

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A VOZ E DEGLUTIÇÃO
DE ADULTOS E IDOSOS**

**Carolina Ramos Kober
Eduarda Meneghetti Montagner**

SANTA MARIA, RS
2022

Carolina Ramos Kober
Eduarda Meneghetti Montagner

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A VOZ E DEGLUTIÇÃO DE ADULTOS E
IDOSOS**

Artigo do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fonoaudiologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Graduado em Fonoaudiologia**.

Orientadora: Prof^a Dra Gabriele Rodrigues Bastilha

Coorientadora: Prof^a Dra Carla Aparecida Cielo

Santa Maria, RS

2022

Observação:

O artigo está formatado nas normas do periódico científico *Journal of Voice*.

Qualidade de vida relacionada a voz e deglutição de adultos e idosos

Carolina Ramos Kober⁽¹⁾, Eduarda Meneghetti Montagner⁽¹⁾, Carla Aparecida Cielo⁽¹⁾, Gabriele Rodrigues Bastilha⁽¹⁾

(1) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

Introdução: As alterações em relação à deglutição e à voz geralmente resultam em consequências na qualidade de vida dos indivíduos. O impacto dessas alterações pode variar de acordo com as características pessoais e limitar a interação social, familiar e profissional. **Objetivo:** Verificar e relacionar a autopercepção de qualidade de vida relacionada a voz e deglutição de adultos e idosos. **Método:** Estudo transversal e quantitativo, com preenchimento de questionários online. A amostra foi de conveniência. Participaram 139 sujeitos, média de 50.91 anos de idade, sendo 101 homens e 38 mulheres. O questionário constava de perguntas relacionadas a dados sociodemográficos e dos protocolos que avaliam a qualidade de vida relacionada à voz (Qualidade de Vida em Voz e Escala de Desconforto do Trato Vocal) e à deglutição (Quality of Life in Swallowing Disorders e Dysphagia Handicap Index). Análise estatística com teste Qui-quadrado, correlação de Pearson e teste t de Welch (nível de significância < 0.01). **Resultados:** Verificou-se elevada qualidade de vida na amostra. Houve predomínio significativo de homens e de ausência de queixas de voz ou deglutição. Homens tiveram melhor qualidade de vida em voz e deglutição do que as mulheres; o relato de COVID-19 não interferiu na qualidade de vida; a presença de queixas de voz influenciou os escores do Qualidade de Vida em Voz; as queixas de deglutição influenciaram os escores do Dysphagia Handicap Index e do Quality of Life in Swallowing Disorders, e as queixas de voz e deglutição influenciaram os resultados da Escala de Desconforto do Trato Vocal. **Conclusão:** Neste grupo com predomínio de homens e com ausência de queixas de voz e/ou deglutição, a qualidade de vida mostrou-se elevada. Os instrumentos de autoavaliação de qualidade de vida são úteis e complementares, evidenciando a

importância da atuação interdisciplinar entre as áreas de Voz e Disfagia no rastreio e prevenção de distúrbios de voz e deglutição.

Palavras-chave: Deglutição; Disfonia; Qualidade de vida; Transtornos da deglutição; Voz.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Neste sentido, a qualidade de vida refere-se “à satisfação do indivíduo no que diz respeito a sua vida cotidiana”.^{1,2}

Avaliar a QV relacionada a voz e a deglutição demonstra o real impacto das alterações na vida dos indivíduos e é importante para a compreensão de como o sujeito enfrenta suas dificuldades. Além de fornecer informações que poderão ser utilizadas para o melhor direcionamento do tratamento, enfocando-se os aspectos considerados relevantes para cada paciente.^{3,4}

A voz representa a identidade do indivíduo e expressa seus sentimentos. É produzida através da coordenação e interação de diferentes sistemas. Quando estes não funcionam adequadamente ou apresentam alterações orgânicas, a voz é desviada e a QV pode ser afetada, interferindo, inclusive, na sua vida pessoal e profissional.^{5,6}

A disfagia, por sua vez, é definida como qualquer alteração no processo da deglutição que impede uma ingestão oral segura, eficiente e confortável. Pode acarretar limitações funcionais e complicações importantes, como aspiração de alimento em vias aéreas, pneumonia e desnutrição, interferindo na QV em vários aspectos. A disfagia pode também reduzir o prazer alimentar e agravar o quadro clínico geral do paciente.⁷⁻¹⁰

Segundo a literatura, a disfagia é um problema frequente. Estima-se que uma em cada 17 pessoas apresenta alguma forma de disfagia durante a vida. Pesquisa realizada no Reino Unido refere prevalência de disfagia de 11% na comunidade em geral¹¹. A disfagia afeta 40 a 70% dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC), 60 a 80% dos pacientes com doenças neurodegenerativas, até 13% dos

idosos e 51% dos idosos institucionalizados, bem como 60 a 75% dos pacientes submetidos à radioterapia devido a câncer de cabeça ou pescoço.¹²⁻¹⁴

A disfonia, por sua vez, pode afetar pacientes de todas as idades e sexos, mas tem prevalência aumentada em professores, idosos e outras pessoas com demandas vocais significativas. Distúrbios ou dificuldades na voz afetam um em cada 13 adultos anualmente. Entretanto, a minoria procura atendimento médico para o problema de voz. A disfonia é responsável por consultas frequentes de saúde, alto custo financeiro e perda de produtividade anualmente devido ao absenteísmo no trabalho. Também pode ser o sintoma de apresentação de uma condição mais grave ou progressiva que requer diagnóstico e tratamento imediatos.¹⁵⁻¹⁸

Além das causas já conhecidas da disfagia e da disfonia, outro fator que recentemente passou a ser estudado foi a infecção por COVID-19 e as consequências na voz e deglutição decorrentes. Estudo atual com 41 pacientes com COVID-19 examinou os efeitos da intubação orotraqueal (IOT) e da traqueostomia na voz, deglutição e vias aéreas, dois meses após alta hospitalar. Em relação à voz, foi observado 13.2% com desvantagem vocal, 12.8% indicativo de prováveis sintomas de refluxo laringofaríngeo e 53.7% de disfonia caracterizada por rugosidade, soprosidade, astenia e tensão. Em relação à deglutição, foi observado risco de disfagia em 30% dos pacientes, dieta oral total sem restrições em 82.9%, 92% apresentaram volume de deglutição abaixo do normal, e a capacidade e velocidade de deglutição foi aumentada em 67% dos sujeitos. Esses pacientes com risco para disfagia foram posteriormente analisados por meio do *Dysphagia Handicap Index* (DHI), apresentando maior desvantagem em relação à deglutição nos domínios físico e funcional. Os achados da endoscopia foram correlacionados positivamente com a desvantagem vocal e risco de disfagia.¹⁹

As alterações em relação a deglutição e voz geralmente resultam em consequências na QV dos indivíduos. Essas alterações podem trazer limitações nos aspectos físicos, emocionais e funcionais. O impacto dessas alterações pode variar de acordo com as características pessoais de cada indivíduo e limitar a interação social, familiar e profissional do sujeito.^{4, 20}

Nesse sentido, a mensuração da QV vem crescendo na prática clínica e em pesquisas nas áreas de voz e deglutição, considerando a autopercepção do sujeito.

Instrumentos de autoavaliação têm sido utilizados para diferenciar pacientes ou agrupá-los, prognosticar resultados individuais, avaliar a efetividade da terapia, além de ajudar o profissional a priorizar problemas no processo de intervenção. Além disso, possuem baixo custo e aplicabilidade fácil e rápida, podendo complementar a avaliação clínica fonoaudiológica e até mesmo rastrear pacientes com alterações de voz ou deglutição.^{4, 19, 21}

Muitos estudos foram realizados utilizando protocolos que avaliam a QV relacionada à voz, alguns com o protocolo Qualidade de Vida em Voz (QVV).^{2, 4, 5, 21, 22, 23} Além disso, há na literatura estudos que avaliam a QV relacionada à deglutição com o protocolo DHI^{24, 25} e com o *Quality of life in Swallowing Disorders* (SWAL-QoL).²⁶⁻³⁰ Entretanto, ainda são poucos os estudos encontrados que avaliam a QV relacionada a voz e deglutição.^{19, 31, 32}

Diante dos aspectos supracitados, torna-se cada vez mais importante avaliar a QV relacionada a voz e deglutição em sujeitos com diferentes características, buscando contribuir com evidências científicas que poderão auxiliar o clínico na compreensão do impacto da disfagia e disfonia sobre a QV. Acredita-se que os distúrbios de voz e deglutição possam interferir na QV dos sujeitos, sendo necessária uma abordagem diagnóstica e terapêutica.¹⁰

Desta forma, a hipótese da presente pesquisa foi a de que o relato de infecção prévia por COVID-19, doenças associadas e queixas de voz e deglutição interfeririam na QV relacionada a esses aspectos.

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a autopercepção de QV relacionada a voz e deglutição de adultos e idosos, utilizando os protocolos QVV, EDTV, DHI e SWAL-QoL, e relacionar com as variáveis sexo, queixas de voz e deglutição, doenças associadas e relato de infecção prévia por COVID-19.

2. MÉTODOS

Este é um estudo transversal e quantitativo, com preenchimento de questionários, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição de origem sob o número 5.165.587.

A coleta de dados aconteceu nos meses de abril e maio de 2022. A amostra foi de conveniência, selecionada de forma aleatória utilizando a técnica “snowball”.³³

A divulgação da pesquisa foi realizada de forma eletrônica (*e-mail*, *sites*, redes sociais). Os convites foram enviados via lista de e-mails, sempre com destinatário oculto/cópia oculta (Cco), visando evitar o compartilhamento dos e-mails particulares dos participantes.

Os sujeitos foram convidados para responder um questionário na forma *online*, através do *Google Forms*, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo o link por *e-mail*, o qual foi acessado quando houve concordância para participação na pesquisa.

Para constituir a amostra da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: leitura e concordância com o TCLE; sujeitos do sexo masculino e feminino; faixa etária de adulto e idoso (idade superior a 18 anos – DeCS, 2022). Foram excluídos os questionários com dados incompletos.

O questionário da presente pesquisa foi elaborado através da união de diferentes protocolos que avaliam a QV relacionada a deglutição e voz.³⁴⁻³⁷

Na parte inicial do questionário, constava uma breve apresentação da pesquisa, com a identificação e contato dos pesquisadores, seguido por perguntas relacionadas às características sociodemográficas do participante como idade; sexo; profissão; presença de queixas relacionadas a voz ou deglutição; história pregressa autorrelatada de alguma doença (neurológica, respiratória/pulmonar, gástrica, câncer de cabeça e pescoço ou outras); relato de infecção prévia por COVID-19, hospitalização e IOT decorrentes da doença. Após, foram apresentados os protocolos que avaliam a QV relacionada à voz. (QVV e ETDV) e à deglutição (DHI e SWAL-QoL).³⁴⁻³⁷

O protocolo QVV tem como objetivo avaliar a autopercepção da influência da voz na QV. O protocolo engloba dez questões, quatro compõem o domínio socioemocional e seis o domínio físico. Os itens deste protocolo também fornecem um escore total. A pontuação nos três aspectos avaliados varia de 0 (pior QV) a 100 (melhor QV). As questões são relacionadas às informações quanto ao uso da voz e seu possível impacto na qualidade de vida. Quanto maior a pontuação neste protocolo, melhor a QV.^{21, 34, 38}

Para preenchimento do protocolo QVV, as respostas deveriam ser assinaladas numa escala de 1 a 5, em que a menor corresponde a “nunca acontece e não é um problema”, e a mais alta corresponde a “acontece sempre e realmente é

um problema ruim". Para responder o questionário, o indivíduo deveria levar em conta a intensidade do problema e sua frequência de aparecimento. Para a análise do QVV, foi calculado o escore total, a partir da fórmula: $100 - (\text{escore bruto} - 10) / (50 - 10) \times 100$. O escore do domínio socioemocional foi calculado com base na fórmula $100 - (\text{escore bruto} - 4) / (20 - 4) \times 100$; o do domínio físico pela fórmula: $100 - (\text{escore bruto} - 6) / (30 - 6) \times 100$.^{39, 40}

A EDTV^{23, 35} é uma escala de autoavaliação em que o indivíduo registra a frequência e a intensidade de oito sintomas qualitativos do trato vocal: queimação, aperto, secura, garganta dolorida, coceira, garganta sensível, garganta irritada e bolo na garganta. As questões foram assinaladas pelos participantes da pesquisa de acordo com a frequência e intensidade do sintoma, em escala que varia de 0 a 6 pontos. Para a frequência, a escala varia de nunca (0), às vezes (1-2), muitas vezes (3-5) e sempre (6). Para a intensidade do sintoma, a escala permite assinalar: nenhuma (0), leve (1-3), moderada (4-5) e extrema (6). Seu resultado é feito através de somatória simples para frequência e intensidade. Neste instrumento, quanto maior a pontuação, maior o desconforto do trato vocal e pior a QV.⁴¹

O SWAL-QoL é um questionário que pretende medir sintomas específicos para avaliar a severidade da disfagia orofaríngea. O instrumento é composto por 44 itens com 11 domínios que avaliam: deglutição como um fardo, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. O sujeito responde sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta com elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente). A pontuação varia de 0 a 100 e quanto mais baixa se apresentar, pior a QV relacionada à deglutição. Os valores de cada resposta dentro de cada domínio são somados e o resultado é dividido de acordo com o número de questões do domínio analisado. A resultante é o valor de pontuação em cada domínio.³⁶

O questionário DHI é composto por 25 itens divididos nas subcategorias emocional, físico, funcional e global. Avalia os efeitos da disfagia sobre a QV em sujeitos com diferentes patologias de base e pode ser utilizado também em sujeitos

com níveis mais baixos de escolaridade. O sujeito poderia escolher entre três opções para cada questão (nunca, às vezes e sempre), podendo variar de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, maior o impacto sobre a QV. Neste instrumento, o resultado é calculado através de somatória simples das respostas de cada um dos domínios.³⁷

As análises de dados foram conduzidas no R (R Core Team, 2021) e as figuras foram preparadas no *Python*, utilizando o pacote *Matplotlib*. Estatísticas descritivas gerais e comparação das frequências foram calculadas, com uso do Teste Qui-quadrado. As correlações de Pearson foram computadas para avaliar a força e a direção da relação linear entre pares de variáveis. Por fim, os escores de QV foram comparados em função do sexo (feminino vs. masculino), do relato de queixa na voz (existente vs. inexistente), do relato de queixa na deglutição (existente vs. inexistente), do relato de diagnóstico prévio de COVID-19 (sim vs. não), e da existência de doenças prévias associadas (sim vs. não). Testes *t* de Welch foram utilizados para comparar as médias nas dimensões de QV entre grupos. O nível de significância adotado nas análises do estudo foi de 0.01 ($p \leq 0.001$).

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 139 sujeitos, com média de idade de 50.91 anos (DP = 15.58, Mdn = 56). A frequência e comparação das variáveis estão sumarizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência e comparação das variáveis analisadas

Variável	f	%	p-valor
Sexo			
Feminino	38	27.34	<0.001
Masculino	101	72.66	
Tem queixa de voz?			
Não	109	78.42	<0.001
Sim	30	21.58	
Tem queixa de deglutição?			
Não	109	78.42	<0.001
Sim	30	21.58	

Já teve diagnóstico de COVID-19?			
Não	83	59.71	=0.02
Sim	56	40.29	
Se sim, passou por internação hospitalar?			
Não	48	85.71	<0.001
Sim	8	14.29	
Se sim, precisou ser intubado?			
Não	56	100	<0.001
Sim	0	0	
Tem doenças associadas?			
Não	74	53.24	=0.45
Sim	65	46.76	
Prevalência de doenças			
Câncer	3	4.63	
Gástrica	27	41.53	-
Neurológica	4	6.15	
Respiratória	9	13.84	
Outros	22	33.84	

Legenda: f = frequência absoluta. Valores em negrito representam valores estatisticamente significativos ($p < 0.01$).
Teste Qui-quadrado.

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas nos protocolos de QV (QVV, DHI, EDTV e SWAL-QoL) e seus escores.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas nos protocolos de qualidade de vida

Variável	M	DP	Mdn	Min	Max
QVV					
Total	91.17	12.46	95	7.50	100
Socioemocional	95.28	11.89	100	0.00	100
Físico	88.40	14.03	91.67	12.50	100
EDTV					
Frequência	7.80	8.19	6.00	0.00	44.00
Intensidade	7.71	8.23	5.00	0.00	44.00
DHI					
Total	6.74	25.64	0.00	0.00	286.00

Físico	1.37	2.73	0.00	0.00	14.00
Funcional	1.55	3.97	0.00	0.00	22.00
Emocional	1.86	3.74	0.00	0.00	20.00
SWAL-QoL					
Deglutição como um fardo	93.53	16.65	100	0.00	125.00
Tempo de se alimentar	88.31	19.92	100	12.50	100
Desejo de se alimentar	91.79	13.90	100	41.67	100
Frequência de sintomas	90.51	10.41	92.31	30.77	100
Seleção do alimento	91.19	15.67	100	37.50	100
Comunicação	91.73	12.37	100	25.00	100
Medo de se alimentar	92.90	12.21	100	37.50	100
Saúde mental	96.01	11.92	100	25.00	100
Social	97.19	10.85	100	0.00	100
Sono	80.67	19.17	75.00	12.50	100
Fadiga	80.40	19.53	83.33	0.00	100

Legenda: QVV = Qualidade de Vida em Voz; EDTV = Escala de Desconforto do Trato Vocal; DHI = *Dysphagia Handicap Index*; SWAL-QoL = *Quality of Life in Swallowing Disorders*; M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; Min = mínimo; Max = máximo;

A Tabela 3 apresenta as correlações de Pearson entre os escores dos diferentes protocolos de QV (QVV, DHI, EDTV e SWAL-QoL).

Tabela 3 - Matriz de correlações das dimensões dos protocolos de qualidade de vida

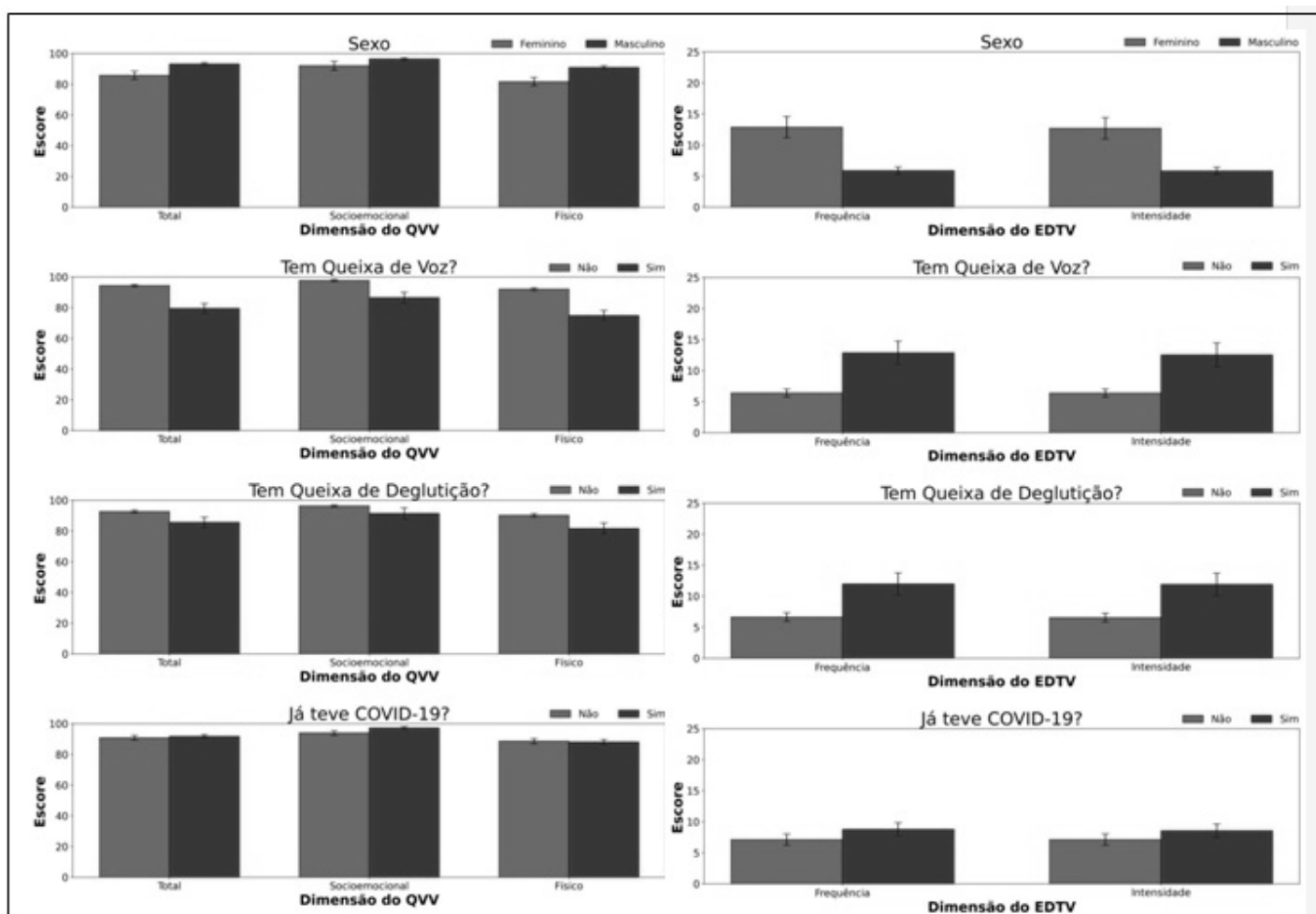
Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. QVV – Total														
2. QVV – Socioemocional	0.90													
3. QVV – Físico	0.97	0.77												
4. EDTV – Frequência	-0.45	-0.36	-0.46											
5. EDTV – Intensidade	-0.43	-0.36	-0.44	0.98										
6. DHI – Total	-0.17	-0.17	-0.15	0.15	0.15									
7. DHI – Físico	-0.45	-0.41	-0.44	0.42	0.41	0.28								
8. DHI – Funcional	-0.41	-0.34	-0.41	0.52	0.51	0.32	0.77							
9. DHI – Emocional	-0.49	-0.47	-0.46	0.55	0.52	0.30	0.72	0.84						
10. SWAL-QoL - Deglutição como um fardo	0.29	0.22	0.30	-0.18	-0.19	-0.12	-0.41	-0.41	-0.35					

11. SWAL-QoL - Tempo de se alimentar	0.26	0.25	0.24	-0.35	-0.34	-0.10	-0.28	-0.40	-0.44	0.25				
12. SWAL-QoL - Desejo de se alimentar	0.20	0.15	0.20	-0.31	-0.32	-0.13	-0.29	-0.40	-0.28	0.30	0.34			
13. SWAL-QoL - Frequência de sintomas	0.42	0.32	0.44	-0.54	-0.54	-0.24	-0.72	-0.71	-0.60	0.47	0.39	0.44		
14. SWAL-QoL - Seleção do alimento	0.37	0.32	0.36	-0.34	-0.33	-0.15	-0.49	-0.51	-0.50	0.48	0.33	0.51	0.56	
15. SWAL-QoL - Comunicação	0.63	0.58	0.61	-0.36	-0.35	-0.05	-0.30	-0.25	-0.30	0.17	0.23	0.30	0.33	0.33
16. SWAL-QoL - Medo de se alimentar	0.39	0.33	0.38	-0.47	-0.45	-0.22	-0.65	-0.66	-0.71	0.40	0.41	0.33	0.71	0.57
17. SWAL-QoL - Saúde mental	0.51	0.54	0.45	-0.53	-0.51	-0.25	-0.65	-0.66	-0.79	0.39	0.46	0.33	0.61	0.58
18. SWAL-QoL - Social	0.64	0.67	0.57	-0.35	-0.34	-0.23	-0.67	-0.60	-0.66	0.42	0.38	0.31	0.58	0.49
19. SWAL-QoL - Sono	0.17	0.17	0.15	-0.52	-0.55	-0.07	-0.23	-0.25	-0.27	0.07	0.15	0.26	0.31	0.27
20. SWAL-QoL - Fadiga	0.27	0.18	0.30	-0.62	-0.62	-0.13	-0.45	-0.50	-0.41	0.16	0.20	0.29	0.52	0.36

Legenda: QVV = Qualidade de Vida em Voz; EDTV = Escala de Desconforto do Trato Vocal; DHI = *Dysphagia Handicap Index*; SWAL-QoL = *Quality of Life in Swallowing Disorders*. Valores em negrito representam valores estatisticamente significativos ($p < 0.01$). Teste de Correlação de *Pearson*.

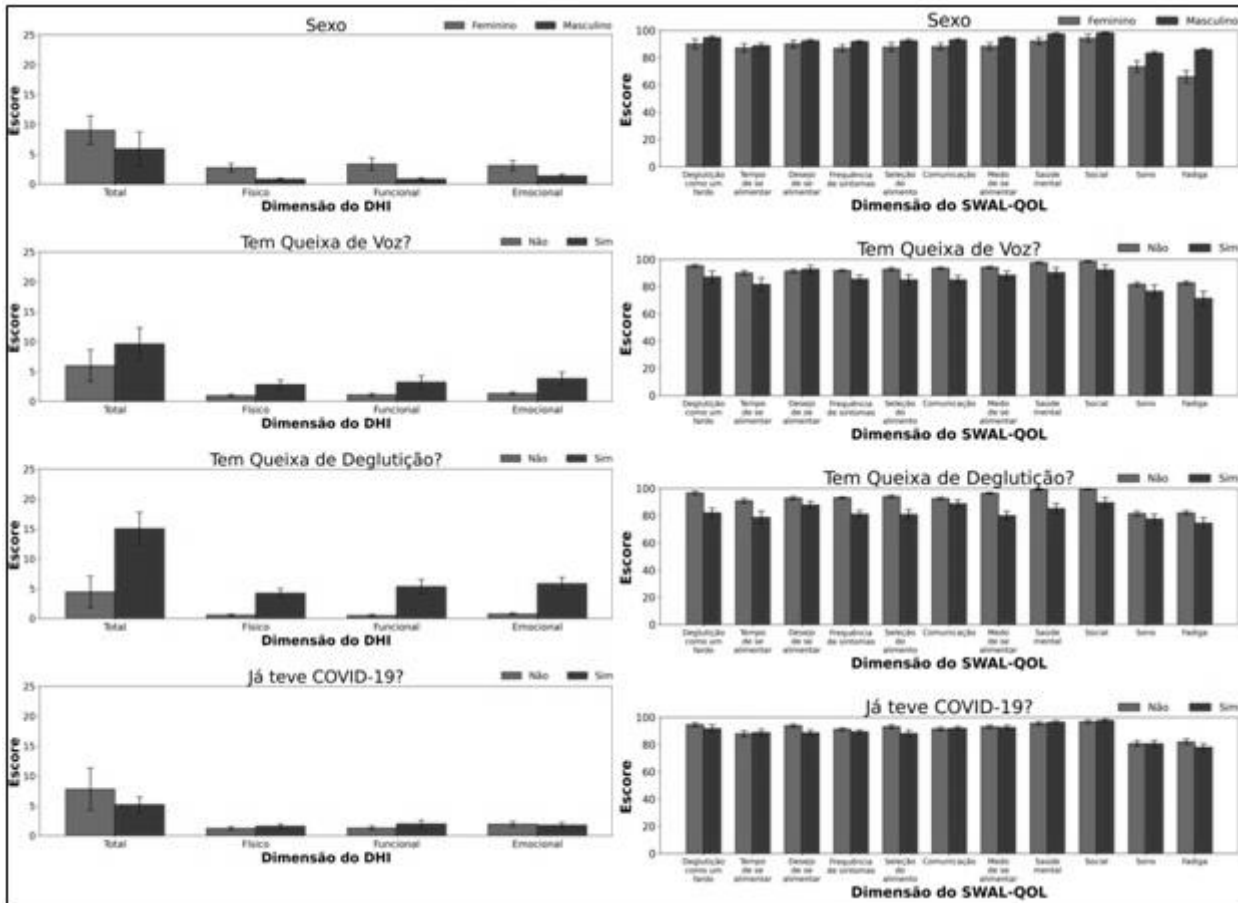
As Figuras 1 e 2 apresentam os escores médios dos sujeitos nos protocolos QVV e EDTV, DHI e SWAL-QoL, respectivamente, em função do sexo, da existência de queixa de voz, de queixa de deglutição e de relato de diagnóstico prévio de COVID-19.

FIGURA 1 - Escores médios dos sujeitos nas dimensões do QVV e EDTV em função de diferentes variáveis



Legenda: QVV = Qualidade de Vida em Voz; EDTV=Escala de Desconforto do Trato Vocal

FIGURA 2 - Escores médios dos sujeitos nas dimensões do DHI e SWAL-QoL em função de diferentes variáveis



Legenda: DHI= *Dysphagia Handicap Index*; SWAL-QoL = *Quality of Life in Swallowing Disorders*

A Tabela 4 mostra as comparações entre as médias dos sujeitos nas dimensões do QVV, EDTV, DHI e SWAL-QoL em função das variáveis sexo, queixas de voz, queixas de deglutição e histórico de COVID-19.

Tabela 4 - Comparações entre as médias dos sujeitos nas dimensões do QVV, EDTV, DHI e SWAL-QoL em função das variáveis sexo, queixas de voz, queixas de deglutição e histórico de COVID-19.

	Sexo			Queixa de voz			Queixa deglutição			COVID-19		
	t	gl	p	t	gl	p	t	gl	p	t	gl	p
QVV												
Tot	-2.56	47.40	0.014	4.52	32.62	<0.001	2.00	33.23	0.05	-0.44	136.83	0.66
Soc	-1.46	43.82	0.15	3.10	31.18	0.004	1.30	31.77	0.20	-1.79	125.78	0.08
Fis	-3.04	50.45	0.004	4.97	33.75	<0.001	2.28	34.56	0.03	0.27	132.96	0.79
EDTV												
Fre	3.84	46.50	<0.001	-3.22	36.34	0.003	-2.75	38.18	0.009	-1.18	120.46	0.24
Int	3.74	46.60	0.001	-3.01	36.13	0.005	-2.73	37.91	0.01	-1.02	119.90	0.31
DHI												
Tot	0.84	123.83	0.40	-0.96	90.25	0.34	-2.78	87.02	0.007	0.69	103.44	0.49
Fis	2.76	41.81	0.009	-2.24	32.30	0.03	-4.62	30.53	<0.001	-0.75	110.80	0.46
Fun	2.32	39.96	0.03	-1.78	32.58	0.08	-3.91	30.10	<0.001	-0.94	91.01	0.35
Emo	1.95	45.83	0.06	-2.21	32.23	0.03	-4.68	30.46	<0.001	0.26	131.88	0.80
SWAL-QoL												
Q1	-1.20	48.07	0.23	1.76	33.74	0.09	3.99	39.66	<0.001	0.97	89.50	0.34
Q2	-0.43	71.14	0.67	1.66	36.24	0.11	2.54	37.62	0.02	-0.26	127.77	0.79
Q3	-0.75	53.04	0.46	-0.41	42.40	0.68	1.69	42.79	0.10	2.07	95.81	0.04
Q4	-1.88	43.43	0.07	2.05	32.35	0.05	4.09	31.36	<0.001	1.04	105.16	0.30
Q5	-1.30	49.86	0.20	1.92	35.43	0.06	3.40	35.79	0.002	1.77	92.88	0.08
Q6	-1.81	51.44	0.08	2.61	34.59	0.013	1.21	36.73	0.23	-0.19	130.97	0.85
Q7	-2.12	44.85	0.04	1.71	33.99	0.10	5.10	31.82	<0.001	0.29	113.21	0.77

Q8	-1.87	47.56	0.07	1.88	31.07	0.07	3.63	29.93	0.001	-0.37	137.00	0.71
Q9	-1.31	40.26	0.20	1.60	29.82	0.12	2.55	29.41	0.02	-0.56	136.04	0.58
Q10	-2.22	46.20	0.03	1.03	36.31	0.31	1.01	45.36	0.32	0.04	121.43	0.97
Q11	-4.22	41.51	<0.001	2.04	33.04	0.05	1.67	39.52	0.10	1.17	106.71	0.24

Legenda: QVV=Qualidade de Vida em Voz; Tot=total; Soc=socioemocional; Fís=físico; EDTV=Escala de Desconforto do Trato Vocal; Fre=frequência; Int=intensidade; DHI=*Dysphagia Handicap Index*; Tot=total; Fun=funcional; Emo=emocional; SWAL-QoL=*Quality of Life in Swallowing Disorders*. Q1= Deglutição como um fardo; Q2=Tempo de se alimentar; Q3=Desejo de se alimentar; Q4=Frequência de sintomas; Q5=Seleção do alimento; Q6=Comunicação; Q7=Medo de se alimentar; Q8=Saúde mental; Q9=Social; Q10=Sono; Q11=Fadiga; gl=graus de liberdade. Valores em negrito representam valores estatisticamente significativos ($p < 0.01$). Teste t de Welch.

4. DISCUSSÃO

A hipótese do nosso trabalho foi a de que o relato de infecção prévia por COVID-19, doenças associadas e queixas de voz e deglutição interfeririam na QV relacionada a esses aspectos. Nossa hipótese foi parcialmente confirmada pelos resultados obtidos.

A média de idade da amostra permite caracterizá-la como população adulta. Houve predomínio significativo do sexo masculino, da ausência de queixas de voz e de deglutição e de doenças gástricas, dentre elas o refluxo gastroesofágico (RGE). Percentualmente, observou-se que 13.9% dos sujeitos relataram queixas de voz e deglutição. Quase metade dos sujeitos relatou infecção por COVID-19, porém sem histórico de internação hospitalar ou IOT (Tabela 1).

Outro estudo encontrou dados semelhantes aos nossos com relação a sexo e idade. Trata-se de um estudo que avaliou pacientes com COVID-19 dois meses após a alta hospitalar. Participaram 41 pacientes com média de 56 anos de idade e também com prevalência do sexo masculino. Em relação à voz, foi observado 13.2% com desvantagem vocal, 12.8% indicativo de prováveis sintomas de refluxo laringofaríngeo e 53.7% de disfonia. Em relação à deglutição, foi observado risco de disfagia em 30% dos pacientes, além de escores mais altos nos domínios físico e funcional do DHI.¹⁹

Foram analisados os efeitos da voz no envelhecimento em 11 homens saudáveis a partir dos 50 anos em um período de cinco anos. Através de um questionário de autoavaliação de performance vocal, além de avaliações perceptivoauditiva, acústica e perfil de alcance vocal, obtiveram como resultados: relatos de fadiga vocal, de evitar encontros festivos por causa da sua voz, mudanças graduais na voz dia após dia, rouquidão e qualidade de voz alterada. Observou-se, portanto, o impacto significativo dessa mudança na voz na vida diária dos participantes do sexo masculino.⁴²

Em uma amostra de 248 idosos, 19.8% tinham disfonia, 13.7% disfagia e 6% ambas. Os respondentes com maior dificuldade de deglutição apresentaram maior comprometimento no QVV. Os entrevistados com disfonia e disfagia tiveram maiores escores de depressão do que aqueles sem nenhum sintoma. Apenas 22.4% e 20.6% procuraram tratamento para disfonia e disfagia, respectivamente, e desconhecer as opções de tratamento ou ver a voz e a deglutição como parte normal do envelhecimento foram os motivos mais comuns para isso.¹³

Evidenciando a importância da interface entre as áreas de Voz e Disfagia, autores verificaram que dos 76 pacientes em um Centro interdisciplinar de Voz e Deglutição, 34.8% apresentaram disfonia e 18% disfagia. Mostrou-se de extrema importância a atenção compartilhada ao paciente, procurando determinar quais características clínicas estão associadas e como podem ser operacionalmente usadas para planejar o atendimento e recursos necessários para cada caso.¹⁰ Isto reforça a importância da realização da presente pesquisa, relacionando as queixas de voz e disfagia.

É notório que a COVID-19 pode afetar gravemente o sistema respiratório, podendo refletir em disfagia e disfonia. Observou-se em 160 participantes, os quais positivaram para o vírus e sem internação hospitalar, que 43.7% relataram disfonia e 16.9% queixa de disfagia. Esses dados foram semelhantes ao nosso, exceto no percentual de queixa de voz. Entretanto, não houve diferença significativa entre sexos ou gravidade da infecção do vírus sobre os sintomas listados. Segundo o autor do artigo, como o vírus SARS-CoV-2 afeta o trato respiratório e pode gerar uma lesão neurológica viral, espera-se que existam várias causas possíveis para as queixas vocais e de deglutição apresentadas pelos participantes, que devem ser melhor estudadas.⁴³

Em nosso estudo, apesar de não haver diferença significativa para a variável “doenças associadas”, dentre as relatadas, as doenças gástricas foram as mais citadas, principalmente o RGE (Tabela 1). Estima-se que cerca de 10% a 50% dos pacientes com queixas laríngeas possuem uma causa subjacente relacionada ao RGE. No Hospital Stara Zagora, na Bulgária, 46 pacientes com diagnóstico prévio de doença do RGE participaram de um estudo o qual procurava a relação do RGE e sintomas laringofaríngeos. Obtiveram-se como sintomas referidos pelos pacientes: tosse crônica, *globus* faríngeo, disfagia, rouquidão, azia, desidratação e outros. Destes, 90% dos pacientes apresentaram rouquidão e 82.61% apresentaram disfagia. Pode-se ver que sintomas laringofaríngeos são significativamente mais frequentes em pacientes com RGE e a disfagia e rouquidão estão presentes na tríade de sintomas mais comuns juntamente com a tosse crônica.⁴⁴

Os escores dos protocolos QVV e SWAL-QoL foram altos e tiveram assimetria negativa, indicando que a amostra, no geral, tem elevada QV (Tabela 2). Os escores da EDTV e do DHI, contudo, são mensurados na direção oposta ao QVV e ao SWAL-QoL. Por esse motivo, os escores nas dimensões desses protocolos foram baixos e tiveram assimetria positiva, indicando, de forma convergente ao que foi indicado pelos protocolos anteriores, elevada QV da amostra.

Em pesquisa anterior, verificou-se, por meio da EDTV, que professores com queixa vocal têm maior frequência e maior intensidade de desconforto no trato vocal quando comparados aos professores sem queixa, sendo mais frequentes e intensos os de garganta irritada e garganta seca.⁴⁵ Tal resultado pode estar relacionado ao presente estudo, onde a amostra apresentou baixa ocorrência de queixas e elevada QV.

Pesquisa utilizou SWAL-QoL para avaliar a QV em deglutição de idosos saudáveis relacionando os índices obtidos com as variáveis faixa etária, sexo, nível socioeconômico e utilização/adaptação de prótese dentária. Encontraram que, de modo geral, os idosos não autorreferiram alterações significantes quanto à QV em deglutição e inferem que possivelmente as dificuldades de deglutição são mais encontradas quando há alguma patologia de base associada²⁸, corroborando os dados do presente estudo.

Estudo realizado com pacientes parkinsonianos verificou que a QV em disfagia está altamente relacionada com a QV geral e que, portanto, o SWAL-QoL pode indicar uma compreensão da QV geral dos parkinsonianos.²⁷

Em pesquisa prévia, na maioria das subseções do SWAL-QoL, a idade não desempenhou um papel significativo na influência da QV em pessoas saudáveis. Observou-se que idosos saudáveis apresentaram apenas uma frequência significativamente maior de sintomas como tosse, comida grudada na garganta e excesso de catarro e saliva em comparação aos mais jovens.²⁶

Em nosso estudo, é possível observar que em alguns casos, as correlações entre os protocolos foram quase perfeitas (por exemplo, entre os domínios socioemocional e físico do QVV). No entanto, a maioria das correlações ocupa uma faixa mais intermediária dos valores. Como já esperado, o relacionamento tende a ser negativo entre protocolos cuja QV tende a diferentes pólos da escala (por exemplo, QVV e EDTV), enquanto ele tende a ser positivo entre protocolos cuja QV tende ao mesmo pólo da escala (por exemplo, QVV e SWAL-QoL) (Tabela 3). Esses resultados evidenciam que os protocolos utilizados no presente estudo são úteis e complementares para avaliar o impacto de uma alteração de voz ou deglutição na QV dos sujeitos.

Em outra pesquisa, também foi encontrada correlação negativa fraca entre a EDTV e o SWAL-QoL.³²

Estudo anterior que analisou a correspondência das informações obtidas pelos instrumentos QVV, Índice de Desvantagem Vocal (IDV) e Perfil de Participação e Atividades Vocais (PPAV), concluiu que os domínios orgânico (IDV) e físico (QVV) foram considerados iguais e que a autopercepção do grau da disфонia apresentou correlação com todos os domínios dos três protocolos. Os autores sugerem o uso do QVV pelo reduzido número de questões e por apresentar maior impacto (escores total e emocional) em relação ao IDV.²¹

Utilizando os protocolos QVV e IDV, pesquisa anterior verificou maior QV no sexo feminino; decréscimo da QV e aumento da desvantagem vocal com o aumento da idade e que a presença de disфонia organofuncional gerou maior desvantagem vocal.⁴ Ainda, os protocolos utilizados mostraram resultados complementares (correlação positiva entre os aspectos de cada protocolo separadamente e

correlação negativa entre as pontuações dos questionários), bem como no presente estudo.

No presente estudo, quando comparadas as diferentes variáveis com cada um dos protocolos, verificou-se que os homens tiveram melhor QV em voz e deglutição do que as mulheres em todos os protocolos; o relato de infecção prévia por COVID-19 não interferiu na QV; os escores do QVV se correlacionaram positivamente com a ausência de queixas de voz; os escores da EDTV se correlacionaram negativamente com a presença de queixas de voz e deglutição; os escores do DHI se correlacionaram negativamente com a presença de queixas de deglutição; e os escores do SWAL-QoL se correlacionaram positivamente com a ausência de queixas de deglutição. Estes resultados estão detalhados e discutidos abaixo.

Como pode ser notado na Figura 1, sujeitos do sexo masculino tiveram escores mais elevados que sujeitos do sexo feminino nas três dimensões do QVV. No entanto, a vantagem numérica se traduziu em vantagem estatística apenas na dimensão física. Na dimensão total, vale notar que o teste de *Welch* ficou muito próximo de atingir significância estatística (Tabela 4).

No estudo de Bastilha, Lima e Cielo⁴, obteve-se como resultado a QV em voz (QVV e IDV) maior no sexo feminino, diferentemente dos resultados obtidos em nosso estudo.

Quando se considera a existência de queixa na voz, as diferenças visuais representadas no primeiro painel da Figura 1 se traduziram em diferenças estatísticas para as dimensões total, socioemocional e físico do QVV (Tabela 4). Em todos os casos, sujeitos sem queixas na voz reportaram, em média, maiores escores de QV que aqueles com queixas na voz. Em relação à queixa de deglutição, indivíduos sem queixas tiveram maiores escores no QVV que indivíduos com queixas (Figura 1). Essas diferenças numéricas, contudo, não foram estatísticas (Tabela 4).

Pesquisa anterior que analisou o resultado do QVV em professores da educação infantil com queixas de voz não mostrou estatisticamente uma diferença significativa entre homens e mulheres. Entretanto, observou-se uma correlação entre severidade da disfonia e o QVV nesses participantes.² Outra, que verificou o impacto autorrelatado de alterações vocais na QV de sujeitos com queixas vocais,

com o mesmo instrumento, verificou que atores e cantores com queixas vocais apresentaram os maiores índices nos escores total e físico.²²

Outro estudo teve como objetivo relacionar mudanças vocais e de deglutição com a QV em idosos saudáveis. Para a coleta de dados, foram utilizados os protocolos QVV e SWAL-QoL, os mesmos utilizados no nosso estudo. No QVV, a pontuação dos domínios avaliados e escore total se aproximaram a 100 pontos, não demonstrando impacto negativo na QV em voz. Já no SWAL-QoL, o domínio “Desejo em se alimentar” obteve a menor média de 48,3 pontos e os outros domínios apresentaram médias próximas ou iguais a 100 pontos. Sendo assim, essa pesquisa concluiu que os sujeitos entrevistados não sofrem de impactos negativos em sua QV na maioria dos domínios avaliados associados a voz e deglutição.³¹ Concordando com outros estudos previamente citados e com o nosso, onde houve elevada QV na ausência de doenças associadas.

Como pode ser visto na Figura 1, os escores indicam que variável relato de COVID-19 não produziu diferenças na QV reportada pelos sujeitos. De fato, nenhuma das análises inferenciais indicou efeitos significativos do relato de diagnóstico prévio de COVID-19 sobre a QV conforme mensurado pelo QVV e pela EDTV.

Até o momento, encontrou-se somente um estudo que avaliou a QV relacionada a voz em pacientes após infecção por COVID-19. A comparação mostrou que estatisticamente há uma diferença significativa para todos os sintomas de desconforto do trato vocal, exceto coceira, entre sujeitos saudáveis e após COVID-19⁵³. No presente estudo, os sujeitos que relataram COVID-19 também apresentaram valores mais altos na EDTV, sugerindo maior desconforto do trato vocal. Contudo, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

A Figura 1 também apresenta os escores médios dos sujeitos nas dimensões de frequência e intensidade do EDTV em função do sexo, da existência de queixa na voz, de queixa de deglutição e de relato de diagnóstico prévio de COVID-19. Nela, escores mais baixos indicam maiores níveis de QV. Tal como ocorreu no QVV, masculinos homens tiveram maiores níveis de QV do que as mulheres, tanto na dimensão frequência, quanto na dimensão intensidade.

As análises envolvendo o efeito de queixas prévias na voz sobre os escores do EDTV corroboraram as análises anteriores envolvendo o QVV: indivíduos sem

queixas na voz tiveram maiores escores de QV que indivíduos com queixa na voz, em frequência e intensidade (Figura 1).

Através de um estudo sobre autoavaliação de queixas vocais em atores profissionais de teatro, de ambos os sexos, os quais responderam à EDTV, observou-se que 25% apresentaram queixas de desconforto do trato vocal e não se constatou diferença entre os sexos masculino e feminino⁴⁶, contrariando o presente estudo.

Dentre os sintomas de desconforto do trato vocal mais expressivos na literatura estão a garganta dolorida e secura.⁴⁷ Em contrapartida, alguns estudos apontam que na maioria das vezes os primeiros sintomas relatados em um distúrbio da voz são garganta irritada, coceira na garganta, garganta seca e sensação de bola na garganta.^{51, 52} Estes podem, inclusive, estar relacionados com a disfagia.

Ao contrário do que aconteceu previamente, a variável “queixas de deglutição” apresentou resultados em favor de um efeito na QV: sujeitos que não reportaram queixa de deglutição apresentaram maior QV do que aqueles que reportam essa queixa (Figura 1). Isso ocorreu tanto na dimensão frequência, quanto na dimensão intensidade da EDTV (Tabela 4).

Pesquisa anterior avaliou o desconforto do trato vocal e QV em deglutição em idosos, utilizando os mesmos instrumentos do nosso estudo (EDTV e SWAL-QoL). Participaram deste estudo 400 idosos que foram separados em saudáveis e internados na clínica médica do hospital. Em relação à EDTV, os idosos internados apresentaram mais queixas vocais quando comparados aos idosos saudáveis, como queimação, aperto, secura, garganta dolorida, irritada, coceira e bola na garganta. Quanto aos domínios do SWAL-QoL, a maior parte dos domínios apresentou diferença estatística entre idosos internados e idosos saudáveis, com exceção os domínios: comunicação e social.³²

Neste estudo previamente citado, observou-se prevalência do sexo masculino nos idosos internados, o que pode estar relacionado à falta do comportamento preventivo. Já as mulheres não apresentaram um número significativo por serem mais propensas aos hábitos preventivos enquanto os homens são mais instruídos a hábitos curativos. Ainda, encontrou-se correlação negativa fraca entre desconforto do trato vocal e QV relacionada a deglutição em ambos os grupos.³² Dados semelhantes aos do nosso estudo, onde verificamos

predomínio de homens e correlação negativa entre frequência e intensidade da EDTV e a presença de queixas de deglutição.

A Figura 2 apresenta os escores médios dos sujeitos nas dimensões total, físico, funcional e emocional do DHI em função do sexo, da existência de queixa na voz, de queixa de deglutição e de relato de diagnóstico prévio de COVID-19. Nela, escores mais baixos indicam maiores níveis de QV. Notam-se valores muito baixos nessas dimensões, indicando escores em direção a uma elevada QV da amostra.

Como pode ser visto na Figura 2, os homens novamente tiveram maiores níveis de QV em deglutição do que as mulheres. Porém, as análises inferenciais apontaram a diferença significativa apenas no domínio físico (Tabela 4). Já os resultados envolvendo queixa na voz não tiveram significância estatística (Tabela 4), mas visualmente percebe-se na Figura 2 que os sujeitos com queixas de voz tiveram escores médios mais elevados no DHI.

Os efeitos da queixa de deglutição, contudo, foram mais evidentes, tal como denotado pela discrepância na altura das barras na Figura 2. De fato, houve maior QV estatisticamente significativa para sujeitos sem queixa de deglutição nos domínios físico, funcional, emocional e total (Tabela 4).

Por meio de um estudo o qual investigou as características de distúrbios da deglutição em 515 pacientes com disfonia, que responderam a cinco questionários, sendo o DHI um deles, 11.8% dos pacientes que necessitavam de tratamento para voz reportaram existência de queixas de deglutição. Desses, após avaliação, 9.3% apresentaram diagnóstico de disfagia. A porcentagem de pessoas diagnosticadas com disfagia variou de acordo com cada tipo de doença apresentada: no grupo de pessoas com disfonia hiperfuncional, 9.1% possuem disfagia; 83.3% no grupo com distúrbio neurológico; 10% no grupo com paralisia unilateral no nervo laríngeo e 7.1% no grupo com laringite crônica. Segundo o autor, deve-se enfatizar que a disfonia o principal motivo de internação, porém a porcentagem diagnosticada de distúrbios da deglutição é significativamente alta. Portanto, a avaliação com o fonoaudiólogo deve sempre incluir instrumentos sobre queixas de deglutição a fim de prevenir o risco para disfagia nos pacientes com disfonia.⁵⁴

A inspeção visual da Figura 2 indica que o relato de diagnóstico prévio de COVID-19 produziu resultados descritivos em direções opostas para as dimensões total e emocional do DHI, por um lado (onde sujeitos com diagnóstico prévio

reportaram maior QV). E nas dimensões físico e funcional, por outro lado (onde sujeitos com diagnóstico prévio reportaram menor QV), porém sem significância estatística.

Pesquisa que avaliou prospectivamente pacientes com COVID-19 para examinar o desenvolvimento e a evolução da lesão laríngea resultante de IOT e traqueostomia (TQT) e compreender os efeitos da TQT na voz e deglutição dois meses após a alta hospitalar. Foram incluídos 41 pacientes, com média de 56 anos de idade e prevalência do sexo masculino.¹⁹

Em relação à deglutição, foi utilizado o instrumento de rastreamento da disfagia EAT-10 e o DHI. Como resultados, o estudo apontou que 92% dos sujeitos apresentaram volume e capacidade de deglutição abaixo do normal e 67% dos sujeitos apresentaram velocidade de deglutição aumentada da faixa normal. Além disso, 12 pacientes foram identificados por meio do questionário EAT-10, sendo todos os resultados alterados, sem correspondência com a normalidade. Os escores altos do DHI foram distribuídos de forma relativamente uniforme em todos os sujeitos. Isso indica que os pacientes apresentam disfagia multifatorial como resultado da COVID-19 com impacto na QV, mesmo para aqueles que não necessitaram de intervenção contínua.¹⁹

A Figura 2 também apresenta os escores médios dos sujeitos nas 11 dimensões do SWAL-QoL em função do sexo, da existência de queixa na voz, de queixa de deglutição e de relato de diagnóstico prévio de COVID-19. Nela, escores mais altos indicam maiores níveis de QV. Notam-se, em geral, valores muito altos nessas dimensões, indicando escores em direção a uma elevada QV da amostra.

Consistentemente e corroborando análises prévias, tivemos homens apresentaram maior QV relacionada à deglutição do que as mulheres (Figura 2). No entanto, apenas as diferenças na questão “fadiga” atingiram significância estatística (Tabela 4).

Em relação às queixas na voz (Figura 2), sujeitos sem queixas também tiveram sistematicamente maiores níveis de QV em deglutição que sujeitos com queixas. As análises, no entanto, não atingiram significância estatística. Assim, como com relação ao relato de COVID-19, não houve significância estatística (Tabela 4).

Os padrões mais salientes de diferenças em QV no SWAL-QoL ocorreram considerando-se a variável queixa de deglutição (Figura 2). Aqui, sujeitos sem queixas relataram maiores níveis de QV que sujeitos com queixas. Em cinco dimensões, os resultados foram significativos: deglutição como um fardo; frequência de sintomas; seleção de alimentos; medo de se alimentar; e saúde mental (Tabela 4).

Em pesquisa prévia realizada com idosos saudáveis, homens e mulheres diferenciaram-se apenas nos domínios “sono” e “fadiga” do SWAL-QoL, em que mulheres apresentaram médias inferiores²⁸, corroborando os dados do presente estudo. Os mesmos autores concluíram que idosos saudáveis, em geral, não autorreferem alterações significativas quanto à QV em deglutição. O que também vai ao encontro dos nossos resultados, onde a maioria dos sujeitos não tem doenças associadas e queixas de voz ou deglutição, e apresentou QV elevada em todos os protocolos, inclusive no SWAL-QoL.

Outra pesquisa também teve como objetivo identificar o risco de disfagia e avaliar a QV em deglutição de idosos saudáveis. Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e considerados saudáveis. Foram aplicados os protocolos EAT-10 e SWAL-QoL, onde foram identificados 41 indivíduos com risco de disfagia, sendo a maioria de homens e com idade igual ou superior a 70 anos. Não houve relação estatística entre risco de disfagia, sexo e faixa etária. Quanto ao SWAL-QoL, houve diferença estatística entre os sexos para os domínios “deglutição como um fardo”, “frequência de sintomas” e “saúde mental”, porém sem diferença nas faixas etárias. Independente do sexo e da idade, não houve impacto na QV relacionada à deglutição e não houve associação entre risco de disfagia e QV. A partir desse estudo, pôde-se concluir que idosos saudáveis apresentam risco de disfagia mais frequente após 70 anos e menores escores para os domínios “sono” e “fadiga” no SWAL-QoL.³⁰ Em nosso estudo com adultos e idosos, a média de idade foi de 50.91 anos, ou seja, na faixa etária de adultos, e os menores escores do SWAL-QoL foram no item “fadiga”.

Autores buscaram delinear relações entre QV, comprometimento da deglutição e progressão da doença em indivíduos com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). A partir dos resultados obtidos, foi possível observar que conforme pontuação média do SWAL-QoL, a QV relacionada à deglutição foi moderadamente

reduzida neste grupo de indivíduos com ELA, e fadiga e tempo de duração das refeições foram os domínios mais afetados. Ainda, observaram que quanto mais baixas as pontuações no SWAL-QoL, pior o nível de proteção de vias áreas. No exame objetivo da deglutição, 21 sujeitos apresentaram penetração laríngea e 15 apresentaram aspiração laringotraqueal. Com isso, concluiu-se que o comprometimento da deglutição impactou o aspecto psicossocial e a QV em indivíduos com ELA.²⁹ Enquanto no presente estudo, com sujeitos, em sua maioria, sem doenças associadas, os piores índices de QV foram em fadiga e sono.

A aplicação de protocolos que analisam a autopercepção complementa a avaliação clínica do fonoaudiólogo, elucidando informações importantes sobre o impacto das alterações de voz e deglutição e auxiliando na ampliação da visão clínica do profissional e maior compreensão do problema. Ainda, contribui para o estabelecimento de manejo terapêutico multiprofissional e auxilia a elaboração de novas intervenções para sujeitos com disfonia e disfagia.

Sugere-se que futuras pesquisas sobre QV relacionada a voz e deglutição sejam realizadas com diferentes populações, visando analisar a influência desta na vida dos sujeitos, bem como comparadas com outras avaliações. Destaca-se a importância de aprofundar estudos que correlacionam as variáveis analisadas para auxiliar na detecção precoce de alterações de voz ou deglutição. Através da busca na literatura, verificou-se carência de estudos que avaliam a QV em voz e deglutição, integrando as duas áreas, o que pode ter limitado a discussão e comparação com outros estudos.

5. CONCLUSÃO

Neste grupo de adultos e idosos com predomínio de homens, sem histórico de infecção por COVID-19 e com ausência de queixas de voz e/ou deglutição, a QV relacionada a esses aspectos apresentou-se elevada.

Nas comparações, os homens mostraram maior QV em voz e deglutição do que as mulheres, o relato de infecção prévia por COVID-19 não interferiu na QV, a presença de queixas de voz influenciou os escores do QVV, as queixas de deglutição influenciaram os escores do DHI e SWAL-QoL, e as queixas de voz e deglutição influenciaram os resultados da EDTV.

A correlação entre os diferentes instrumentos que avaliam a QV relacionada a voz e deglutição evidenciou que são úteis e complementares, com aplicabilidade fácil, rápida, além de possuir baixo custo. Tais instrumentos podem ser utilizados mesmo em pacientes que ainda não apresentam queixas com o intuito de identificar os pacientes que necessitam de investigação complementar de voz e deglutição.

Mostra-se necessária a atuação interdisciplinar entre as áreas de Voz e Disfagia, visando rastrear e prevenir distúrbios de voz e deglutição e proporcionar bem-estar físico, mental e social ao sujeito, promovendo um olhar mais ampliado que considere as dificuldades e limitações autorreferidas.

6. REFERÊNCIAS

1. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-588. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.
2. Mansouri Y., Naderifar E., Hajiyakhchali A, Moradi N. The relationship between dysphonia severity index and voice-related quality of life in the elementary school teachers with voice complaint. *Journal of Voice*. 2021; 12;S0892-1997(21)00080-1. doi:10.1016/j.jvoice.2021.02.017
3. Mangilli LD, Amoroso MRM, Nishimoto IN, Barros PAB, Carrara-de-Angelis E. Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2008;13(2):103-112. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342008000200003>
4. Bastilha GR, Lima JPM, Cielo CA. Influência do sexo, idade, profissão e diagnóstico fonoaudiológico na qualidade de vida em voz. *Revista CEFAC*. 2014;16(6)1900-1908. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201415913>
5. Spina AI, Maunsell R, Sandalo K, Gusmão R, Crespo A. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2009;75(2):275-279. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992009000200019>.
6. Oliveira P, Lima Neto E de A, Lopes L, Behlau M, Lima HMO, Almeida AA. Brazilian Dysphonia Screening Tool (Br-DST): An instrument based on voice self-assessment items. *Journal of Voice*. 2021; 13;S0892-1997(21)00024-2. doi:10.1016/j.jvoice.2020.12.052
7. Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, et al. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. *Arch*

Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;127(7):870-876. doi:10-1001/pubs.Arch Otolaryngol.

8. Carrara-de Angelis E, Barros APB, Furia CLB. Atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. In: Oliveira ST, editor. Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003. p.161-74.
9. Guedes RLV. Auto-avaliação de disfagia por pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço e impacto na qualidade de vida: validação e aplicação do questionário de disfagia MD Anderson (MDADI). São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].
10. Hess HE, Barone NA, Daniero JJ. Predicting patient needs for interdisciplinary services in a voice and swallowing center. *Journal of Voice*. 2020; 34(3):435-441. doi:10.1016/j.jvoice.2018.10.005.
11. Holland G, Jayasekaran V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagus* 2011; 24(7):476–480. doi: 10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x.
12. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50(6):1118–23. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x.
13. Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140(1):33–6. doi: 10.1016/j.otohns.2008.10.010.
14. Malagelada et al. WGO Practice Guideline — Dysphagia. World Gastroenterology Organisation, 2014. 22p. disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
15. Cohen SM, Dupont WD, Courey MS. Quality-of-life impact of nonneoplastic voice disorders: a meta-analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2006;115(2):128-134. doi: 10.1177/000348940611500209
16. Davids T, Klein AM, Johns MM. Current dysphonia trends in patients over the age of 65: is vocal atrophy becoming more prevalent? *Laryngoscope*. 2012;122(2):332-335. doi: 10.1002/lary.22397
17. Bhattacharyya N. Prevalence of voice problems among US adults. *Laryngoscope*. 2014;124(10):2359-2362. doi: 10.1002/lary.24740
18. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, McCoy SJ, Ouellette DR, Patel RR, Reavis CCW, Smith LJ, Smith M, Strode SW, Woo P, Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;158(1):S1-S42. doi: 10.1177/0194599817751030.

19. Rouhani MJ, Clunie G, Thong G, Lovell L, Roe J, Ashcroft M, et al. A prospective study of voice, swallow and airway outcomes following tracheostomy for COVID-19. *Laryngoscope*. 2021;131(6):E1918-E1925. doi: 10.1002/lary.29346
20. Spector BC, Netterville JL, Billante C, Clary J, Reinisch L, Smith TL. Quality-of-life assessment in patients with unilateral vocal cord paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 125(3):176-82. doi: 10.1067/mhn.2001.117714.
21. Tutya AS, Zambon F, Oliveira G, Behlau M. Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2011;16(3):273-281. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000300007>.
22. Putnoki DS, Hara F, Oliveira G, Behlau M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2010; 15(4):485-490. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400003>.
23. Cantor-Cutiva LC. Relationship between room acoustics with voice symptoms and voice-related quality of life among colombian school and college teachers during online classes in times of COVID-19 pandemic. *J Voice*. 2022;14:S0892-1997(22)00071-6. doi: 10.1016/j.jvoice.2022.03.008.
24. Souza, DHB. Validação dos questionários “Speech Handicap Index” e “Dysphagia Handicap Index” para o português Brasil. São Paulo; 2014. [Dissertação- Fundação Antônio Prudente]
25. Kizilkaya MC, Bozkurt MA. New technique of posterior fixation of tube with fibrin sealant prevents dysphagia in patients undergoing sleeve gastrectomy. *Am Surg*. 2022; 88(6):1217-1223. doi: 10.1177/0003134821991989.
26. Leow LP, Huckabee ML, Anderson T, Beckert L. The impact of dysphagia on quality of life in aging and Parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire. *Dysphagia*. 2010; 25(3):216-220. doi:10.1007/s00455-009-9245-9
27. Plowman-Prine EK, Sapienza CM, Okun MS, Pollock SL, Jacobson C, Wu SS, Rosenbek JC. The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2009; 15;24(9):1352-8. doi: 10.1002/mds.22617.
28. Cassol, K et al. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2012; 24(3):223-232. doi: <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000300007>.
29. Tabor L, Gaziano J, Watts, S, Robison R, Plowman EK. Defining swallowing-related quality of life profiles in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *dysphagia*. 2016; 31(3):376-82. doi: 10.1007/s00455-015-9686-2.
30. Ferraz MS, Guimarães M, Nunes J, Azevedo E. Risco de disfagia e qualidade de vida em idosos saudáveis. *Distúrbios da Comunicação*. 2020; 32(3):454-461 doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>.

31. Guimarães HL, Petreca RH, Campos R, Dassie ALP. Influência de alterações de voz e deglutição na qualidade de vida em idosos. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 2017, Salvador - Bahia. Congresso Internacional de Fonoaudiologia, 2017. disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unc-Hellen-Nataly-Correia-Lagos-Guimar%C3%A3es.pdf>.
32. Cintra MS, Attianezi M, Guimarães MF, Azevedo EHM. Desconforto do trato vocal e qualidade de vida em deglutição em idosos. *Distúrbios da Comunicação*. 2018; 30(2):316-325. doi: 10.23925/2176-2724.2018v30i2p316-325
33. Bockorni, B. R. S.; Gomes, A. F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR, Umuarama*, 2021; 22(1):105-117. doi: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>.
34. Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). *J Voice*. 1999; 13(4):557-69. doi: 10.1016/s0892-1997(99)80010-1.
35. Mathieson L, Hirani SP, Epstein R, Baken RJ, Wood G, Rubin JS. Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia. *J Voice*. 2009; 23(3):353-66. doi: 10.1016/j.jvoice.2007.10.002.
36. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, Bricker DE. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002; 17(2):97-114. doi: 10.1007/s00455-001-0109-1.
37. Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardsley T, Johnson AF. The Dysphagia handicap index: development and validation. *Dysphagia*. 2012; 27(1):46-52. doi: 10.1007/s00455-011-9336-2.
38. Gasparini G, Behlau M. Quality of Life: Validation of the brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) Measure. *J Voice*. 2009; 23(1):76-81. doi: 10.1016/j.jvoice.2007.04.005.
39. Madazio G, Moreti F, Yamasaki R. Protocolos de autoavaliação do impacto da disfonia. In: *Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia*. 1 Ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. p113-129. Cap 16.
40. Amaral, Amanda Corrêa do et al. Desconforto do trato vocal em professores após atividade letiva. *CoDAS [online]*. 2017, v. 29, n. 2 [Acessado 22 Agosto 2022], e20160045. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016045>>. Epub 27 Mar 2017. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016045>
41. Pinheiro J, Silverio KCA, Siqueira LTD, Ramos JS, Brasolotto AG, Zambon F, Behlau M. Sintomas do trato vocal e índice de desvantagem vocal para o canto moderno em cantores evangélicos. *CoDAS*. 2017; 29(4):e20160187. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016187>.

42. Verdonck-de Leeuw, I. M., & Mahieu, H. F. Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study. *Journal of Voice*. 2004;18(2):193–202. doi:10.1016/j.jvoice.2003.10.002
43. Cantarella G, Aldè M, Consonni D, Zuccotti G, DiBerardino F, Barozzi S, Bertoli S, Battezzati A, Zanetti D, Pignataro L. Prevalence of dysphonia in non hospitalized patients with COVID-19 in lombardy, the Italian epicenter of the Pandemic. *Journal of Voice*. 2021;14:S0892-1997(21)00108-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.03.009>.
44. Rouev, P., Chakarski, I., Doskov, D., Dimov, G., & Staykova, E. laryngopharyngeal symptoms and gastroesophageal reflux disease. *Journal of Voice*. 2005;19(3),476–480. doi:10.1016/j.jvoice.2004.07.008
45. Alves LA, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Felipe ACN, Romano CC. Alterações da saúde e a voz do professor, uma questão de saúde do trabalhador. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(4):566-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400020>.
46. Pecorari, A, Yamasaki, R, Badaro, F, Borrego, MC, Behlau, M. Percepção de queixa vocal e autoavaliação do impacto de um problema de voz em atores profissionais de teatro. *Audiology Communication Research*. 2022; 27:e2463. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2463>.
47. Niebudek-Bogusz E, Woźnicka E, Wiktorowicz J, Śliwińska-Kowalska M. Applicability of the polish Vocal Tract Discomfort (VTD) scale in the diagnostics of occupational dysphonia. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 37(4):151-157. doi: 10.3109/14015439.2012.671358.
48. Rodrigues G, Zambon F, Mathieson L, Behlau M. Vocal Tract discomfort in teachers: its relationship to self-reported voice disorders. *J Voice*. 2013; 27(4):473-480. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.01.005>.
49. Badaró F, Araújo RC, Behlau M. Desconforto vocal em indivíduos com queixa cervical: uma abordagem baseada em questionários de autoavaliação. *Audiology Communication Research*. 2014, 19(3):215-221. doi: <https://doi.org/10.1590/S2317-64312014000300003>.
50. Lopes LW, et al. Relação entre os sintomas vocais, intensidade do desvio vocal e diagnóstico laríngeo em pacientes com distúrbios da voz. *CoDAS*. 2016; 28(4):439-445. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015062>
51. Sliwinska-Kowalska M, Niebudek-Bogusz E, Fiszler M, Los-Spychalska T, Kotylo P, Sznurowska-Przygocka B, Modrzewska M. The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. 2006; 58(2):85-101. doi: 10.1159/000089610.
52. Ruotsalainen J, Sellman J, Lehto L, Verbeek J. Systematic review of the treatment of functional dysphonia and prevention of voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138(5):557-65. doi: 10.1016/j.otohns.2008.01.014.

53. Tohidast SA, Mansuri B, Memarian M, Ghobakhloo HA, Scherer RC. Voice Quality and vocal tract discomfort symptoms in patients with COVID-19. *Journal of Voice*. 2021. *in press*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.09.039>
54. Krasnodębska P, Szkiełkowska A, Jarzyńska-Bućko A., Włodarczyk E, Beata M. Characteristics of swallowing disorders in patients with dysphonia. *Otolaryngologia Polska*. 2019; 73(6):1-5. doi: 10.5604/01.3001.0013.4123.