimentação, e conseqüentemente de vida do paciente. O tratamento do câncer, que tem como finalidade a redução ou eliminação das enfermidades, acaba por gerar conseqüências negativas (LIMA, BARBOSA, SOUGAY, 2017).

Os pacientes com câncer enfrentam inúmeros problemas de estado de saúde geral, sendo a desnutrição o maior deles, em decorrência da dificuldade em engolir, sendo encontrada entre 40% e 80% dos pacientes no momento do diagnóstico. A desnutrição do paciente com câncer é multifatorial, depende muito da localização do tumor, do tratamento, e do estado de evolução da doença (CORREA e SHIBUYA, 2007; FRUCHTENICHT et al. 2015).

O tratamento do câncer tem como objetivo reduzir ou eliminar o tumor e a lesão, e com isso intervir na melhora da qualidade de vida. Entre os principais tratamentos de câncer encontramos a cirurgia que é considerada a modalidade de tratamento mais antiga e definitiva, principalmente quando o tumor está em estágio inicial e em condições favoráveis para sua retirada. Também a quimioterapia sendo um tratamento que utiliza medicamentos extremamente potentes no combate ao câncer, com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento das células doentes e a radioterapia o método mais utilizado para tumores localizados, que não podem ser retirados por cirurgia (ressecados) totalmente, ou para tumores que costumam retornar ao mesmo local após a cirurgia. Para o tratamento do câncer a cirurgia, quimioterapia e radioterapia podem ser realizadas de forma isolada ou em combinação, e a melhor opção de tratamento deve ser definida pelo médico levando em conta o tipo do câncer e o estágio da doença.

Assim Campos (2010) evidencia que a radioterapia é considerada a primeira espécie de tratamento nas neoplasias que são de cabeça e pescoço, e pode ser empregada como o único tratamento ou em associação com a cirurgia e quimioterapia. Segundo o Ministério da Saúde (2002) a radioterapia, consiste em uma modalidade terapêutica que aplica as radiações ionizantes na batalha contra as neoplasias.

Uma das possíveis alterações segundo Greene (1989) em pacientes submetidos à radioterapia e a quimioterapia é a xerostomia, decorrendo de alterações nas estruturas da cavidade

oral, vindo a prejudicar inclusive, a deglutição e a paralisia facial (GUEBUR et al. 2004)<sup>18</sup>. Em uma revisão sistemática realizada sobre o tema que pretendeu refletir e discutir sobre os limites e benefícios da atuação fonoaudiológica durante a radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço SANTOS (2015) constatou que as queixas mais comuns dos pacientes com câncer foram: levar muito tempo para comer a refeição, comida parada na garganta, demora em engolir, dificuldade de mastigação e dificuldade de levar o alimento da boca para a garganta.

Os pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço que recebem radioterapia podem desenvolver reações na mucosa de diferentes intensidades denominadas mucosites (ROSE-PED et al, 2002). A tosse e os engasgos podem ser os primeiros sintomas de uma disfagia, desencadeando no paciente um estado de angústia e medo na hora das refeições. E, que estas são decorrentes do tratamento radioterápico (SCHALCH, 1994). As disfagias pós-cirúrgicas podem ser temporárias dependendo das estruturas remanescentes e resultarem em adaptação ou restrição de algumas consistências (CARRARA DE-ANGELIS e FÚRIA, 2001).

Estes pacientes podem também apresentar outros sintomas relacionados à disfagia, como: uma leve odinofagia, desconforto retroesternal, sensação de corpo estranho no esôfago proximal, dor epigástrica, anorexia, náuseas, perda sanguínea e emagrecimento sem explicação aparente (DANI, 1998). Elas podem trazer limitações funcionais e complicações importantes, como entrada de alimento em via aérea (laringe, traquéia e pulmões), pneumonia e desnutrição, interferindo na qualidade de vida.

Quando se fala em qualidade de vida em disfagia vários aspectos do cotidiano do paciente podem estar comprometidos, como interferências na parte física, emocional, psicológica, afetando inclusive o convívio social do indivíduo (PORTAS, 2009).

Muitos indivíduos que apresentam disfagia demonstram dificuldade em vários aspectos da sua vida. Sentem que lidar com o problema da alimentação é muito difícil, muitas vezes já não sentem o mesmo desejo de comer a comida preferida como faziam antes, referem que há demora em se alimentar e que a comida esfria no prato, não conseguem selecionar os alimentos que podem comer, pois sentem dificuldades tanto com líquidos quanto com sólidos, muitas vezes sentem medo de se alimentar, restringem-se do convívio com familiares e amigos, apresentam tendência ao isolamento, sentem-se desanimados e a alimentação que deveria ter função social, prejudica-se em função da ausência de prazer ao se alimentar (PORTAS, 2009).

Portanto, a identificação dos pacientes que estão em maior risco para disfagia, é fundamental no direcionamento de medidas preventivas e terapêuticas. Para esses pacientes, segundo a Sociedade Européia de Oncologia Médica (2011), a disfagia é um fator limitante para a

intensificação da radioterapia. Aprofundar conhecimentos nessa área possibilita repensar em novas técnicas de intervenção terapêuticas em disfagia, permitindo intensidade no tratamento, aumentando a sobrevivência de pacientes oncológicos.

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo caracterizar as consequências na deglutição decorrentes do tratamento radioterápico, identificando as queixas de deglutição pós-tratamento radioterápico e analisando quais consistências são mais seguras para os pacientes pós-radioterapia.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva realizada no banco de dados do departamento de Fonoaudiologia na Faculdade Assis Gurgacz.

A pesquisa de campo originária ocorreu no ano de 2014 na instituição União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer – UOPECCAN, localizada na cidade de Cascavel Paraná (CAAE 35016014.5.0000.5219). Nessa pesquisa, de caráter exploratório e abordagem quantitativa, usaram como critérios de inclusão os pacientes adultos (acima de 18 anos), com neoplasias, internados na UOPECCAN, submetidos à radioterapia, que estiveram com dieta via oral e livre, e os critérios de exclusão foram pacientes menores de 18 anos, que não realizaram ou ainda não estavam em tratamento com radioterapia, que se encontravam com via oral suspensa ou dieta restrita, ou os que não concordaram em participar da pesquisa. Todos os sujeitos entrevistados e avaliados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na coleta de dados foi utilizado a Avaliação de Segurança da Deglutição – ASSED. Esse protocolo foi selecionado por contemplar dados do prontuário do paciente, avaliação estrutural da deglutição e os sinais e sintomas que possibilitam indicar um quadro de disfagia. Na ocasião, para a avaliação da deglutição funcional do paciente foi ofertado alimentos em três consistências: líquido, pastoso e sólido. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2014.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu por meio da análise de todos esses protocolos aplicados na pesquisa de campo. Os dados foram levantados, analisados e selecionados de acordo com os objetivos desta pesquisa. Os critérios de inclusão utilizados foram pacientes que possuíam diagnóstico de Câncer de Cabeça e Pescoço, submetidos ao tratamento radioterápico, e os demais prontuários foram excluídos por não se encaixarem no viés da pesquisa.

Do total de 70 protocolos que foram encontrados no banco de dados, apenas 10 foram utilizados nesta pesquisa. Esses 10 artigos foram analisados e tabulados e a partir disso foram



realizadas análises descritiva e quantitativa dos dados analisados. Essa análise é apresentada nos resultados.

#### 4. RESULTADOS

Essa pesquisa é secundária a uma pesquisa de campo, realizada em 2014 na União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECAN), na cidade de Cascavel-PR, por meio de um convênio estabelecido entre a Faculdade Assis Gurgacz (FAG) e a instituição oncológica. O estudo ocorreu em pacientes adultos com neoplasias, que estiveram internados, submetidos à quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia. A pesquisa avaliou 70 indivíduos e nesta pesquisa foram utilizados apenas 10 prontuários (14,2%), que se encaixavam nos objetivos propostos desta pesquisa.

Para a realização da pesquisa de campo citada acima foi utilizado a Avaliação de Segurança da Deglutição – ASED (FURKIM et al, 2013)<sup>26</sup>, que contempla dados do prontuário do paciente, avaliação estrutural, de seus sinais e sintomas. A pesquisa foi dividida em etapas: na primeira fez-se um levantamento dos pacientes do hospital citado, atendendo os critérios de inclusão. Na sequência incidu o contato com o paciente para que o ele assinasse o TCLE. Na segunda etapa fez-se o levantamento de informações do prontuário do paciente, como tipo da neoplasia, localização, tempo de diagnóstico, tratamento, entre outras informações. Na terceira etapa houve entrevista com o paciente no intuito de investigar as queixas dele em relação à deglutição. Sequencialmente foi realizada a aplicação do protocolo ASED, que avaliou a motricidade orofacial sobre os aspectos morfológicos, posturais de tônus e mobilidade das partes na cavidade oral envolvidas na fase oral da deglutição e da avaliação desta fase por oferecimento de alimento em três consistências: líquido, pastoso e sólido. O fisioterapeuta da instituição acompanhou esta fase.

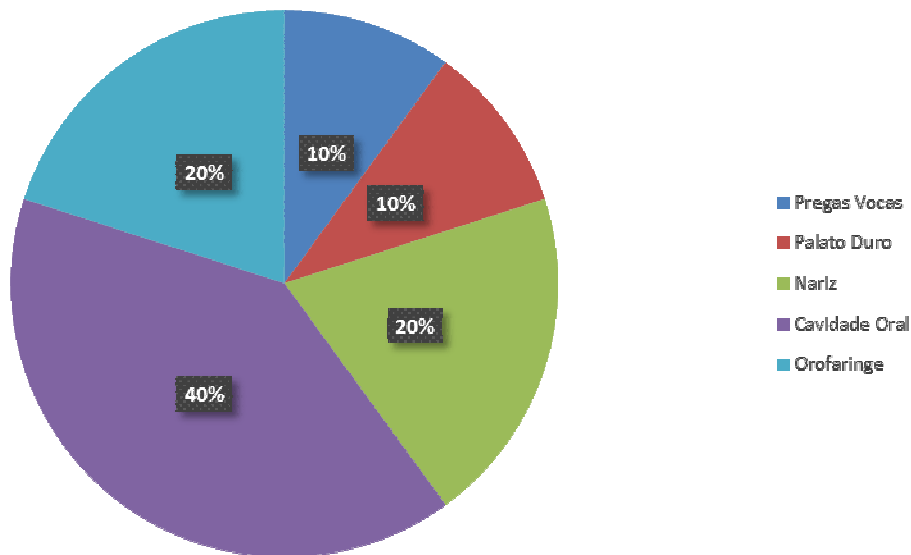
E neste trabalho analisamos os dados que foram coletados, através dos protocolos. Nos prontuários analisados alguns itens não apresentavam marcação, e trazemos aqui como: sem informação ou sem resposta.

Dos indivíduos desta pesquisa sete (70%) são do sexo masculino e três (30%) do sexo feminino, com idade entre 46 e 88 anos, sendo predominante a idade entre 61 e 63 anos. Quanto ao diagnóstico “neurológico”, nenhum dos prontuários apresentava essas informações.

Nos “aspectos clínicos” o paciente que apresentou lesão a esclarecer em palato duro, também apresentou, nódulo de colo uterino e verruga em região de face. Dos dois pacientes com lesão no nariz, um (10%) se estende também em seios de face e mucosite, e o outro (10%) ressecção e lesão de pele. Dos quatro pacientes (40%) com lesão em cavidade oral, um (10%) também relatou

leucemia linfática crônica, outro (10%) neoplasia de pulmão, e outro (10%) lesão em mandíbula, que precisou ser retirada.

Gráfico 1 – Dados apresentados nos aspectos clínicos, quanto ao local das lesões.



Fonte: UOPECAN (2014)

Sobre o estado nutricional, apenas um paciente (10%) apresentou boa nutrição, outro (10%) foi classificado como estado nutricional médio, e o restante, correspondente a oito pacientes (80%) não continham informação. Do total, quatro (40%) apresentaram alimentação via oral, e nos demais seis (60%) essa informação não foi apresentada no prontuário. Sete pacientes (70%) possuíam respiração ambiente, sem uso de ventilação mecânica, traqueostomia e válvula de fala. Dois (20%) não continham informações e um (10%) fazia uso de traqueostomia e válvula de fala, sendo este o que apresentou lesão em pregas vocais.

Sobre o item “consciência”, em nenhum dos dez prontuários analisados, essa informação foi referida. Em relação ao item “cognitivo” três pacientes (30%) não apresentaram alterações de fala e sete (70%) não apresentavam informações.

Esse protocolo, além da coleta de informações oncológicas, de estado geral de saúde e cognição, também realizava a avaliação dos pacientes. Segue tabela sobre a avaliação dos pacientes em repouso.



Quadro 1 – Dados da avaliação de “observação no repouso”.

	Apresentaram	Não apresentaram	Não informado
<b>Controle cervical</b>	8 pacientes (80%)		2 pacientes (20%)
<b>Posição</b>	8 pacientes (80%) sentados		1 paciente (10%)
	1 paciente (10%) em decúbito dorsal		
<b>Adaptações</b>		8 pacientes (80%)	2 pacientes (20%)
<b>Respiração</b>	3 pacientes (30%) respiração nasal		3 pacientes (30%)
	3 pacientes (30%) respiração mista		
	1 paciente (10%) respiração ruidosa		
<b>Vedamento labial</b>	5 pacientes (50%)	2 pacientes (20%) não apresentavam eficiência	3 pacientes (30%)
<b>Refluxo nasal</b>	1 paciente (10%)	9 pacientes (90%)	

Fonte: UOPECAN (2014).

Sobre o item “sialorréia”, oito (80%) indivíduos não à apresentaram, um (10%) com presença de sialorréia e um (10%), não apresentou a informação no prontuário. Do total, três (30%) indivíduos estavam com postura de língua normal e sete (70%) não apresentaram informações. Dos dez prontuários analisados, um (10%) teve a marcação que indicava estar com presença de estase em cavidade oral e nove (90%) prontuários, essa informação não foi sinalizada. Dos dez, seis (60%) apresentaram mandíbula continente, um (10%) mandíbula não continente e três (30%) não apresentavam respostas. Na ausculta cervical, nove (90%) apresentaram ausculta positiva e um (10%) não apresentou resposta.

Na “deglutição espontânea”, todos os indivíduos analisados (100%) apresentaram ausculta cervical positiva, segundo informações do prontuário.

Quadro 2 – Dados da “avaliação estrutural”

	Apresentaram	Não apresentaram	Não informado
<b>Dentição</b>	Dentição incompleta (40%)		
	Dentição completa (60%)		
<b>Sensibilidade</b>	Sensibilidade facial normal (100%)	Sensibilidade de língua (10%)	Sensibilidade de língua (40%)
	Sensibilidade de língua normal (50%)		
		Reflexo de vômito (10%)	

Reflexos orais	Reflexo de vômito e palatal (40%)	Reflexo de vômito e palatal (10%)	Reflexo de vômito e palatal (40%)
<b>Higiene Oral</b>	Higiene oral regular (70%)		Higiene oral (20%)
	Péssima higiene oral (10%)		
<b>Mobilidade isolada de língua</b>	Eficiente (50%)		
	Não eficiente (50%)		
<b>Mobilidade de lábio</b>	Eficientes (40%)		
	Não eficiente (60%)		
<b>Mobilidade de bochecha</b>	Eficiente (40%)		
	Não eficiente (60%)		
<b>Mobilidade de mandíbula</b>	Eficiente (40%)		
	Não eficiente (60%)		

Fonte: UOPECAN (2014).

Na “avaliação vocal” sete pacientes (70%) obtiveram uma média entre eles de 8,2 segundos no TMF – Tempo Máximo de Fonação, enquanto que os outros três (30%) não conseguiram realizar o teste. No item que abordava sobre a tosse voluntária, dois (20%) foram sinalizados e oito (80%) não apresentam resposta. Na qualidade vocal um (10%) apresenta voz soprosa, outro (10%) voz normal e oito (80%) não apresentaram resposta. Um (10%) paciente apresentava intensidade vocal reduzida, um (10%) normal e em oito (80%) prontuários, essa informação não foi marcada. Dois pacientes (20%) apresentavam após a deglutição de saliva voz “molhada” e nos demais (80%) essa resposta não foi informada. Sobre a ressonância vocal um (10%) paciente apresentava hiponasalidade e nove (90%) não foram marcados no prontuário.

Durante a avaliação funcional dos alimentos, foi ofertado a sete (70%) dos pacientes a dieta sendo: líquido – água; pastoso – mel; sólido – bolacha água e sal e a três (30%) somente líquido – água e pastoso - mel. Três (30%) estavam em posição sentados à 45°, três (30%) sentados à 90° e quatro (40%) não possuem respostas marcadas em prontuário.

Na observação da alimentação dos pacientes, nove (90%) deles alimentaram-se sozinhos e um (10%) não possuía resposta. Desses, cinco (50%) apresentaram alimentação eficiente, quatro (40%) não eficientes e um (10%) não possui resposta. Todos os avaliados não faziam uso de adaptações. Em seis (60%) dos pacientes foi utilizado o utensílio copo, e nos demais, não foi referida a informação no prontuário, assim como no utensílio colher, que em apenas quatro (40%) foi realizada a marcação do uso. No que diz respeito à função oral, sete (70%) dos pacientes apresentavam nível 7, sendo que este estabelece via oral total sem restrições, um (10%) nível 4, via oral total de uma única consistência e dois (20%) não apresentavam resposta.

Na avaliação funcional dos líquidos foi abordado diversos itens, como mostra a tabela abaixo. As porcentagens que não estão representadas na tabela, não apresentaram resposta.

**Tabela 1**

<b>AVALIAÇÃO FUNCIONAL - LÍQUIDO</b>			
<b>COAPTAÇÃO DO BOLO</b>		Adequado (80%)	Lentificado (10%)
<b>TRANSITO ORAL</b>		Adequado (60%)	Lentificado (40%)
<b>VEDAMENTO LABIAL</b>		Eficiente (80%)	Não eficiente (20%)
<b>ESCAPE EXTRA-ORAL</b>		Ausente (90%)	Presente (10%)
<b>RESÍDUO EM CAVIDADE ORAL</b>		Ausente (100%)	
<b>REGURGITAÇÃO NASAL</b>		Ausente (100%)	
<b>ELEVAÇÃO LARÍNGEA</b>		Ausente (70%)	Presente (10%)
<b>TOSSE</b>		Ausente (80%)	
<b>DISPNÉIA</b>		Ausente (80%)	
<b>VOZ MOLHADA</b>		Ausente (80%)	
<b>PIGARRO</b>		Ausente (80%)	
<b>DESCONFORTO</b>		Ausente (70%)	Presente (10%)

Dados da avaliação funcional dos pacientes oncológicos avaliados no ano de 2014.

Fonte: UOPECAN (2014)

Na avaliação com o mel os itens encontram-se dispostos na tabela abaixo. As porcentagens que não estão representadas na tabela, não apresentaram resposta.

**Tabela 2**

<b>AVALIAÇÃO FUNCIONAL - PASTOSO</b>			
<b>COAPTAÇÃO DO BOLO</b>		Adequado (60%)	Lentificado (20%)
<b>TRANSITO ORAL</b>		Adequado (30%)	Lentificado (70%)
<b>VEDAMENTO LABIAL</b>		Eficiente (70%)	Não eficiente (20%)
<b>ESCAPE EXTRA-ORAL</b>		Ausente (70%)	Presente (10%)
<b>RESÍDUO EM CAVIDADE ORAL</b>		Ausente (70%)	
<b>REGURGITAÇÃO NASAL</b>		Ausente (60%)	
<b>ELEVAÇÃO LARÍNGEA</b>		Ausente (70%)	Presente (10%)
<b>TOSSE</b>		Ausente (80%)	
<b>DISPNÉIA</b>		Ausente (80%)	

<b>VOZ MOLHADA</b>	Ausente (80%)	
<b>PIGARRO</b>	Ausente (80%)	
<b>DESCONFORTO</b>	Ausente (60%)	Presente (20%)

Dados da avaliação funcional dos pacientes oncológicos avaliados no ano de 2014.

Fonte: UOPECAN (2014)

Durante a avaliação com sólido dos dez (100%), três (30%) não puderam realizar avaliação com bolacha de água e sal, assim o restante, sendo somente sete (70%) pacientes, apresentam as informações que seguem na tabela 3. As porcentagens que não estão representadas na tabela, não apresentaram resposta.

**Tabela 3**

<b>AValiação Funcional – Sólido</b>		
<b>COAPTAÇÃO DO BOLO</b>	Adequado (30%)	Lentificado (10%)
<b>TRANSITO ORAL</b>	Lentificado (60%)	
<b>VEDAMENTO LABIAL</b>	Eficiente (50%)	
<b>ESCAPE EXTRA-ORAL</b>	Ausente (50%)	Presente (10%)
<b>RESÍDUO EM CAVIDADE ORAL</b>	Ausente (50%)	
<b>REGURGITAÇÃO NASAL</b>	Ausente (50%)	
<b>ELEVAÇÃO LARÍNGEA</b>	Ausente (50%)	
<b>TOSSE</b>	Ausente (50%)	
<b>DISPNÉIA</b>	Ausente (50%)	
<b>VOZ MOLHADA</b>	Ausente (50%)	
<b>PIGARRO</b>	Ausente (50%)	
<b>DESCONFORTO</b>	Ausente (50%)	

Dados da avaliação funcional dos pacientes oncológicos avaliados no ano de 2014.

Fonte: UOPECAN (2014)

## 5. DISCUSSÃO

A atuação fonoaudiológica em hospitais é relativamente recente, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento de pacientes internados (PITTIONI, 2001). O fonoaudiólogo ingressa na equipe atuando de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações relacionadas a deglutição e a comunicação, de maneira segura e eficaz buscando aumentar as perspectivas prognósticas, com a diminuição do tempo de internação e contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Dentro deste contexto, é observada a necessidade de avaliações fonoaudiológicas planejadas, por meio de métodos objetivos. Protocolos que norteiem a atuação fonoaudiológica vem ao encontro dessas questões, visando garantir a qualidade da avaliação, além de permitir a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências. A fundamentação metodológica de avaliação permite que os dados sejam coletados, de maneira pré-estabelecida, possibilitando análise e definição de condutas.

Segundo Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP (2008), no estudo realizado sobre cuidado paliativo, uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como exemplo, aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, disartria, alteração no reflexo de gag, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva e alteração de sensibilidade na laringe. A avaliação fonoaudiológica em beira-de-leito não pode ser muito extensa, para não causar fadiga ao paciente, mas deve ser capaz de identificar os pacientes potencialmente em risco para disfagia, para que se possa atuar de forma pró-ativa à possíveis complicações hospitalares.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi verificar quais as principais sequelas e queixas apresentadas pós-tratamento radioterápico e constatar qual consistência é eleita a mais segura, principalmente para que os efeitos da disfagia sejam minimizados precocemente, auxiliando na qualidade de vida dos pacientes.

Foi possível verificar que a idade média dos pacientes avaliados foi entre 61 a 63 anos, semelhante à de outros estudos com a mesma população, em que as idades médias variam entre 60 e 70 anos, bem como, referente ao gênero dos pacientes, a qual essa pesquisa encontrou prevalência no sexo masculino, sendo 70% dos indivíduos homens e 30% indivíduos mulheres, e em pesquisas semelhantes manteve-se a mesma prevalência (SAWADA, DIAS e ZAGO, 2005). Outras literaturas também concordam com essas informações citando que os cânceres de cabeça e pescoço têm incidência maior no sexo masculino e na faixa etária acima de cinquenta anos de idade (BORING et al 1994; YARBROUGH 1994).

A maior incidência referente a localização do câncer de cabeça e pescoço neste trabalho foi na cavidade oral, indo ao encontro dos dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Cancerologia a qual estima-se que em nosso país 427 mil casos novos de câncer para o ano de 2006, e o da cavidade bucal foi o oitavo mais frequente nos homens, existindo diferenças conforme a região do país, por exemplo, na região sul, em 2002, o câncer da boca e da orofaringe teve incidência de 15 para 100 mil e na região norte foi de 9, por exemplo (SBC, 2008). O mesmo relata De Angelis

(2000) ao citar que na área da cabeça e pescoço, os tipos de tumores malignos diagnosticados com maior frequência são, principalmente, de boca, faringe e laringe.

Quanto à via de alimentação, nesta pesquisa a maioria dos pacientes apresentaram alimentação por via oral, alimentando-se sozinho, corroborando com outros achados na literatura, em outras populações, como pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico que foram submetidos a um protocolo de avaliação clínica da deglutição, onde dos 101 sujeitos avaliados, a menor parte fez uso de sonda, bem como, concordando com outro estudo realizado com 55 pacientes pós trauma crânio-encefálico, onde a minoria fez uso de sonda (ROSADO et al, 2005; PUERARI, 2011).

Quanto à consciência, nesta pesquisa esse dado não foi encontrado em prontuário, indicando que o mesmo não tenha sido avaliado. Esse ocorrido vai em desacordo com a prescrição básica na avaliação clínica alimentar, pois, considerando o conceito que o nível de consciência “é o grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta”, faz-se de extrema importância identificar o estado de consciência do paciente, pois dependendo o nível, o mesmo não possui respostas motoras e funcionais para realizar a deglutição (MUNIZ et al, 1997). Uma das escalas mais utilizadas para essa avaliação é a “Escala de Glasgow”, e os indicadores utilizados nessa escala são: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Cada um desses indicadores possui uma pontuação que varia de 1 a 4 pontos considerando a melhor resposta utilizada, onde pacientes que apresentarem pontuação de 3 a 8 representam nível de consciência considerado grave, de 9 a 12 nível de consciência moderados e de 13 a 15 nível de consciência sendo leve (MUNIZ et al, 1997). Essa escala foi elaborada para propor uma avaliação clínica consistente do nível de consciência dos pacientes com dano cerebral. Pacientes com escore 15 apresentam nível de consciência normal. Pacientes com escores menores que 8 é comumente aceito como ponto crítico das alterações do nível de consciência e como a pontuação que define um indivíduo em estado de coma. O recomendado para realização da avaliação de deglutição é que o paciente pontue nessa escala acima de 8 pontos (MUNIZ et al, 1997).

Em relação ao item cognitivo, neste estudo uma pequena parte dos pacientes apresentaram alterações de fala, discordando de dados encontrados na literatura, como o estudo de Oliveira et al. (2005) que avaliou 35 pacientes pós-cirúrgico de tumores malignos de cabeça e pescoço, e desses sujeitos, a maior parte relatou perceber alteração na fala. Talarico et al (2010), em estudo realizado no Hospital São Paulo – UNIFESP, com perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário, diz que a afasia é o transtorno de linguagem de maior prevalência entre número total de casos atendidos, o mesmo





ocorre com a disartria em relação a fala. O mesmo estudo mostra que o Acidente Vascular Cerebral é a etiologia neurológica que prevalece entre o número total de casos atendidos.

Na avaliação dos pacientes durante a “observação no repouso” a maioria dos indivíduos possuíam controle cervical, concordando com outra pesquisa realizada, em outras populações, com pacientes com sequelas de Acidente Vascular Encefálico, em que também a minoria dos avaliados apresentavam ausência de controle cervical (SILVA, DANTAS e FABIO, 2010). Sobre o vedamento labial, metade da população encontrava-se com vedamento eficiente e apenas dois com vedamento labial não-eficiente, corroborando com a Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP) constituída por pacientes com sequelas de AVE isquêmico, onde na avaliação funcional, praticamente todos os pacientes apresentaram vedação labial eficiente (SILVA, DANTAS e FABIO, 2010). A mesma literatura concorda com o item refluxo nasal, na qual todos os pacientes avaliados não o apresentaram, e nesta pesquisa a minoria dos pacientes oncológicos apresentaram esse sintoma.

Sobre o item “sialorréia”, na presente pesquisa grande parte dos indivíduos não à apresentaram, e esse dado corrobora com a pesquisa das queixas sobre a saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto – SP, realizado por Bulgarelli et al (2009) onde mostra que não há presença de sialorréia na maior população dos idosos avaliados. Luchesi, Kitamura e Mourão (2011) mostram na pesquisa sobre progressão e tratamento da disfagia na doença de Parkinson, que quase a metade da população avaliada precisam de manobras de reabilitação para controle da língua, indo ao encontro dessa pesquisa com oncológicos, onde uma pequena parcela dos indivíduos apresentam postura de língua normal.

Na “deglutição espontânea”, todos os indivíduos analisados apresentaram ausculta cervical positiva, segundo informações do prontuário. Este dado concorda com o trabalho realizado por Cardoso e Fontoura (2009) em uma população de 19 pacientes que apresentavam disfagia orofaríngea neurogênica, diagnosticados através da Avaliação Fonoaudiológicas das Disfagias Orofaríngeas de Etiologia Neurogênica - AFDN, onde relata alteração na ausculta cervical na maioria dos pacientes com disfagia de grau moderado e severo.

Quanto à avaliação estrutural, neste trabalho menos da metade dos pacientes apresentaram dentição incompleta, indo ao encontro dos apresentados em outras pesquisas, com outras populações, como indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico (MAGALHÃES E BILTON, 2004). Nesse artigo supracitado, quase todos os pacientes apresentaram sensibilidade facial e de língua normal, enquanto que no presente estudo com pacientes oncológicos todos apresentaram sensibilidade facial normal e metade deles sensibilidade de língua normal. Quanto à

mobilidade de língua os dados dos estudos divergem, pois neste trabalho metade dos pacientes demonstraram mobilidade eficiente, enquanto que a literatura cita que a maioria dos pacientes estavam com mobilidade eficiente. Assim como, referente a mobilidade de lábio, que nesse artigo mais da metade dos pacientes apresentaram mobilidade não eficiente de lábios e no estudo comparativo menos da metade.

No item mobilidade de bochecha, nesta pesquisa, na maior parte dos indivíduos não foi eficiente, enquanto que no estudo comparativo maior parte dos avaliados apresentaram mobilidade eficiente (MAGALHÃES E BILTON, 2004). Em um estudo de avaliação da disfagia com traumatismo crânio-encefálico, de 55 pacientes a minoria apresentou movimentação de mandíbula não eficiente, já neste trabalho mais da metade dos pacientes apresentaram movimentação de mandíbula não eficiente durante a avaliação (ROSADO et al, 2005). Neste estudo menos da metade dos avaliados possuem reflexo e vômito e reflexo palatal, uma pequena minoria apresentam reflexo de vômito e palatal ausente e comparando esses resultados com um outro, realizado com pacientes portadores da Síndrome de Moebius, uma pequena parte dos sindrômicos não apresentou reflexo palatal e de vômito (CARNEIRO e GOMES, 2005). Quanto a higiene oral nesta pesquisa grande parte dos avaliados apresentam uma higiene oral regular, e quando se compara esse achado a outro estudo realizado com pacientes em intubação orotraqueal internados em uma unidade de terapia intensiva, os achados se concordam (CALDEIRA e COBUCCI, 2011).

Na avaliação vocal sete pacientes obtiveram uma média entre eles de 8,2 segundos no Tempo Máximo de Fonação (TMF), e comparando esse dado com a avaliação vocal de pacientes com disfagia neurogênica o maior número de participantes obteve uma média fonatória maior que 10 segundos, obtidas através da soma de três tempos de vocalização de fonemas específicos. O mesmo estudo mostra que a maior parte dos pacientes apresentou tosse voluntária, o que não corrobora com esta pesquisa, pois a maioria da população avaliada não apresenta tosse (VALIM et al, 2013). Referente a qualidade vocal, uma pequena parte dos pacientes apresentou voz soprosa, discordando da literatura que apresenta que em estudo realizado com pacientes com disfagia neurogênica a maioria dos pacientes apresentou essa qualidade vocal (LOURENÇO, SANTOS e SILVA, 2005). Neste estudo poucos pacientes apresentaram voz molhada, concordando com os achados de um estudo realizado com pacientes portadores de paralisia cerebral (QUEIROZ et al, 2011). Quanto à ressonância vocal, em um estudo com 10 pacientes portadores da síndrome de Treacher Collins, a hiponasalidade apareceu em mesmo número de pacientes deste estudo (CASSAB et al, 2012).

Para complementação da avaliação funcional da disfagia, foi realizada a oferta de alimentos nas diferentes consistências solicitadas no protocolo de avaliação da segurança da deglutição - ASED (FURKIM et al, 2013). Para tal, foi ofertado a sete pacientes avaliados a dieta oral, sendo: líquido – água; pastoso – mel; sólido – bolacha água e sal. Para os outros três pacientes do estudo, somente líquido – água e pastoso – mel.

Dessa forma, nesta pesquisa foi aplicado a Escala de Ingestão por Via Oral (Functional Oral Intake Scale - FOIS) que faz parte do protocolo de avaliação de segurança da deglutição – ASED. Segundo Pinto (2013) o FOIS é utilizado para documentar as mudanças na transição alimentar do alimento ingerido por via oral, bem como permite avaliar a eficácia do tratamento fonoaudiológico na reabilitação da ingestão oral de cada paciente no protocolo de avaliação de segurança da deglutição - ASED de Furkim (2013). Nesse instrumento, as escalas apresentam níveis.

Assim, no presente trabalho maior parte dos pacientes apresentavam nível 7, sendo que este estabelece via oral total sem restrições, e a minoria nível 4, via oral total de uma única consistência, o nível de classificação para disfagia não foi assinalado em nenhum dos protocolos analisados.

Queiroz et al (2009) em sua publicação sobre a avaliação clínica e objetiva da deglutição em crianças com paralisia cerebral mostra que as principais manifestações disfágicas na avaliação clínica foram: escape anterior de líquidos; tosse na deglutição de líquidos; diminuição da formação do bolo alimentar sólido; presença de resíduos alimentares na cavidade oral após a deglutição de sólidos; aumento do trânsito oral de pastosos grossos e presença da voz molhada após a deglutição de líquidos. Em nosso trabalho, as principais manifestações disfágicas na avaliação objetiva foram: aumento do trânsito faríngeo de pastosos grossos; escape posterior de líquidos; presença de resíduos alimentares nas estruturas faríngeas após a deglutição de pastosos grossos; penetração laríngea de líquidos e aspiração traqueal de líquidos. A sensibilidade laríngea esteve alterada em uma pequena parte da amostra. Este não corroborando com o presente trabalho, pois o mesmo apresenta uma porcentagem maior de alterações na administração das três consistências apresentadas. Existe um patamar mínimo, para se falar em boa qualidade de vida: seria a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, a alimentação é uma delas, já que é o processo no qual os organismos obtêm e captam alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais.

Finalizamos essa discussão reforçando a ideia de que essa pesquisa foi realizada por meio da avaliação de prontuários aplicados na UOPECAN, por outras pesquisadoras, e que as informações não constantes nos mesmos, não foram analisadas. Os pacientes oncológicos pertencentes ao presente estudo, foram avaliados a beira-leito, durante o internamento, e além da patologia oncológica, não possuíam nenhum outro tipo de doença que pudesse interferir na deglutição, além

de apresentarem características cognitivas e emocionais normais. Nesse sentido, colocamos a importância da realização de novos estudos de avaliação clínica e funcional com pacientes acometidos por câncer de cabeça e pescoço, com a completa avaliação do protocolo ASSED. Isso permitirá que novas relações sejam estabelecidas e possamos atuar de maneira assertiva com cada tipo de paciente. Além disso, novas pesquisas devem se propor a relacionar os escores de autoavaliações, com o resultado da avaliação fonoaudiológica propriamente dita (clínica e instrumental), a fim de que tenhamos maiores subsídios para o delineamento de nossa prática profissional.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar que as principais sequelas em deglutição encontradas em pacientes em tratamento radioterápico foram ausência de elevação laríngea na consistência líquida e pastosa, trânsito oral lentificado na consistência pastosa e sólida e ausência de tosse na consistência líquida e pastosa. Estas alterações, por sua vez, podem resultar em disfagia e consequente desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e restringir a qualidade de vida do indivíduo devido à limitação de diversos aspectos, como emocional, social, ocupacional, físico e funcional.

As queixas apresentadas pós-tratamento radioterápico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço se dá principalmente na deglutição, podemos notar essa afirmação na avaliação de deglutição espontânea onde todos apresentaram ausculta cervical positiva.

Constatou-se que a consistência eleita mais segura é a pastosa. Embora na avaliação com líquido, os pacientes não tenham apresentado ausculta cervical positiva, segundo a literatura essa não pode ser considerada uma consistência segura. O atendimento fonoaudiológico durante o tratamento radioterápico compreende orientações, monitoramentos, encaminhamentos, fonoterapia em alguns casos e educação continuada. Dentre as possíveis reações agudas e tardias apresentadas pelos pacientes com história de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia, o gerenciamento fonoaudiológico atua, principalmente, na área da deglutição. Sendo assim, o fonoaudiólogo deve direcionar esforços que visem contribuir no processo de recuperação, minimizando os danos causados pela doença e melhorando a condição de saúde geral do indivíduo e interferindo positivamente na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BOLZAN, GP et al. Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagia orofaríngeas. In: Rev. CEFAC. 2013 Mar-Abr.

- BRADLEY, RM. Deglutição. In: Bradley RM. Fisiologia oral básica. São Paulo: Panamericana; 1981. p.164-76.
- BULGARELLI, AF., PINTO, IC., JUNIOR, ALR., MANÇO, ARX., Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto-SP. In: REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., 2009; 12(2):175-191.
- CALDEIRA, PM., COBUCCI, RAS., Higiene oral de pacientes em intubação orotraqueal internados em uma unidade de terapia intensiva. In: Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.1 - Jul./Ago. 2011.
- CARDOSO, MCAF., FONTOURA, EG., Valor da Ausculta Cervical em Pacientes Acometidos por Disfagia Neurogênica. In: Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo - Brasil, v.13, n.4, p. 431-439, Out/Nov/Dezembro - 2009.
- CARNEIRO, MMS., GOMES, ICD., O perfil morfo-funcional oral de crianças portadoras da síndrome de Moebius. In: Rev CEFAC, São Paulo, v.7, n.1, 68-74, jan-mar, 2005.
- CARRARA DE-ANGELIS, E. Deglutição, configuração laríngea, análise clínica e análise computadorizada da voz de pacientes com a doença de Parkinson (Tese). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000. 144p
- CARRARA DE-ANGELIS, E.; FÚRIA, C.L.B. Tratamento fonoaudiológico em Hospital oncológico – Disfagias em Câncer de Cabeça e Pescoço. In Hernandez e Marchesan. A atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. Rio de Janeiro Revinter, 2001.
- \_\_\_\_\_. Disfagias associadas ao tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Acta Oncol Bras. 1997;17(2):77-82;
- CARRARA DE-ANGELIS, E.; FÚRIA, C.L.B.; MORÃO, L.F.; KOWALSKI, L.P. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise, 2000.
- CASSAB, TV., TONELLO, C., DUTKAS, JCR., YOSHIDA, MM., ALONSO, N., ANTONELI, MZ., Alterações de fala na síndrome de Treacher Collins. In: Rev Bras Cir Craniomaxilofac 2012; 15(2): 69-73.
- DANI, R. Gastroenterologia Essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- FISHE, J.; SCOTT C.; SCARANTINO, C.W.; LEVEQUE, F.G.; WHITE, R.L.; ROTMAN, M., et al. Phase III quality of life study results: impact on patients' quality of life to reducing xerostomia after radiotherapy for head and neck cancer- RTOG 97-09 Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2003 Jul 1;56(3):832-6.

FURKIM, A. M.; DUARTE, S. T.; SACCO, A. F. B.; SORIA, F. S. O uso da ausculta cervical na inferência de aspiração traqueal em crianças com paralisia cerebral. Rev. CEFAC [online]. 2009, vol.11, n.4, pp. 624-629. ISSN 1516-1846.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Síntese de Resultados e Comentários, 2014.

JACOBI, J.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

JACQUES, A; CARDOSO, MCAF. Acidente vascular cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. Porto Alegre: In Rev Neurocienc 2011.

KUNIGK, MRG; CHEHTER, E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos a entubação oro-traqueal. In: Ver Soc Bras Fonoaudiol, 2007.

LOURENÇO, MFS., SANTOS, SF., SILVA, APBV., Perfil vocal em pacientes com disfagia neurogênica. In: Fono atual;8(33):11-18, jul.-set. 2005. tab.

MACEDO FILHO, E.D.; GOMES, G.F.; FURKIM, A.M. A deglutição normal. In: Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000. p.17-27.

MACEDO FILHO, E.D.; GOMES, G.F.; FURKIM, A.M. Conceito e tipos de disfagia. In: Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000. p.29-31.

MAGALHAES, LA., BILTON, TL., Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. In: Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 65-81, abril, 2004.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A epidemiologia do câncer. Rio de Janeiro; 2002.

MUNIZ, ECS et al. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jouvett para avaliação do nível de consciência. In: Ver Esc Enf. USP, 1997.

NOVAES, P.E.R.S. Radioterapia em neoplasias de cabeça e pescoço. Em: Carrara-de Angelis E, Fúria CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editores. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. P.33-41.

OLIVEIRA, L.C.S.; VIEIRA, C.A.; MOTTA, M.H.M.; SALLES, P.V.; SALLES, J.M.P; DININNO, C.Q.M.S.; BRITTO, A.T.B.O. Identificação das mudanças na mastigação e deglutição de indivíduos submetidos à glossectomia parcial. Revista sociedade brasileira Fonoaudiologia, São Paulo, v.13, n.4, p. 338-343. 2008.



- PAIXAO, CT., SILV, LD., Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. In: Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):262-9.
- PILZ, W. Distúrbios da deglutição na infância. Porto Alegre: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.
- PINTO, GS. avaliação da aplicabilidade de um programa com a rede bayesiana na probabilidade de pneumonia aspirativa em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Curitiba, 2013.
- PITTIONI, MEM. Fonoaudiologia Hospitalar: Uma realidade necessária. Londrina: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, 2001.
- PUERARI, VR. Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após acidente vascular encefálico. Porto Alegre: Programa de pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- QUEIROZ, MAS. ANDRADE, ISN., HAGUETTE, RCB., HAGUETTE, EF., Avaliação clínica e objetiva da deglutição em crianças com paralisia cerebral. In: Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol;16(2):210-214, abr.-jun. 2011. tab.
- ROSADO, CV., AMARAL, LKM., GALVÃO, AP., GUERRA, SD., FURIA, CLB., In: Rev CEFAC, São Paulo, v.7, n.1, 34-41, jan-mar, 2005.
- SAWADA, NO. , DIAS, AM., ZAGO, MMF., O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. In: Revista Brasileira de Cancerologia, 2006; 52(4): 323-329.
- SBC – Sociedade Brasileira de Cancerologia, Câncer de Cabeça e Pescoço, 2008.
- SCHALCH, F. Schluckstoerungen und Gesichtslaehmungen. Stuttgart, Gustav Fischer, 1994.
- SILVA, ACV., DANTAS, RO., FABIO, SRC., Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2010 jul-set;22(3):317-24.
- VALIM, MAB., JURKIEWICZ, AL., SANTOS, RS., ZÉTOla, VF., ABDULMASSIH, EM., Relação do Tempo Máximo de Fonação em Pacientes com Disfagia Secundária a Acidente Vascular Cerebral. In: Rev Neurocienc 2013;21(2):209-215.
- WORLD CANCER RESEARCH FUND. Food, nutrition and prevention of cancer: A global perspective. Washington: American Institute for Cancer Research; 1997. P.35-71, 508-40.