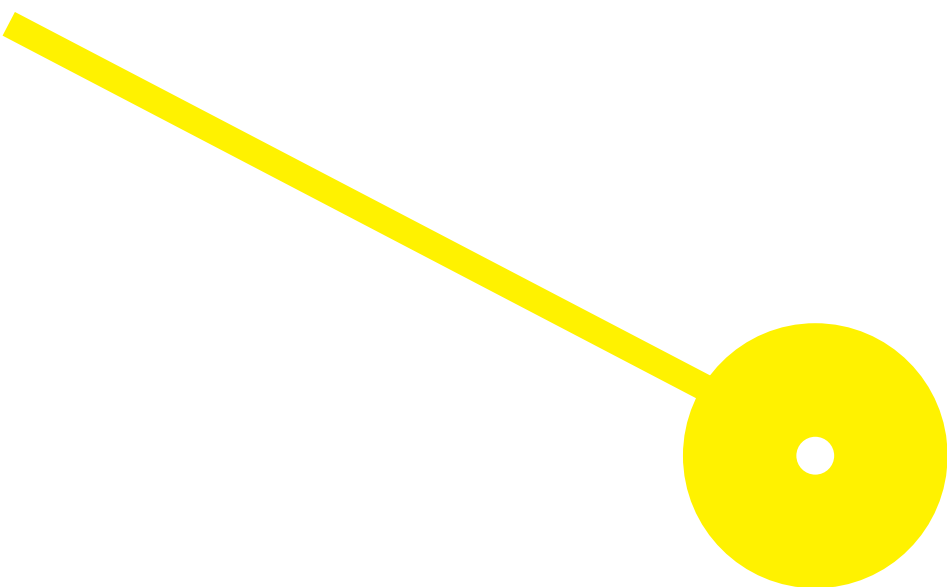




Caracterização das práticas profissionais dos terapeutas da fala na intervenção com a pessoa com laringectomia total em Portugal

Raquel Cristina Roque da Silva Carvalho

10/2022





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Caracterização das práticas profissionais dos Terapeutas da Fala na intervenção com a
pessoa com laringectomia total em Portugal**

Autor

Raquel Cristina Roque da Silva Carvalho

Orientador

Professor Doutor Pedro André Guerreiro Martins Araújo/Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico do Porto

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia da Fala**
pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.**

Agradecimentos

Este trabalho representa mais uma etapa pessoal e profissional alcançada. Foi árduo, mas enriquecedor. Agora é hora de agradecer!

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de frequentar este Mestrado, pela força e capacidade concedidas para concretizar este trabalho.

Ao meu orientador, Professor Doutor André Araújo, por me dizer sempre as palavras certas nas alturas certas. Por fazer ecoar em mim o que me trouxe até aqui. Por ter embarcado nesta viagem comigo e por ser, por vezes, a minha bússola neste trajeto. Obrigada por acreditar em mim e por todo o empenho e dedicação ao longo deste projeto.

À Professora Doutora Alexandra Oliveira, pela preciosa ajuda na realização de todo o tratamento estatístico, sempre disponível e atenciosa.

Aos membros do painel de peritos e do pré-teste pela disponibilidade em colaborar neste trabalho.

A todos os TF que generosamente aceitaram participar neste estudo.

Aos meus pais, que me ensinaram a ser persistente e que sempre acreditaram nas minhas capacidades.

À minha irmã e cunhado, que me incentivam constantemente a seguir os meus sonhos e que me apoiam incondicionalmente.

Ao amor da minha vida, o meu querido marido, que esteve sempre presente. Pela paciência, motivação e pelos momentos em que o privei da minha presença.

Aos meus sobrinhos, que me ensinaram o significado de ter o coração a bater do lado de fora do peito.

À restante família, obrigada pela compreensão das minhas ausências.

Às preciosas colegas do “Grupos” que cruzaram o meu caminho nesta jornada, obrigada por me terem incentivado tantas vezes e por terem acreditado que eu era capaz. Obrigada pelos bons momentos que passámos juntas durante esta fase.

À minha querida Raquel Botelho, sem ti não teria sido a mesma coisa. A tua capacidade de resiliência inspirou-me desde o início.

À Iolanda Campos, a primeira “parceira”. E que feliz coincidência... chegámos juntas até aqui. Partilhámos noites, frustrações, gargalhadas... agora chegou o momento de comemorarmos juntas.

À Sofia Costa, uma Mulher inspiradora. Obrigada por estares sempre disponível e por me ajudares prontamente sempre que foi necessário.

À minha querida sócia, Catarina da Isabel, por não me deixares desistir do que realmente queria, ainda que por vezes tenha sido difícil. Nunca duvidaste de mim. Acima de tudo, obrigada pela tua amizade neste percurso.

À Nampula, Maputo e Quirimbas, os meus gatos, que sempre me acompanharam incondicionalmente nas noites que passei ao computador.

A todos os que fizeram parte desta caminhada e que não mencionei, mas que estiveram presentes nesta fase da minha vida.

Muito obrigada a todos!

Resumo

O cancro da laringe é uma das variantes mais frequentes de cancro da cabeça e pescoço e interfere significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Em casos mais avançados a abordagem de eleição é a cirúrgica, a qual provoca sequelas. O terapeuta da fala é um dos Profissionais responsáveis pela reabilitação da pessoa com laringectomia total.

O presente estudo pretende caracterizar as práticas dos terapeutas da fala na intervenção com a pessoa com laringectomia total em Portugal.

A investigação é de carácter observacional e descritivo e de natureza quantitativa. Elaborou-se e disponibilizou-se um questionário, tendo-se obtido 160 respostas. 24 profissionais afirmam ter alguma ou muita experiência nesta área, exercendo predominante em hospitais, individualmente, semanal ou bissemanalmente. O atendimento ocorre maioritariamente nas fases pós-cirúrgicas imediata ou recente e as opções de reabilitação da voz mais frequentes são: voz traqueoesofágica e voz esofágica. O paciente e a sua família são integrados na reabilitação. Como abordagens referem também a reabilitação da: deglutição, respiração, olfato e utilização de meios de comunicação aumentativa e alternativa. A restante amostra manifesta estar pouco informada nos vários domínios, não se identifica e afirma ter falta de oportunidades para trabalhar na área.

Palavras-chave: Laringectomia; Pessoa com Laringectomia Total; Reabilitação; Terapeuta da Fala; Práticas Terapêuticas

Abstract

Laryngeal cancer is one of the most frequent variants of head and neck cancer and it interferes significantly with the patients quality of life. Surgery is the approach of choice in more severe cases, and it causes sequels.

The Speech Therapist is one of the Professionals responsible for these patients rehabilitation

This study aims to characterize the practices of speech therapists while working with a person who has a total laryngectomy in Portugal.

The research is observational and descriptive and quantitative in nature. A questionnaire was prepared and made available, and 160 answers were obtained. 24 professionals said they had some or much experience in this area, practicing predominantly in hospitals, individually, weekly or bi-weekly. The intervention is carried out mostly the immediate or recent post-surgical stages and the most frequent voice rehabilitation options are Tracheoesophageal Voice and Esophageal Voice. The patient and their family are integrated in the rehabilitation. As approaches they also mention rehabilitating: swallowing, breathing, sense of smell and the use of augmentative and alternative means of communication. The remaining sample shows to be poorly informed in various domains, don't identify with this area and say they lack opportunities to work with it.

Keywords: Laryngectomy; Person with Total Laryngectomy; Rehabilitation; Speech Therapist; Therapeutic Practices

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico..... | 2 |
| 2.1. Cancro da Laringe..... | 2 |
| 2.2 Tratamento e sequelas do cancro da laringe..... | 4 |
| 2.3 Reabilitação Vocal..... | 7 |
| 2.4 Reabilitação Olfativa..... | 11 |
| 2.5 Reabilitação da Deglutição..... | 14 |
| 2.6 Reabilitação da Respiração..... | 15 |
| 2.7. Meios de Comunicação Aumentativos e/ou Alternativos..... | 16 |
| 2.8 O papel do Terapeuta da Fala..... | 17 |
| 2.9 A intervenção e a Equipa..... | 19 |
| 2.10 Práticas Centradas na Pessoa e na Família..... | 21 |
| 3. Métodos..... | 22 |
| 3.1. Tipo e Desenho de estudo..... | 22 |
| 3.2. População e Amostra..... | 23 |
| 3.3. Instrumentos..... | 23 |
| 3.4. Procedimentos..... | 24 |
| 4. Resultados..... | 25 |
| 4.1. Caracterização sociodemográfica..... | 25 |
| 4.2. Análise do Ramo I “Nenhuma ou pouca experiência”..... | 28 |
| 4.3. Análise do Ramo II “Alguma ou muita experiência”..... | 29 |
| 5. Discussão..... | 39 |
| 6. Conclusão..... | 49 |
| Referências Bibliográficas..... | 51 |
| Apêndice 1 – Questionário elaborado para caracterizar as práticas profissionais dos TF usadas na intervenção com a PcLT..... | 63 |
| Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto..... | 74 |

Índice de Abreviaturas

BL – *Bypass* Laríngeo

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

DP – Desvio Padrão

HME – Heat and Moisture Exchanger

LE – Laringe Eletrônica

LT – Laringectomia Total

NAIM – Nasal Airflow- Inducing Maneuver

PcLT – Pessoa com Laringectomia Total

PF – Prótese Fonatória

QdV – Qualidade de Vida

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

TF – Terapeutas da Fala

VDO – Ventilador Difusor de Odor

VE – Voz Esofágica

VM – Voz Murmurada

VTE – Voz Traqueoesofágica

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra | 26 |
| Tabela 2 – Gostaria de ter oportunidade de trabalhar na área | 29 |
| Tabela 3 – Contextos de trabalho com pessoas com laringectomia total..... | 29 |
| Tabela 4 – Tempo médio de intervenção | 38 |
| Tabela 5 – Tempo médio de intervenção | 38 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Localização da Laringe | 3 |
| Figura 2 – Trajeto do ar antes e após a laringectomia total | 6 |
| Figura 3 – Anatomia da cabeça e pescoço antes (A) e após (B) a laringectomia total | 8 |
| Figura 4 – Paciente após a laringectomia total e uso da laringe eletrónica..... | 9 |
| Figura 5 – Anatomia pós-laringectomia total com prótese fonatória | 10 |
| Figura 6 – Desenho ilustrativo da interrupção do fluxo aéreo nasal após a laringectomia total..... | 11 |
| Figura 7 – Desenho ilustrativo da técnica descrita Nasal Airflow-Inducing Maneuver | 12 |
| Figura 8 – Desenho ilustrativo do bypass laríngeo..... | 13 |
| Figura 9 – Desenho ilustrativo do scent-diffusing ventilator..... | 13 |
| Figura 10 – Funcionamento do Heat and Moisture Exchanger..... | 15 |
| Figura 11 – Motivos pelos quais os TF do estudo têm pouca ou nenhuma experiência | 28 |
| Figura 12 – Quão informado considera que está nos seguintes domínios..... | 28 |
| Figura 13 – Frequência de atendimento da PcLT em cada fase | 30 |
| Figura 14 – Tratamentos encontrados na PcLT | 30 |
| Figura 15 – Opção alternativa à voz laríngea mais utilizada | 31 |
| Figura 16 – Acompanhamento de PcLT com as seguintes opções de comunicação..... | 31 |
| Figura 17 – Padrões funcionais da PcLT em acompanhamento | 32 |
| Figura 18 – Perceção do impacto das formas de comunicação | 32 |
| Figura 19 – Frequência com que os TF avaliam e intervêm ao nível da dinâmica e das competências comunicativas..... | 33 |
| Figura 20 – Frequência das práticas no trabalho com a PcLT e importância atribuída à utilização das práticas descritas com a PcLT..... | 33 |
| Figura 21 – Interação dos TF com os profissionais de saúde descritos | 34 |
| Figura 22 – Frequência de procedimentos na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea..... | 34 |
| Figura 23 – Frequência com que a PcLT é convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea em cada fase | 35 |
| Figura 24 – Atuação dos TF nas áreas da deglutição..... | 35 |
| Figura 25 – Atuação dos TF na área da reabilitação respiratória | 36 |
| Figura 26 – Atuação dos TF na área da reabilitação do olfato..... | 36 |
| Figura 27 – Frequência com os que os TF incentivam os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos | 37 |
| Figura 28 – Frequência com os que os TF incentivam os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos em cada fase | 37 |
| Figura 29 – Frequência com os que os TF promovem o contacto da PcLT com outras pessoas em situação semelhante | 37 |
| Figura 30 – Informação dos TF relativamente aos domínios descritos..... | 39 |

1. Introdução

O cancro constitui-se, atualmente, como a segunda causa de morte dos países desenvolvidos sendo, por isso, estimado como um relevante problema de Saúde Pública. Este facto provoca alterações nas conjunturas psicológicas, físicas, económicas e sociais. O cancro da laringe é um dos mais frequentes cancros da cabeça e do pescoço. Tem-se verificado uma diminuição na incidência destes tumores na última década (Caixeiro, 2019). A laringe é um órgão central do sistema respiratório e realiza um papel importante ao nível da respiração e da fonação. Tumores malignos da hipofaringe e da laringe podem atingir as diversas funções fisiológicas da laringe, dependendo do seu tamanho e da sua localização (Silva et al., 2015).

A Laringectomia Total (LT) ainda é considerada o tratamento padrão do cancro da laringe avançado, apesar das novas aprendizagens em Radioterapia (RT), Quimioterapia (QT) e cirurgia conservadora da laringe (Polat et al., 2015). A perda de laringe resulta em inúmeras alterações físicas e funcionais que podem afetar o bem-estar psicossocial e algumas das funções vitais básicas.

O conceito Qualidade de Vida (QdV), segundo Pimentel (2006), assume-se como uma noção multidimensional, que traduz o bem-estar subjetivo do doente, nas vertentes físicas, psicológicas e sociais, as quais se podem subdividir noutras dimensões. O domínio físico refere-se à perceção que o doente tem da sua capacidade em realizar as suas atividades diárias. O domínio social refere-se à capacidade do doente se relacionar com membros da família, vizinhos, amigos e outros. O domínio psicológico incorpora aspetos do bem-estar emocional e mental, como depressão, ansiedade, medo, raiva, entre outros. A QdV é amplamente deteriorada em pacientes que passam pela perda de voz, perda de olfato, alterações do trato respiratório, alterações na função pulmonar, reflexos de tosse fracos e complicações associadas à traqueostomia permanente (Kapila et al., 2011).

As perturbações de voz e os problemas ao nível da comunicação subsequentes são talvez os problemas mais evidentes, e o processo de reabilitação foca-se, inicialmente, em restabelecer a comunicação funcional (Attieh et al., 2008).

Após a LT, o traqueostoma permanente determina uma desfiguração de uma parte visível do corpo que pode ter um impacto extremamente negativo na imagem corporal do paciente e na autoestima (Longobardi et al., 2019). O Terapeuta da Fala (TF) é o profissional da equipa de saúde competente e responsável pela avaliação, diagnóstico funcional e readaptação das funções de respiração, deglutição, olfato e voz dos indivíduos acometidos por tumor da laringe (Figueiredo et al., 2019; Santos, 2016).

O cancro da cabeça e pescoço está associado a questões relacionadas ao medo da doença e da morte e à alteração da autoimagem e das relações sociais e familiares. No geral e após um estudo sobre esta problemática, verifica-se que nenhuma das opções terapêuticas é perfeita e é por isso indispensável a existência de normas de orientação clínica que devem ser adaptadas a cada caso, com recurso a uma equipa multidisciplinar que avalie não só as questões tumorais, como também o doente e a família como um todo, implicando-os no processo de tomada de decisão.

Com este estudo pretende-se promover uma reflexão sobre as práticas dos TF, para que se possam verificar as tendências profissionais em Portugal. O estudo resultará numa ferramenta útil para que cada TF conheça as melhores práticas apresentadas na literatura atual e reflita sobre medidas a adotar para melhor ajudar a PCLT a reabilitar-se em todas as áreas de intervenção (voz, deglutição, respiração e olfato). Deste modo, também é possível ampliar a área de intervenção da Terapia da Fala nesta população e aprofundar os conhecimentos terapêuticos, baseando-se aqui a motivação para realizar este estudo.

No mesmo sentido, poderão ser encontradas medidas no âmbito da formação ou das políticas sociais e da saúde que, de uma forma coletiva, ajudem os TF a melhorar a suas práticas profissionais nesta área e a aumentar a qualidade dos serviços prestados.

A dissertação encontra-se dividida em seis partes. Na primeira, a introdução, apresenta-se o tema e a motivação e alcance do trabalho. Na segunda emerge o enquadramento teórico, onde são apresentados os resultados fundamentais da revisão da literatura e onde se desenvolvem os temas basilares do estudo. Na terceira parte apresentam-se os objetivos do estudo, explana-se a metodologia utilizada, nomeadamente o tipo e desenho de estudo, os participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos de recolha de dados, as variáveis em estudo e a análise dos dados. Na quarta parte apresentam-se e exploram-se os resultados alcançados, os quais são de seguida discutidos na quinta parte. Na sexta e última parte são expostas as conclusões gerais e as sugestões refletidas.

2. Enquadramento Teórico

Neste capítulo do trabalho pretende-se fazer uma breve revisão bibliográfica das temáticas que estão envolvidas no estudo, nomeadamente, um enquadramento prévio sobre o cancro da laringe, o tratamento e sequelas do cancro da laringe, a reabilitação vocal, a reabilitação olfativa, a reabilitação da deglutição, a reabilitação da respiração, os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos, o papel do terapeuta da fala, a intervenção em equipa e as práticas centradas na pessoa e na família.

2.1. Cancro da Laringe

A laringe é um órgão que apresenta inúmeras funções no organismo, entre elas, funciona como esfíncter, atua na respiração, na deglutição e desempenha um papel crucial na produção da voz laríngea. As alterações laríngeas podem provocar enormes dificuldades relacionadas à fonação, à respiração e à alimentação (Ghirardi et al, 2008). A laringe apresenta-se como um cilindro membranoso e muscular, ímpar, mediano, situado anteriormente no pescoço (Figura 1). É revestido interiormente por mucosa, que mede, em média 4,5 cm nos homens e 3,5 cm nas mulheres e que se fixa superiormente no osso hioide e inferiormente na traqueia (Carvalho, 2001).

Segundo Shim (2004) pode ser subdividida em 3 regiões:

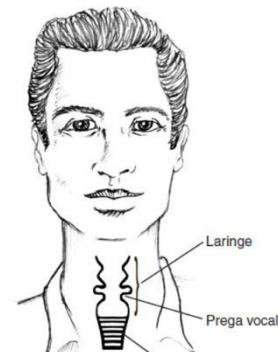
- Região supraglótica – inclui a epiglote, as falsas pregas vocais e os ventrículos (fração entre as pregas ventriculares acima e pregas vocais abaixo);

- Região glótica – inclui as pregas vocais verdadeiras e as comissuras anterior e posterior;
- Região subglótica – inicia-se 1 cm abaixo das pregas vocais verdadeiras e estende-se até à borda inferior da cartilagem cricoide ou primeiro anel traqueal.

Esta subdivisão da laringe é crucial pois as manifestações são diferenciadas de acordo com a região afetada, assim como a evolução e o comportamento da doença. O cancro mais comum da laringe surge na região glótica, seguindo-se a região supraglótica e depois a subglótica (Lima et al., 2011; Shim, 2004).

Figura 1

Localização da Laringe



Fonte: Behlau et al. (2018)

O cancro da laringe pode ser uma fonte considerável de mortalidade e morbidade. Estima-se que surjam, mundialmente, 130 mil novos casos por ano, sendo este tipo de cancro responsável por cerca de 80 mil mortes anuais (Ferlay et al., 2010).

O cancro da laringe, de acordo com os últimos dados do Registo Oncológico Nacional (2018), revelou em Portugal 508 novos casos em 2018, exprimindo uma taxa bruta de 5,06 por 100 mil habitantes, uma taxa europeia de 3,57 por 100 mil habitantes e uma taxa mundial de 2,55 por 100 mil habitantes. A taxa de incidência mais elevada regista-se na faixa etária dos 60-64 anos, com o valor de 84 por 100 mil habitantes. Os dados confirmam que esta patologia ocorre predominantemente no homem (477 casos).

Os tumores da laringe são os segundos tumores mais frequentes na via aérea e os tumores mais comuns na cabeça e pescoço, correspondendo aos vigésimos tumores mais comuns. São diagnosticados, frequentemente, em pacientes com histórico considerável de tabagismo. Quando associado à ingestão de álcool, gera-se um forte efeito sinérgico. Comumente, as principais queixas são odinofagia (deglutição dolorosa), disфония (qualidade vocal alterada), odinofonia (dor ao falar ou cantar), otalgia (dor de ouvido), edema ou tumefações cervicais (zona do pescoço) (Koroulakis & Agarwal, 2022).

Tal como foi referido no ponto anterior, os tumores glóticos são os mais comuns. Cada um destes grupos manifesta condutas biológicas distintas, estágio próprio e formas de abordagem terapêutica diferentes (Behlau, 2001). Histologicamente, o tipo de tumor laríngeo mais frequente é o Carcinoma pavimento-celular, simbolizando 95 a 98% dos casos (Le Huche & Allali, 2004; Steuer et al., 2017).

Para elucidar e calcular a extensão de cada caso de cancro da laringe é usualmente utilizada a classificação TNM (Capucho, 2017). O estágio da doença é realizado através desta classificação: tumor primário (T), cadeias linfáticas cervicais (N) e prováveis metástases sistémicas (M). É através desta nomenclatura que o tratamento é determinado (Lima et al., 2011). Aqui o "T" deve ser acompanhado de um número de 0 a 4, especificando o tamanho do tumor primário. Pode também ser conferida uma letra minúscula "a" ou "b" baseada na ulceração e na taxa mitótica. Ao "N" atribui-se um número de 0 a 3. Também poderá ser adicionada uma letra minúscula que patenteia o tamanho dos nódulos alcançados. O "M" representa as metástases espalhadas pelo corpo (Capucho, 2017). Ao longo deste trabalho será referido maioritariamente o parâmetro T para caracterizar as opções terapêuticas utilizadas em tumores laríngeos de diferentes extensões, bem como as implicações funcionais dos respetivos tratamentos, extremamente relevantes para a ação do terapeuta da fala.

2.2. Tratamento e sequelas do cancro da laringe

Tem-se constatado, nas últimas décadas, um aumento exponencial de modalidades terapêuticas preservadoras de órgão no tratamento de neoplasias da laringe ou da faringe, onde se inclui a RT e a QT. A evolução tecnológica também permitiu o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas menos mutilantes e com menos sequelas ao nível da fonação, da deglutição e da respiração, como a ressecção tumoral por via trans-oral com laser CO₂ (Forastiere et al., 2018). Apesar de todos estes progressos, a LT mantém-se como tratamento de primeira linha nos carcinomas localmente avançados da laringe ou da hipofaringe. Este procedimento é uma das condutas cirúrgicas mais receadas pelos doentes, quer pela natureza mutilante da cirurgia, com um ajuste obrigatório a um novo modo de fonação/comunicação e respiração, como também pelos riscos pós-operatórios e complexidades inerentes ao procedimento (Dyckhoff et al., 2017; Forastiere et al., 2018).

O tratamento vai depender da localização do tumor, do seu estágio, do seu tamanho, do seu tipo histológico e do comprometimento ou não de gânglios linfáticos cervicais, das suas características macroscópicas, do envolvimento ósseo e muscular, do estado físico, social e ocupacional do doente e da sua idade. As opções passam pela cirurgia, QT e RT, sendo que, em muitos casos, é utilizada a combinação de várias modalidades terapêuticas (Maciel et al., 2010; Rudolph et al., 2011). No caso do procedimento cirúrgico, pode haver remoção total da laringe, a LT, para tumores num estágio mais avançado (T3 e T4) ou, nos casos menos graves, remoção de apenas uma parte da laringe, laringectomia parcial (Hutcheson & Lewin, 2013).

Desde os anos 1970 que se utiliza a cirurgia a laser para a excisão de lesões benignas, carcinomas glóticos *in situ* e tumores em fase inicial, tendo notáveis resultados para a conservação da laringe, não sendo requerido realizar traqueostomia (Agra et al., 2012; Petruzzelli, 2009). Este tipo de cirurgia é mais rápido, além de reduzir de forma notável os custos, contudo, muitas instituições preferem a aplicação de RT na convicção de que a voz ficará preservada (Batalla et al., 2008). O estudo realizado por Batalla et al. (2008) confirma que a qualidade da voz é mais protegida com a uso da RT, do que com o laser. Todavia, a dose da RT pode demarcar alguns problemas pois, quanto mais elevadas as doses de RT, piores serão os efeitos e a QdV. Em doses elevadas, pode influenciar a voz e a deglutição, uma vez que os músculos constritores faríngeos são deveras atingidos na radiação e a faringe supraglótica ostenta uma suscetibilidade maior à dose de RT (Maciel et al., 2010).

Os doentes diagnosticados numa fase inicial da doença possuem uma grande probabilidade de preservar a laringe através de várias cirurgias conservadoras e da RT. Nos casos de doença avançada, a laringectomia é o tratamento de preferência (Agra et al., 2012; Shim, 2004).

O tratamento da neoplasia laríngea baseia-se essencialmente na cirurgia e na RT. Esta última é o tratamento realizado através de radiação do tumor, que impede o crescimento das células tumorais ou que diminui o tamanho do tumor (Maciel et al., 2010).

A QT corresponde à administração sistémica de citostáticos que permitem destruir a lesão tumoral, impedir o seu crescimento e reduzir as dimensões do tumor para subsequente aplicação de outras modalidades terapêuticas (Maciel et al., 2010). Este método é utilizado apenas como terapia adjuvante, para casos em estádios tumorais mais avançados e/ou como tratamento paliativo. As subtilezas terapêuticas do cancro laríngeo, sobretudo nos casos mais avançados, têm progredido nos últimos 30 anos, estando hoje mais focadas nos métodos cirúrgicos, especificamente na extração cirúrgica total do órgão, o que se denomina por LT (Ceachir et al., 2014), e que se destaca como foco do presente trabalho.

A RT passou a ser utilizada nas lesões primárias e pequenas e, também, de forma paliativa nos tumores avançados (Shim, 2004). Os tumores classificados como T3 têm sido tratados, primariamente, com RT simultaneamente com QT neoadjuvante, em indivíduos com bom estado clínico geral (Johansson et al., 2008). De acordo com Shim (2004), esta combinação tem sido igualmente empregue para diminuir as dimensões do tumor e os sintomas. Em tumores classificados como T4, com envolvimento da cartilagem, e em alguns tumores T3, o tratamento primário é a LT com pré ou pós-operatório de RT. A LT também tem sido usada para recidivas, após RT (Johansson et al., 2008), ou em casos de condroradionecrose.

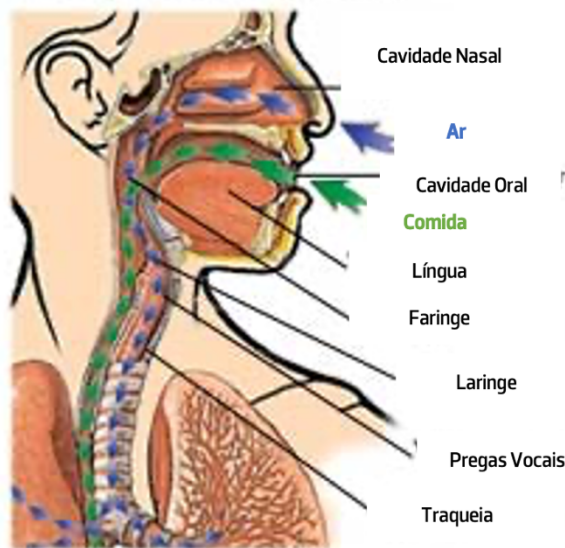
A LT é, na maioria das vezes, a solução para salvar a vida do paciente. Contudo, este procedimento provoca inúmeras sequelas nos doentes, como a interrupção da via aérea, com necessidade de traqueostomia permanente, redução do reflexo da tosse, dificuldades na deglutição e, a que causa maior transformação nos doentes, perda da habilidade de comunicação (Kapila et al., 2011). O tratamento cirúrgico inclui a remoção do tumor e dos tecidos envolventes por ele atingidos, ou seja, a exérese parcial ou total da laringe (Oliveira, 2009). A LT é recomendada nos tumores supraglóticos, glóticos e supraglóticos T3 e T4 que não cumpram os critérios para as técnicas cirúrgicas parciais. Concomitante a esta cirurgia deve ser feita uma traqueostomia (Agra et al., 2012; Calvas et al., 2017).

Após a LT (ver Figura 2), o indivíduo passa a respirar pelo estoma e, deste modo, a função de fonação da laringe deixa de existir, originando privação da voz e do olfato (anosmia), por redução do fluxo de ar nasal. Anteriormente à cirurgia o ar passava pelo nariz e era filtrado, aquecido e humedecido. No entanto, após a cirurgia, o ar entra diretamente nos pulmões repleto de impurezas e à temperatura ambiente, podendo existir maior risco de infeções respiratórias. Da mesma forma, existe uma maior produção de muco e um maior acumular de secreções, na tentativa de proteger as vias respiratórias, tosse e ruído estranho. Esta cirurgia implica também disfagia, alterações no paladar e dificuldades na mobilização cervical. Após a LT os pacientes manifestam alterações na postura devido ao encurtamento dos músculos cervicais e às dores, pelo ato cirúrgico, que podem interferir com a atividade elétrica dos músculos cervicais (Attieh et al., 2008; Santos et al.,

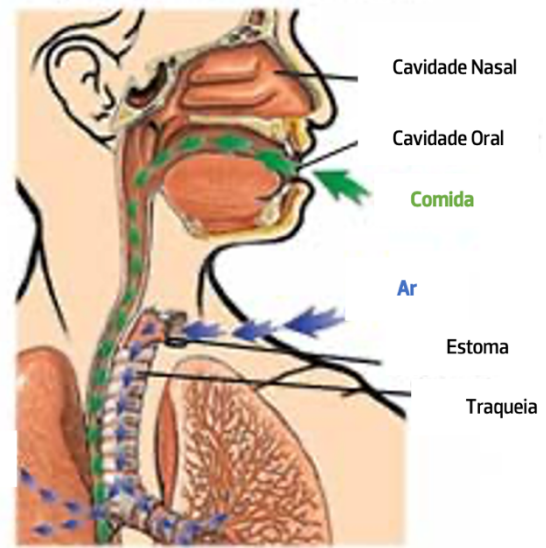
2010). A cirurgia resulta também em edema facial temporário generalizado devido à ressecção ganglionar cervical, impossibilitando o movimento dos lábios, ficando a comunicação verbal ainda mais dificultada (Matos et al., 2012).

Figura 2

Trajeto do ar antes e após a laringectomia total
Antes da Cirurgia



Após a Cirurgia



Legenda: As setas azuis indicam o trajeto do ar e as setas verdes o trajeto do alimento. Fonte: Adaptado de Copyright © Nucleus Medical Media (2020)

Para a PcLT existem dois momentos cruciais ao enfrentar o diagnóstico e o tratamento: a possibilidade de morte, associada ao cancro e ao medo da cirurgia, e o entendimento de todas as alterações que irão ocorrer, especialmente a perda da comunicação oral (Barbosa & Francisco, 2011). Neste tipo de cirurgia ocorre a perda do aparelho fonador, a desconexão permanente das vias aéreas superiores e inferiores, e o estabelecimento de um traqueostoma definitivo, que liga o aparelho respiratório ao meio externo. Além da perda da fala, esta nova condição traz como consequências prejuízos ao olfato e ao paladar devido à supressão do fluxo aéreo através do nariz (Risberg-Berlin et al., 2009). Outras funções como a mastigação, a deglutição, a respiração e a aparência são frequentemente alteradas antes, pelo cancro, e após a cirurgia, além da ocorrência de dor crônica e de perturbações psicológicas e emocionais, que conduzem a um marcante impacto psicossocial e na QdV da PcLT e dos seus familiares (Nalbadian et al., 2001; Vartanian et al., 2006; Vickery et al., 2003). A isto juntam-se as consequências psicossociais e emocionais, comuns a todos os pacientes oncológicos, como a estigmatização do cancro como doença incurável e o medo e a ansiedade intrínseca à condição de ser portador de uma doença potencialmente fatal e cujo tratamento é comumente fonte de sofrimento (Lima et al., 2011). Sendo a laringe o órgão responsável pela produção da voz e da respiração, quando o paciente é submetido a uma LT, verifica-se uma mutilação devido à extração deste órgão. A respiração feita até então pelo nariz passa a ser feita unicamente pelo traqueostoma, perdendo o mesmo a função olfativa. Contudo, os órgãos

articulatórios permanecem na via respiratória alta mas, quando o paciente faz movimentos bucais para falar, não conseguirá realizá-lo de forma audível. (Cleto, 2000).

Evidentemente, perder a voz conduz a limitações para a integração do indivíduo na sociedade (Crespo, 2000). As transformações anatomofisiológicas encontradas em pacientes submetidos a cirurgias da laringe podem trazer, como consequência, dificuldades nas suas funções vitais, como também nas secundárias, ficando a fonação comprometida pela falta da laringe, onde se encontravam as pregas vocais, sendo que estas estruturas eram de primordial importância na sonorização do ar expelido pelos pulmões (Abrahão & Cervantes, 2000).

2.3. Reabilitação Vocal

A voz retrata a identidade do indivíduo e, a sua privação pela extinção da laringe, irá comprometer a exteriorização de desejos, de sentimentos e de características individuais socioeducacionais, emocionais e biológicas, o que poderá conduzir a graves limitações à inclusão do indivíduo na sociedade (Behlau et al., 1987). A avaliação vocal e consequente diagnóstico, em contexto clínico, devem incluir a recolha de informações através da avaliação fisiológica da laringe, avaliação perceptiva, avaliação acústica, e ainda através da autoavaliação do impacto psicossocial da voz (Vaz Freitas, 2012).

A fonação e a respiração constituem-se como os fatores que apresentam maiores modificações, pois o percurso respiratório evidencia variações na passagem do ar em direção aos pulmões e a voz laríngea já não é exequível. A seleção do método de reabilitação dependerá das condições clínicas, bem como das necessidades de cada paciente, pretendendo atingir uma melhor qualidade de vida (Raquel, 2018).

Quando um indivíduo é submetido a uma LT ocorre a perda da voz e, neste caso, existem métodos para a produção de sonoridade e manutenção da comunicação oral, usualmente designados de fala ou voz alaríngea. Entre os métodos de fala alaríngea, os mais utilizados são: a voz murmurada (VM) ou fala murmurada, a voz esofágica (VE) ou oroesofágica, a voz produzida através de laringe eletrónica (LE) e a voz traqueoesofágica (VTE) (Augusto, 2012; Davatz, 2011).

A VM é uma alternativa de voz alaríngea que consiste em emitir palavras e frases com maior contacto dos órgãos fonoarticulatórios, associado a uma grande amplitude dos mesmos (Kowalski, 2000). A inteligibilidade da VM é extraordinariamente limitada e, o seu uso frequente, aumenta tendencialmente o reflexo de encerramento do esfíncter esofágico, o que complexifica a aprendizagem da VE (Augusto, 2012).

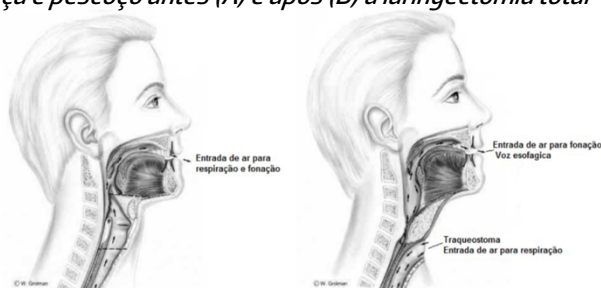
Bieñ et al. (2008) realizaram uma revisão da literatura sobre voz alaríngea após a LT. Segundo os autores, a primeira LT foi efetuada em 1873 por Billroth. A reabilitação através de VE começou a ser descrita na segunda metade do século XIX, em pacientes com a laringe integralmente ocluída. Estes autores referem que, em 1861, Laynx foi o primeiro a mencionar o discurso esofágico, deduzindo que as vibrações para a fonação eram produzidas pela mucosa da faringe. Referem ainda que, Struebing e Landois, em 1889, descreveram que as vibrações para a produção do som eram produzidas na base da língua. Por fim, mencionam que, em 1909, Seeman, nos estudos que efetuou, substituiu o termo pregas vocais por neofaringe, ou seja, "segmento faringo-esofágico" e, entre 1930 e 1980, com as suas publicações e o sucesso na reabilitação vocal, esta abordagem

tornou-se dominante. A VE foi assim amplamente adotada, sendo usada como primeira linha até à década de 1980, altura em que passou a dividir espaço com outros métodos de reabilitação.

De acordo com Behlau et al. (2005), a VE (Figura 3) reside na utilização do esófago como reservatório momentâneo de ar que, ao ser expulso, faz vibrar o esfíncter esofágico, o que produz um som, chamado de VE. Este som resultante é amplificado pelas cavidades de ressonância e articulado para a produção das palavras. Esta voz é distinta da voz laríngea e possui uma frequência grave e uma qualidade vocal rouca devido às características morfológicas e de tónus do esfíncter esofágico. Este método é considerado como o processo de reabilitação mais natural e eficiente. Um ponto negativo deste método assenta na dificuldade de o paciente aprender a injetar o ar no esófago. Pinho (2003) refere que a VE é a melhor opção para o paciente submetido a laringectomia, dado que constitui o processo alternativo mais natural e eficaz de fonação e que usa o esófago como nova fonte sonora, embora não detenha características acústicas iguais às de uma voz laríngea. Este método é considerado excelente quando a PCLT é capaz de usar a voz em todos os contextos comunicativos, com fluência e sem ruídos de entrada de ar (Nemr & Lehn, 2004).

Figura 3

Anatomia da cabeça e pescoço antes (A) e após (B) a laringectomia total



A. Anterior a Laringectomia Total. B. Após a Laringectomia Total com descrição da entrada de ar para produção de Voz Esofágica.

Fonte: Figuras adaptadas de Grolman, 1998, citado por Davatz (2011)

A LE (Figura 4) consiste num pequeno aparelho, formado por um tubo com uma membrana vibrátil na sua extremidade superior, um botão para ativar a vibração e uma divisão para inserir pilhas ou a bateria. A parte superior deste tubo, que é vibrátil, deve ser conectada à região do pescoço, um pouco acima da localização do osso hioide que existiu anteriormente à LT (Behlau et al., 2005). Carvalho (2001) declara que o ruído eletrónico mascara a fala e o retorno auditivo da própria emissão é desvantajoso; reforça que o paciente necessita de uma área cervical flexível para usar a LE. Por último, refere o custo da aquisição como um ponto desfavorável deste meio de comunicação. Este último ponto não se verifica em Portugal, devido ao apoio do Serviço Nacional de Saúde. Outro aspeto negativo deste método reside na necessidade da PCLT utilizar uma das mãos para ativar e posicionar o aparelho durante a fala (Nemr & Lehn, 2004).

As evoluções que surgiram através da área científico-tecnológica nas LE focaram-se em dois grandes pontos: melhoria da qualidade do som produzido/diminuição de ruído e implementação de funções de controlo de ativação e/ou tom. A melhoria do som produzido recorre caracteristicamente a sintetizadores de fala, enquanto a redução de ruído é obtida através de várias técnicas de processamento de sinal, incluindo a

filtragem adaptativa e a subtração espectral (Jacinto, 2007). O mesmo autor acrescenta que os trabalhos recentes aludem para outras possibilidades de controlo, designadamente o controlo electromiográfico. Do mesmo modo, tem sido alvo de atenção o controlo de tom, dado que a qualidade monótona do som produzido pelas LE se deve, em parte, à incapacidade de estas produzirem acentuação e entoação durante a fonação. Neste sentido, podem encontrar-se os seguintes tipos: o controlo manual, o controlo pela pressão da expiração e o controlo neuronal/electromiográfico.

Figura 4

Paciente após a laringectomia total e uso da laringe eletrónica



Fonte: Grolman, 1998, citado por Davatz (2011)

As vantagens fundamentais do uso deste aparelho são: o favorecimento da comunicação durante a aprendizagem da VE; auxiliar o progresso de uma melhor articulação para a fala; proporcionar uma fala audível à PcLT analfabeta; promover a comunicação no paciente idoso, fisicamente doente, com vastas cirurgias ou com numerosas deficiências (Behlau et al, 2005).

A VTE advém da colocação cirúrgica de uma válvula entre a traqueia e o esófago, denominada de prótese fonatória (PF). Ao ocluir o traqueostoma, o ar procedente dos pulmões é injetado no esófago, o que faz vibrar o esfíncter esofágico superior. Esta voz assemelha-se à VE pelo facto de ambas serem geradas através de vibração esofágica, com um som resultante aperiódico e de frequência grave. É detentora, porém, de vantagens, pois usa o ar pulmonar, o que amplifica o tempo máximo de fonação, que abrange o tempo de fonação entre uma inspiração e outra. Neste método de reabilitação vocal existe o favorecimento da velocidade, melhor fluência, além de maior variação de intensidade e modulação de frequência. No entanto, no modo de oclusão digital, possui a necessidade do uso de uma das mãos para a oclusão do traqueostomia. Por outro lado, a PcLT tem a possibilidade de usar um Permutador de Calor e Umidade (HME) "mãos-livres" (válvula de fala automática) que é ativado pela fala. Este dispositivo é mais prático e cómodo para a PcLT, pois não implica o uso dos membros superiores para ocluir o orifício aquando da fala. Os aspetos negativos atribuem-se ao custo elevado da válvula, que deve ser substituída de 6 em 6 meses, sensivelmente. Existe a necessidade de limpeza da cânula da válvula, que faz a ligação entre a traqueia e o esófago que, quando não realizada de forma adequada, pode levar a infeções e comprometer a qualidade vocal final (Nemr & Lehn, 2004). Em Portugal o primeiro ponto negativo apontado pelos autores é atualmente colmatado pelo Serviço Nacional de Saúde que comparticipa todo o material que a PcLT necessita.

A VTE (Figura 5) consiste numa opção para alguns pacientes que não adquirem a VE e, também, para pacientes que necessitem ou desejem uma comunicação audível a curto prazo. No estudo de Augusto (2012), a VTE

comparada com a LE e VE predomina, pois os pacientes atingem uma voz aceitável e tornam-se capazes de comunicar praticamente em todas os contextos sociais.

Figura 5

Anatomia pós-laringectomia total com prótese fonatória



Legenda: A) Localização da prótese fonatória; B) Representação da oclusão digital do traqueostoma para produção da voz traqueoesofágica.
Fonte: Figuras adaptadas de Grolman, 1998, citado por Davatz (2011)

Para Kazi et al. (2007), a restauração da voz alaríngea com sucesso pode ser alcançada com qualquer uma das três opções de fala, ou seja, a VE, a VTE ou a LE. Embora nenhum método possa ser considerado o melhor para todos, a VTE tornou-se o método mais utilizado na última década, segundo o estudo de Antunes (2012).

Os dados obtidos num estudo efetuado por Silva et al. (2015) demonstraram que os pacientes que comunicam através de VE apresentam uma capacidade funcional física significativamente maior. Considerando que este meio de comunicação alaríngea não exige o uso de nenhum dispositivo mecânico ou protético, evitando custos financeiros e de manutenção associados aos cuidados com estes dispositivos. Este tipo de reabilitação vocal pode ser considerado como uma primeira opção. Caso o paciente não se consiga expressar desta forma, considera-se como opção a colocação de uma PF ou o uso de uma LE. O estudo efetuado também mostrou, através da análise da versão Portuguesa do *Self-Evaluation of Communication Experiences after Laryngeal Cancer questionnaire* (P-SECEL), que os pacientes que permanecem sem voz têm uma perceção maior de disfunção na comunicação do que aqueles reabilitados com VE ou VTE. A realidade do uso dos diferentes tipos de voz alaríngea difere pelo mundo, podendo estar relacionada com fatores económicos, sociais ou com a maturidade dos próprios sistemas de saúde. Na Austrália o método mais frequente de reabilitação vocal é a VTE, sendo a colocação da prótese realizada, preferencialmente, no momento da LT, como procedimento primário (Krishnan & Maclean, 2013).

O método mais utilizado no Brasil é a VE, pois tem um baixo custo e é mais fisiológica e natural que os outros métodos (Kowalski, 2000). Num estudo realizado por (Figueiredo et al. 2019), no Brasil, a PCLT que não desenvolve comunicação oral através da VE ou pela utilização da LE é orientada a desenvolver a comunicação escrita ou gestual, utilizando VM, associada à mímica facial e a gestos. Para verificar a perspetiva da Europa, mais especificamente da Holanda, van der Molen et al. (2013) referem que o uso de VTE é atualmente o método selecionado na Europa e o uso da VE e da LE passou para segundo plano. Contudo, em Portugal a situação não está devidamente descrita e faltam informações sobre as práticas vigentes.

2.4. Reabilitação Olfativa

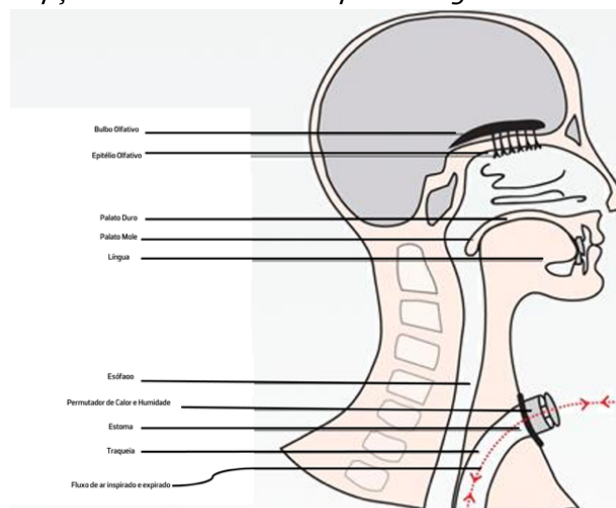
O olfato humano permite a percepção de odores prazerosos, como perfumes e comidas, e alerta-nos para situações potencialmente perigosas, como no discernimento de alimentos estragados, fugas de gás, fumo, ou mesmo a percepção do próprio cheiro corporal (Leon et al., 2007; Ward, 2010). Para os mesmos autores, a percepção do olfato pode suceder através de dois meios, o primeiro e primordial modo é via ortonasal, onde as moléculas de odor chegam ao epitélio olfatório, localizado na cavidade nasal, através da inalação do ar. O segundo modo de percepção olfativa acontece por via retrornasal, em que os odores produzidos na cavidade oral, durante a mastigação de alimentos, atingem a região posterior da faringe até a cavidade nasal, chegando ao epitélio olfativo.

A LT, além de comprometer a comunicação, afeta a função pulmonar e propicia alterações nas funções do olfato e paladar. A interrupção permanente entre as vias aéreas inferior e superior com a retirada da laringe e a transferência da corrente aérea nasal para um traqueostoma conduzem a importantes alterações na fisiologia pulmonar e também a alterações na acuidade olfativa (Caldas et al., 2011; Cleto et al., 2005; Fujii et al., 2002; Hannickel et al., 2002; Morales-Puebla et al., 2010). A deterioração do olfato afeta a QdV da PcLT, contribui para perda de apetite e de peso e compromete o estado nutricional do indivíduo (Leon et al., 2007; Risberg-Berlin et al., 2009).

A descontinuidade de fluxo aéreo nasal (Figura 6) devido à LT prejudica a chegada de moléculas odoríferas ao epitélio olfativo e impede a sua estimulação, o que provoca alterações no olfato (Manestar et al., 2012; Moor et al., 2010; Ward et al., 2010), resultando numa hiposmia ou, até mesmo, em anosmia (Fujii et al., 2002; Veyseller et al., 2012).

Figura 6

Desenho ilustrativo da interrupção do fluxo aéreo nasal após a laringectomia total



Legenda: A seta a vermelho indica que o fluxo aéreo é transferido para um traqueostoma definitivo. Fonte: Figura adaptada de Hilgers (2004)

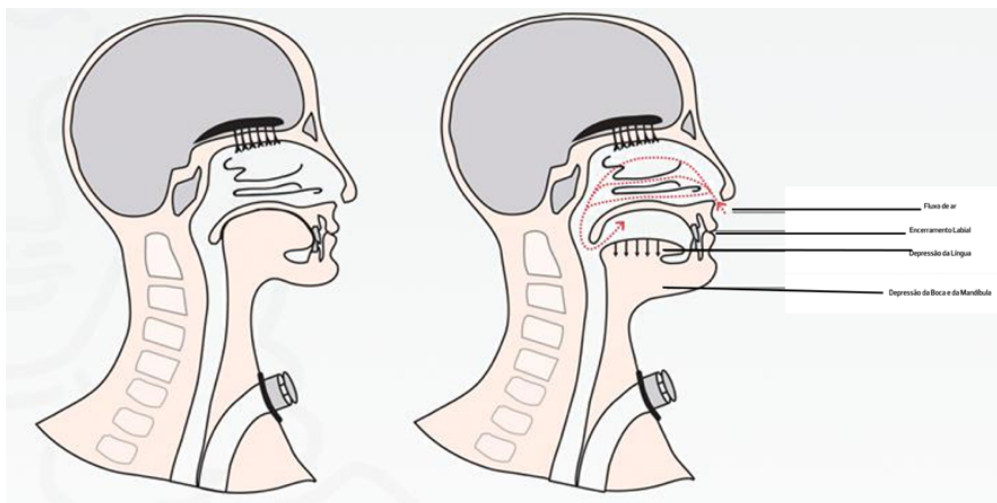
A desconexão do nariz das vias aéreas resulta no desvio de compostos aromáticos do neuroepitélio olfativo. A reabilitação do olfato tenta resolver esse desvio (Krishnan & Maclean, 2013). Seguidamente serão apresentados três métodos de reabilitação do olfato.

Os pacientes com queixa de dificuldades ao nível do olfato e de paladar poderão ser submetidos à manobra de indução do fluxo aéreo nasal (*Nasal Airflow-Inducing Maneuver - NAIM*), como ferramenta de reabilitação do olfato. Esta manobra, também denominada de “bocejo educado” (*Polite Yawning*), promove uma pressão negativa na cavidade oral e orofaringe que, por sua vez, origina um fluxo de ar nasal que possibilita que as moléculas do odor voltem a atingir o neuroepitélio olfativo (Hilgers et al., 2000). Como se observa na Figura 7, esta técnica consiste num “bocejo” prolongado, com movimento simultâneo de retração da mandíbula, do soalho da boca, da língua, da base da língua e do palato mole, preservando os lábios fechados firmemente (Caldas et al., 2013).

Vartanian et al. (2013) referem que o NAIM é um método eficaz e barato e que permanece a longo prazo. Assim, este método deve ser integrado na reabilitação pós-laringectomia (van der Molen et al., 2013).

Figura 7

Desenho ilustrativo da técnica descrita Nasal Airflow-Inducing Maneuver



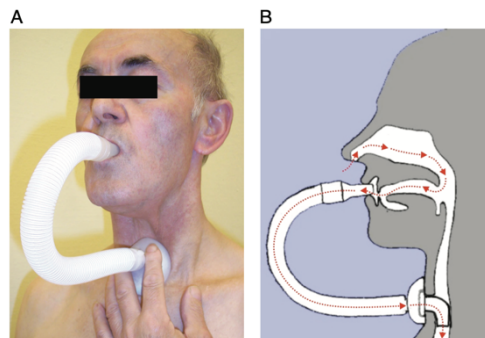
Fonte: Figura adaptada de Hilgers (2004)

O *bypass* laríngeo (BL) (Figura 8) é um tubo flexível e o seu objetivo é conectar a boca do paciente ao traqueostoma e restabelecer o fluxo aéreo, favorecendo uma melhoria do olfato através da circulação do ar na passagem nasal, necessitando, para isso, que o paciente relaxe o palato, de modo a não obstruir a nasofaringe (Goektas et al., 2008; Goktas et al., 2008).

Num estudo efetuado por Goektas et al. (2008), verificou-se que, a longo prazo, o BL é difícil de usar no dia a dia, o que parece indicar uma razão pela qual os pacientes não o usem muito.

Figura 8

Desenho ilustrativo do bypass laríngeo

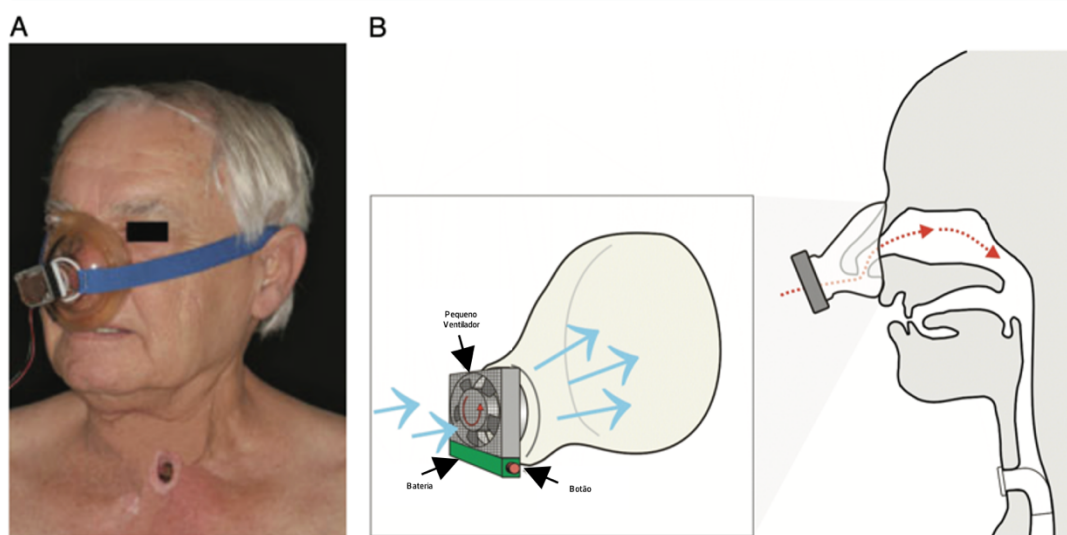


Legenda: A) Paciente a usar o bypass laríngeo; B) Circulação de ar após o encerramento da boca e do traqueostomia. Fonte: Goektas et al. (2008)

Goektas et al. (2008), de modo a fornecerem uma alternativa ao BL, inventaram um protótipo de um dispositivo que denominaram *scent-diffusing ventilator*, ou ventilador difusor de odor (VDO) (Figura 9). Este transporta o ar diretamente na frente do nariz e, deste modo, fornece uma entrada olfativa passiva. O instrumento é colocado sobre o nariz, não sendo necessária a oclusão da boca ou do traqueostoma. O ventilador é colocado diretamente na frente da máscara e garante que os aromas mantidos na frente da máscara sejam conduzidos para o nariz através do ventilador.

Figura 9

Desenho ilustrativo do scent-diffusing ventilator



Legenda: A) Paciente a usar o ventilador difusor de odor; B) Circulação de ar pelo nariz, ilustrado com o pequeno ventilador na parte frontal da máscara; Fonte: Figuras adaptadas de Goektas et al. (2008)

O uso deste instrumento tem dois benefícios: a entrada olfativa é significativamente aumentada e é mais fácil de usar do que o BL. Segundo os autores, ainda são necessários mais estudos a longo prazo e é necessário otimizar o VDO do ponto de vista técnico, de modo a torná-lo uma parte bem integrada e estabelecida na terapia de reabilitação olfativa após a laringectomia (Goektas et al., 2008).

Caldas et al. (2013) referem que em ambas as técnicas se verificam melhorias ao nível da reabilitação do olfato, contudo, observa-se um progresso superior através do uso do VDO, quando comparado com o BL, além de ser de mais fácil utilização. No entanto, referem que existe um maior custo na utilização deste recurso, pois há a necessidade de maior tecnologia, o que não acontece no BL, em que se utiliza unicamente um tubo flexível, o que representa um custo inferior. Acrescentam ainda, na revisão da literatura que efetuaram, que se verificou que, das várias técnicas existentes, a que é mais utilizada é a NAIM, sendo este um método de aprendizagem rápida, com resultados claros na reativação do olfato, podendo exibir efeitos imediatos após a aplicação. Acrescentam que existe uma maior preocupação na reabilitação da função olfativa, em detrimento do paladar, considerando que as alterações do paladar na PcLT sejam uma consequência das alterações no olfato, concluindo, deste modo, que a reativação do olfato se refletirá também em melhorias na função gustativa.

Na Índia e na Austrália usa-se a NAIM para reabilitar o olfato (Chaukar et al., 2013; Krishnan & Maclean, 2013). O mesmo acontece tendencialmente na Europa pois, desde a descoberta do NAIM, a reabilitação do olfato está totalmente implementada no programa de reabilitação e ganhou ampla aceitação na Holanda (van der Molen et al., 2013). Contudo, em Portugal não são conhecidos estudos que caracterizem as práticas implementadas na reabilitação do olfato.

2.5. Reabilitação da Deglutição

Os pacientes que realizaram um tratamento cirúrgico, muitas vezes associado à RT e/ou QT, exigem tanto a reabilitação vocal, como da deglutição, enquanto os que utilizam somente RT e/ou QT deverão receber terapia para a disfagia e reabilitação vocal (Aprigliano & Mello, 2006).

Na PcLT a disfagia orofaríngea pode comprometer a QdV ao estabelecer a reorganização de hábitos alimentares, atingir a socialização e promover um certo grau de isolamento das atividades com os familiares (Maclean et al., 2009). Este tipo de disfagia é um sintoma comum nestes pacientes e a sua etiologia pode estar relacionada com a técnica cirúrgica usada, com os tratamentos coadjuvantes, como a RT e a QT, e com comorbidades como a idade avançada e a depressão (Maclean et al., 2008; Ward et al., 2002).

A reabilitação da deglutição na América do Sul, por norma, tem início após a cirurgia ou durante os protocolos de preservação da laringe. O tratamento da deglutição inclui treino de força, modificação da dieta, manobras posturais e de proteção das vias aéreas (Vartanian et al., 2013). Nos EUA as alterações ao nível da deglutição e da respiração são revistas no período pré-cirúrgico e os pacientes são preparados para a convalescença antecipada e para o progresso de líquidos para sólidos no período pós-operatório (Hinni & Crujido, 2013).

2.6. Reabilitação da Respiração

Como já foi referido, as mudanças fisiológicas no sistema respiratório e na voz, após a LT, acontecem devido à separação das vias respiratórias inferior e superior, impossibilitando a produção natural da voz, através do fluxo aerodinâmico na região laríngea e descontinuando o condicionamento normal de filtração do ar pelo nariz. O traqueostoma permite a passagem do fluxo aéreo não circunscrito diretamente para a traqueia e interfere nas propriedades de proteção, resistência e humedecimento do ar, além do déficit na função olfativa. Além disso, a entrada de ar frio e seco, micro-organismos e impurezas diretamente nas vias aéreas inferiores amplia a incidência de infeções broncopulmonares (Mérol et al., 2012).

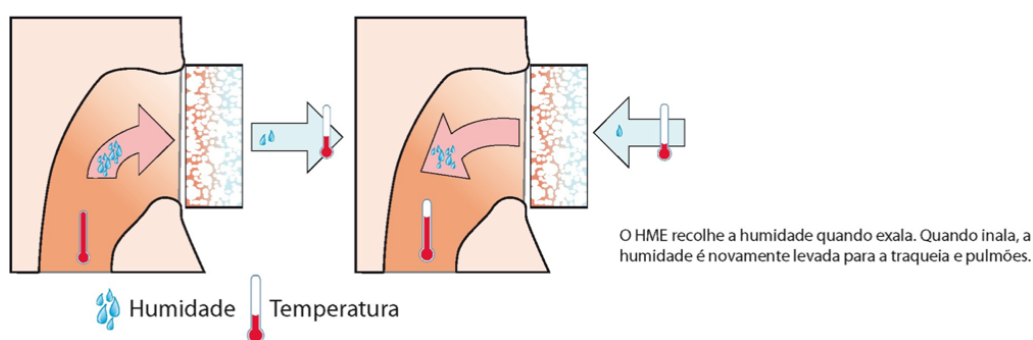
As queixas respiratórias revelam fortes correlações com outros problemas físicos e psicossociais (Brook et al., 2013). Neste sentido, um programa de reabilitação em Terapia da Fala abrangente para PcLT deve considerar, também, a prevenção e resolução dos problemas respiratórios resultantes do procedimento cirúrgico (Araújo et al., 2017).

A reabilitação pulmonar com permutadores de calor e humidade (*Heat and Moisture Exchanger – HME*) para compensar a função do trato respiratório superior em curto-circuito assume-se como uma medida terapêutica crucial para todos os pacientes com Laringectomia, independentemente do método de restabelecimento da voz (van der Molen et al., 2013).

O HME (Figura 10) consiste num dispositivo permutador de calor e humidade colocado sobre uma vedação hermética à volta do estoma traqueal. Possui três propriedades físicas: troca de capacidade de calor e humidade, adição de resistência ao fluxo de ar e filtração de partículas harmonizável com a função do nariz (Masson et al., 2008).

Figura 10

Funcionamento do Heat and Moisture Exchanger



Fonte: Atosmedical

Relativamente à respiração, sabe-se que, naturalmente, o nariz filtra, humedece e aquece o ar para que este seja transportado adequadamente pelas vias respiratórias. No paciente com LT, o ar inalado é seco e relativamente frio, irritando a traqueia e os pulmões. Para minorar esta sequela, o HME recolhe a humidade durante a exalação e, na inalação, a humidade é novamente levada para a traqueia e pulmões. Assim sendo, o uso do HME resulta em menos infeções pulmonares e também em menos problemas de sono, melhorando a

QdV da PcLT (Retèl et al., 2015). Todavia, crê-se que a diminuição da tosse e acumulação de secreções no traqueostoma, além de gerar maior sensação de conforto, torna a fala mais fluente, dado que o discurso não necessita de ser interrompido para o indivíduo tossir. Ademais, o HME contribui para o bloqueio do fluxo aéreo vindo do estoma, diminuindo a compensação e ruídos que o paciente naturalmente realiza durante a tentativa de eructação e produção de VE (Araújo et al., 2017).

A influência do HME no estado pulmonar pode começar a ser observada após duas semanas de uso (Parrilla et al., 2015), o que está em harmonização com os resultados encontrados no estudo realizado por Araújo et al. (2017). Os participantes alvo do estudo autoavaliaram melhorias na sua tosse, na acumulação de secreções, no sono, na respiração e na fluência para emissão da VE, após duas semanas de uso do HME com Terapia da Fala concomitante.

Na Índia o uso de HME é raro, o que provavelmente se deve ao custo adicional e à manutenção do dispositivo (Chaukar et al., 2013). Na Holanda, na Alemanha e em França a reabilitação pulmonar é realizada por HME que, com base em extensas pesquisas clínicas e fisiológicas básicas, é considerado uma medida terapêutica obrigatória (van der Molen et al., 2013). Em Portugal, não se encontraram estudos que caracterizem as práticas de reabilitação respiratória em PcLT.

Nos EUA, de modo a reiterar as informações transmitidas na consulta pré-cirúrgica, o TF descreve como é efetuada a respiração através do estoma, e o paciente é instruído sobre a importância das proteções do mesmo, bem como do HME (Hinni & Crujido, 2013). Para os autores, o objetivo final é ter todas as PcLT adaptadas com um HME antes de deixar o hospital.

2.7. Meios de Comunicação Aumentativos e/ou Alternativos

A comunicação é uma necessidade básica e assume-se como um fator fundamental da condição humana que torna possível o existir e o interagir. É o processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas que possibilita a integração do indivíduo no meio em que ele vive, de modo que as próprias mensagens e intercâmbio das mesmas exerçam influência no comportamento das pessoas envolvidas. Conceptualmente há dois tipos de comunicação: a verbal, que é realizada através das palavras expressas pela fala ou escrita, e a não verbal, referente a gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal e outros (Melles & Zago, 2001).

A comunicação oral (verbal ou não-verbal) integra o indivíduo no meio. A voz pode expressar intenções, o estado emocional e o estado físico do indivíduo, dando-lhe autonomia para transmitir as suas informações (Jorge et al., 2004).

A dificuldade de comunicação verbal oral resultante da LT dificulta as interações sociais, especificamente em relação aos familiares e à equipa de saúde. A PcLT, inúmeras vezes, sente-se frustrada, nervosa e deprimida por não conseguir comunicar, o que pode gerar um desconforto para todos (Moss, 2005; Pelosi, 2005).

Dentro do campo de conhecimento relacionado à tecnologia assistida, o que se destina especificamente às habilidades de comunicação é a Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA). Esta permite a comunicação através do uso de gestos, expressões faciais, língua gestual, uso de pranchas de alfabeto ou símbolos

pictográficos e também através do uso de sistemas mais complexos, como comunicadores de voz, computadores e *tablets*. Estes sistemas de comunicação podem ser auxiliares ou suplementares, variando de acordo com a necessidade de cada um (Pelosi, 2005).

Num estudo realizado por Figueiredo et al. (2019), a PcLT que não desenvolve comunicação alaríngea através da VE ou pela utilização da LE é orientada a desenvolver a comunicação escrita ou gestual, utilizando VM, associada à mímica facial e a gestos.

Nos EUA, parte da consulta de Terapia da Fala é passada a detalhar todas as opções de comunicação alaríngea, incluindo o uso de LE, o seu funcionamento e semelhanças da VE e da VTE e o uso de dispositivos de comunicação aumentativa (Hinni & Crujido, 2013). Aqui, durante a avaliação pré-operatória do paciente com o TF, é recomendado ao paciente para levar um quadro branco, pois a linguagem escrita, muitas vezes, torna-se o principal modo de comunicação do paciente. No pós-operatório, a equipa de enfermagem pode, alternativamente, fornecer aos pacientes um quadro de comunicação que consiste em palavras, frases e ilustrações que permitem que o paciente comunique os seus sentimentos básicos e desejos.

Da mesma forma, em Hong Kong, a educação do princípio de cada tipo de reabilitação vocal e os prós e contras de cada um também é fornecida pelo TF (Chan, 2013).

2.8. O papel do Terapeuta da Fala

Os procedimentos cirúrgicos, mais ou menos agressivos, podem conduzir a disfagia, alterações no paladar, na respiração, no olfato e na voz e dificuldades na mobilização cervical, necessitando da intervenção dos TF junto da equipa médica do doente. As cirurgias extrativas, em princípio, são apropriadas para impedir o avanço dos tumores e, em muitos casos, para obter a sua irradicação. No entanto, em maior ou menor grau, provocam consideráveis alterações na voz, na fala e na deglutição, áreas de influência e de intervenção dos Terapeutas da Fala, concernindo-lhe ainda o papel de interlocutores junto dos familiares, face às novas condições impostas aos doentes (Behlau et al., 2005; Hannickel et al., 2002). Assim, o TF é o profissional da equipa de saúde qualificado e responsável pela avaliação, diagnóstico funcional e readaptação das funções de deglutição e voz de indivíduos com cancro da laringe (Figueiredo et al., 2019). Esta reabilitação dependerá do estágio e prognóstico do tratamento (Rego et al., 2011). Segundo Morales-Puebla et al. (2010), é frequente dar-se maior ênfase à reabilitação da voz, pois esta apresenta alterações mais evidentes, sendo pouco percebidas as implicações nas funções do olfato e, conseqüentemente, do paladar. Os TF especializados na reabilitação da PcLT também devem ter conhecimento e capacidade para dominar a capacidade de avaliar as necessidades comunicativas do paciente e do seu ambiente familiar e social e, deste modo, informar as conseqüências na fala e na deglutição após a intervenção; dar as orientações de higiene, humedecimento, alimentação, olfato; e ter conhecimento específico da anatomia pós-cirúrgica e dos mecanismos respiratórios e de deglutição do paciente que permitem avaliar o estado da musculatura cervical, do paladar, do olfato e da função respiratória (Carroll et al., 2008; Kulbersh et al., 2006).

A presença de um TF na equipa de saúde é extremadamente importante, na medida em que lhe compete a reabilitação das alterações comunicativas, conseqüentes das intervenções a que a pessoa é submetida no

tratamento do cancro da laringe (Camargo, 2003). Para Gulfier (2005), a intervenção dos TF possui nítidos benefícios no sentido de harmonizar as estruturas alteradas a funções como a comunicação e a deglutição. Do seu trabalho deve resultar uma reabilitação célere e eficaz, com o objetivo de equilibrar o funcionamento das estruturas, melhorando, deste modo, o estado emocional e psicossocial dos doentes.

A avaliação pré-operatória por parte de um TF é fundamental para avaliar as morbilidades, o estilo e a capacidade de expressão verbal, o estado cognitivo e as capacidades de audição e de escrita. Com esta avaliação também é possível elucidar a PcLT quanto ao tipo de sequelas presumíveis e formas de as atenuar (Sparano et al., 2004). Assim, de acordo com os mesmos autores, os objetivos da orientação nesta fase deverão compreender, entre outros: 1) dar ênfase ao suporte do TF e dos outros membros da equipa; 2) responder a questões colocadas pelo doente ou pelos cuidadores/familiares; 3) clarificar as alterações anátomo-fisiológicas que irão decorrer da cirurgia; 4) esclarecer expectativas intrínsecas ao período pós-operatório; 5) elucidar a intervenção do terapeuta no pós-operatório; 6) abordar os proveitos e a eficácia destas ações; 7) falar sobre considerações diversas acerca do prognóstico funcional. Além disto, esta consulta possibilita ainda reforçar vínculos afetivos entre o terapeuta, os familiares e o próprio doente.

Os resultados do estudo de Figueiredo et al. (2019) mostram a importância da intervenção dos TF no atendimento multidisciplinar das pessoas com cancro de cabeça e pescoço, salientando que a avaliação e atuação destes profissionais são cruciais para o planeamento terapêutico e reabilitação destas pessoas.

Silva et al. (2015) referem que deve haver uma avaliação inicial antes da cirurgia e que as sessões de trabalho de reabilitação devem começar o mais rapidamente possível após a LT.

As práticas dos TF são fundamentais para uma adequada reabilitação de todas estas funções e para a reintegração social da PcLT, contribuindo para a sua qualidade de vida (Figueiredo et al., 2019).

Num estudo observacional analítico efetuado por Silva et al. (2015), em Portugal, mostrou-se que os pacientes atendidos em Terapia da Fala tiveram melhores resultados em todas as escalas utilizadas, confirmando esta área como uma ferramenta indispensável para a reabilitação da fala.

Num estudo efetuado na Índia por Chaukar et al. (2013), o sucesso da restauração da voz depende tanto do treino de reabilitação e da motivação do paciente, quanto da experiência do cirurgião. Refere-se a necessidade de que a reabilitação vocal protética seja realizada em centros multiespecializados, que contemplem serviços de um TF dedicado.

Nos EUA, o envolvimento precoce do TF é, muitas vezes, importante para alcançar melhores resultados vocais (Hinni & Crujido, 2013).

Em Hong Kong os TF também desempenham um papel importante no trabalho com estes pacientes. O trabalho é iniciado no pré-operatório, com educação e avaliação da melhor modalidade de fala alaríngea que se adapta ao paciente, de modo a auxiliar no treino pós-operatório, no restabelecimento da fala e da deglutição (Chan, 2013).

2.9. A intervenção e a Equipa

Algumas terminologias, habitualmente, associam-se a modelos de comunicação no trabalho em equipa, designadamente o termo “multidisciplinaridade”, “interdisciplinaridade” e “transdisciplinaridade” que são utilizadas de forma indistinta e empregues como sinónimos. Contudo, as mesmas são distintas e simbolizam os diferentes modelos de trabalho em equipa pluridisciplinar, embora ostentem como analogia o facto de intensificarem desafios profissionais, interpessoais e pessoais para aqueles que os incorporam (Almeida, 2013). Este sistema alastra-se a inúmeras equipas, mas todas com o intuito de partilhar experiências, conhecimentos e competências no atendimento ao paciente (Nancarrow et al., 2013).

As práticas colaborativas estão cada vez mais presentes nos dias de hoje e atribuem-se ao trabalho interdisciplinar, isto é, a um grupo de profissionais que trabalham com um objetivo comum (Morita & Kriger, 2004). A interdisciplinaridade origina a hipótese para trabalhar em equipa, de forma a obter resoluções, a dignificar os conhecimentos específicos de cada área de trabalho e a possibilitar a articulação entre as diversas profissões da área da saúde (Perini et al., 2001). Aqui pretende-se a interação entre duas ou mais áreas profissionais complementares que se unem por um objetivo comum (Oliveira, 2015) e, deste modo, as informações de uma área disciplinar são úteis para outras (Mendes, 2010). Analogamente ao modelo seguinte, neste também se verifica a partilha de informação, mas aqui a intervenção é realizada individualmente (Mendes, 2010). Essa partilha poderá acontecer através da partilha de ideias até à interiorização e utilização de outras formas e procedimentos. Todavia, não é expectável a remoção ou diminuição da especificidade de cada área profissional, mas sim a partilha entre os profissionais acerca de conhecimentos e de perspetivas, de modo a ampliar a visão sobre outras realidades (Oliveira, 2015).

O modelo multidisciplinar permite analisar o utente de acordo com o conhecimento de duas ou mais especialidades diferentes (Philippi et al., 2015) e, inclusive, o mesmo pode implicar a atuação de diferentes áreas onde, aparentemente, nem apresentam relação entre elas (Pereira & Poll, 2008). O mesmo não obriga a comunicação entre os profissionais de cada área e a intervenção mantém-se numa visão unidisciplinar (Philippi et al., 2015), isto é, cada um dos profissionais possui domínio sobre a sua especialidade e não pode, nem deve, empregar práticas de outras especialidades (Mendes, 2010). Supõe-se que aconteçam reuniões entre os profissionais que acompanham o paciente, de modo a que as suas necessidades sejam atendidas, os objetivos comuns sejam atingidos e o seu bem-estar maximizado (Oliveira, 2015).

O modelo transdisciplinar surge num nível mais complexo. Atualmente é um dos termos científicos mais abordados, possivelmente pela necessidade de cooperação entre as várias áreas ser uma crescente exponencial com o prisma de o verdadeiro conhecimento ser gerado (Almeida, 2013). Este permite a visão global da situação e a preparação da intervenção é realizada em conjunto pelos profissionais que, por sua vez, têm a possibilidade de adquirir conhecimento e estratégias de outras áreas profissionais (Mendes, 2010). Aqui especula-se a centralização do conhecimento entre os profissionais, através da diminuição da individualidade e da limitação dos conhecimentos das diferentes disciplinas (Almeida, 2013).

Devido à visibilidade da sua localização e ao envolvimento de funções essenciais no desenvolvimento de atividades pessoais e no convívio social, o real impacto da LT só é vivido após a sua completa ocorrência. Assim,

é necessário que o paciente receba informações adequadas sobre a doença e sobre todo o tratamento (Barbosa & Francisco, 2011). Acompanhar o paciente antes e após o tratamento, de maneira adequada e com o esclarecimento de dúvidas, pode reduzir o tempo de internamento, diminuir a dor e aumentar a satisfação com o tratamento (Birgin, 2004; Ramírez et al., 2003).

Carrara-de Angelis et al. (1997) mencionam a necessidade do trabalho dos TF em conjunto com outros profissionais e familiares devido a esta patologia acarretar sequelas significativas. O trabalho interdisciplinar envolve profissionais de diversas áreas tais como a Oncologia, a Psicologia, a Nutrição, a Enfermagem, entre outros.

Num estudo efetuado por Martins et al. (2020), concluiu-se que uma abordagem multidisciplinar peri-operatória, incluindo um acerto pré-operatório de desequilíbrios nutricionais, evidencia ser basilar para reduzir a taxa de complicações pós-operatórias. Estas complicações são habituais e amplificam expressivamente o tempo de internamento.

A LT interrompe as interações sociais e familiares e aumenta, frequentemente, o *stress* psicológico. Assim, acredita-se que a avaliação psiquiátrica poderá ser útil no cuidado pós-operatório de pacientes com LT (Stam et al., 1991). No entanto, no estudo efetuado por Silva et al. (2015) em Portugal, as respostas dos pacientes ao questionário *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)* não corresponderam aos critérios necessários para lhes diagnosticar depressão ou ansiedade.

Num estudo experimental, realizado por Longobardi et al. (2019), concluiu-se que a Terapia da Fala, por si só, pode não ser suficiente para permitir que o paciente aceite o novo método de comunicação, recupere o bem-estar emocional e obtenha uma melhor QdV, salientando que as necessidades psicológicas devem ser abordadas em todas as PcLT e incorporadas nos seus planos de tratamento por um psicólogo clínico.

Num estudo realizado por Figueiredo et al. (2019), num hospital com serviço especializado em Terapia da Fala, no Brasil, os procedimentos terapêuticos e encaminhamentos para a reabilitação em Terapia da Fala são delineados em reunião da equipa multidisciplinar após a consulta médica. Aqui, nos casos de LT, a atuação dos TF no serviço especializado é mais complexa e contempla desde a orientação pré e pós-operatória imediata até à reabilitação propriamente dita. A reabilitação realizada pelos TF no pós-operatório inicia-se entre o 10º e o 15º dia, ou após alguns meses, devido a intercorrências cirúrgicas (fístulas, necrose de retalho, RT/QT) ou complicações gerais do estado de saúde.

Um estudo efetuado por Silva et al. (2015), em Portugal, refere que deve haver uma avaliação inicial antes da cirurgia e que as sessões de grupo devem começar o mais rápido possível após a LT.

No instituto onde foi realizado o estudo de Chaukar et al. (2013), todos os pacientes são orientados no pré-operatório quanto ao modo de comunicação e o seu mecanismo pelo cirurgião e pelo TF. A Terapia da Fala é iniciada após a cirurgia, quando o paciente começa a alimentação via oral. A sessão inicial é estabelecida pelo cirurgião e pelo TF logo após a qual os pacientes são estimulados ao autotreinamento. Aqui, os pacientes vão à Terapia da Fala quando necessário, em vez de terem sessões contínuas, com reabilitação contínua. Os pacientes sem sucesso são reavaliados pelo cirurgião e pelo TF para encontrar e, possivelmente, remediar a causa. Todas as questões relativas à gestão da PF são tratadas pela equipa liderada pelo cirurgião, composta

adicionalmente pelo TF e por uma enfermeira treinada. Referem que o TF tem um papel fundamental na reabilitação.

Na Austrália é realizado um aconselhamento pré-operatório por um TF e por um cirurgião. A participação multidisciplinar na avaliação da motivação do paciente, destreza manual, acuidade visual e função respiratória garante a seleção de candidatos adequados para a fala com PF. Tal como na reabilitação da fala, a reabilitação da deglutição começa no início do processo terapêutico, com a devida consideração dada ao fechamento relaxado da mucosa numa linha transversal, com detalhes meticulosos para inverter a borda da mucosa e poupar o músculo, quando possível. Isto demonstra a relevância da participação do TF antes da cirurgia e a importância da sua interação com a restante equipa clínica (Krishnan & Maclean, 2013).

Na maioria dos países europeus (exceto Reino Unido e Irlanda, que não foram descritos no estudo), o uso de PF é orientado pelo médico, com um papel indispensável dos TF e, cada vez mais, pelos enfermeiros oncológicos (van der Molen et al., 2013). Em Portugal não estão descritas as relações estabelecidas entre os terapeutas da fala e os restantes profissionais da equipa.

Nos EUA é efetuada uma abordagem multidisciplinar abrangente no que concerne ao diagnóstico e ao tratamento do cancro da laringe (Hinni & Crujido, 2013). Além do agendamento cirúrgico, é feita habitualmente uma consulta pré-operatória com um TF para orientar o paciente e os seus familiares, cuidadores e amigos.

2.10. Práticas Centradas na Pessoa e na Família

O sector familiar é um agrupamento composto por seres humanos ao longo do seu percurso de vida, cuidando de si próprio e de outros. As formas de cuidar alteram-se em consonância com os padrões culturais e relacionam-se com as carências de cada pessoa (Althoff, 2002).

A reabilitação do cancro é um processo contínuo, dinâmico, com a finalidade de maximizar as capacidades individuais dentro das limitações da doença ou incapacidades por ela provocada. Este processo possui como pressuposto básico que o paciente e a família sejam considerados como uma unidade, dado que o cancro atinge todo o seu contexto social (Pedrolo & Zago, 2002). Segundo Franco (2008), qualquer doença potencialmente fatal afeta a família como um todo e não somente o paciente. Todos terão a sua vida transformada, de maneiras delicadas e significativas ao longo do curso da doença. A intervenção junto das famílias é importante pois, os doentes e as famílias com mais conhecimentos sobre a doença e plano de tratamento, experienciam claramente menos ansiedade e stresse (Perry & Rhoudes de Meneses, 1989, citados por Lopes & Pereira, 2005).

Para os mesmos autores, tal como o doente, a família vivencia igualmente uma situação de crise, onde é necessário criar um reajustamento. Deste modo, a nível familiar, verifica-se uma necessidade de mudança nas rotinas, regras e rituais, e existe, potencialmente, uma redistribuição de papéis, com alterações de responsabilidades e competências.

Freire e Tambara (2001) consideram que o terapeuta que está numa posição não defensiva e que está aberto à experiência torna-se recetivo a tudo o que acontece na relação. Esta abertura permite-lhe concordar e entender de um modo empático tanto o mundo interno do cliente como as suas próprias experiências na

relação com o cliente. Para uma eficiente intervenção em Terapia da Fala, deve existir a transmissão de esclarecimentos cruciais e simples, pois estes vão auxiliar na organização da família e do indivíduo, o que vai ter como resultados uma melhor adesão ao tratamento (Nezo et al., 1998).

A terapia efetuada nos EUA está de acordo com esta abordagem pois, na consulta cirúrgica, todos os aspetos técnicos da cirurgia, incluindo a necessidade potencial e o tipo potencial de qualquer reconstrução são revistos com o paciente, com a sua família e com o TF (Hinni & Crujido, 2013).

3. Métodos

Como já apresentado, o presente estudo tem como objetivo geral descrever as práticas clínicas dos TF na reabilitação da PCLT em Portugal. Os objetivos específicos passam por descrever, nos TF que atendem PCLT: o contexto de atendimento, a casuística atendida, a interação com outros profissionais, o tipo de atendimento realizado (fases e frequência), as áreas de intervenção e as abordagens utilizadas, o tipo de informação e a inclusão de práticas centradas na pessoa e na família. Nos TF que não atendem PCLT procurar-se-á descrever: o motivo da sua inexperiência, o tipo de informação e vontade em intervir nesta área.

Neste capítulo objetiva-se descrever a metodologia utilizada no estudo empírico. É apresentado o tipo e desenho de estudo, os participantes, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

3.1. Tipo e Desenho de estudo

Com o presente estudo pretende-se descrever as práticas profissionais na área da LT auto-reportadas por TF em Portugal. Para a realização do mesmo solicitou-se o parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto com o processo n.º CE0071C (Anexo 1).

Como o vigente trabalho descreve as práticas profissionais dos TF na área da LT, o estudo assume-se como observacional, descritivo, de carácter quantitativo, traduzindo-se numa pesquisa que permite desenvolver, esclarecer e formular conceitos ou hipóteses (Fortin, 2009). Este tipo de estudo, segundo Carmo e Ferreira (1998), consiste na recolha de dados de acordo com a administração de um questionário, observação da situação real ou execução de entrevistas. A informação obtida pode ser alusiva a opiniões, dados demográficos, atitudes, condições ou procedimentos. Neste tipo de estudo não ocorre manipulação das variáveis, sendo os factos observados e descritos naturalmente como ocorrem. O estudo adota um desenho observacional, ou seja, o investigador não intervém e apenas desenvolve procedimentos, de modo a descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis e qual o efeito nos sujeitos em estudo.

Do ponto de vista temporal, assume-se como um estudo transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010).

Quanto às características deste trabalho, a metodologia de investigação é quantitativa, pelo que, tal como o nome indica, quantifica dados observáveis concernentes a acontecimentos que são independentes do investigador (Fortin, 2009).

3.2. População e Amostra

A população deste estudo é constituída por TF que se encontram a trabalhar em Portugal Continental e Insular. Estima-se que em Portugal haja cerca de 3.500 TF com cédulas profissionais atribuídas pelo Ministério da Saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021).

Para a amostra deste estudo consideraram-se como critérios de inclusão: a) ter formação superior na área de Terapia da Fala; b) trabalhar em Portugal (Continental ou Insular) na área de Terapia da Fala. Não foram considerados critérios de exclusão, por não se identificarem variáveis que possam interferir com a resposta do questionário ou com a interpretação dos resultados. A amostra recolhida neste estudo assume-se como não probabilística, pois não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população (Coutinho, 2014).

Foi usada uma técnica de amostragem do tipo “bola de neve” (Coutinho, 2014), iniciada por contactos junto de uma entidade representativa da Terapia da Fala (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala – APTF), seguindo-se pela partilha através das redes sociais. Considerando a população estudada, estimou-se que seria necessário um N amostral de 380 TF para obter resultados estatisticamente representativos, o que não foi alcançado. A amostra obtida foi de 160 TF, a qual será caracterizada no capítulo de resultados.

3.3. Instrumentos

Para o presente estudo desenvolveu-se um questionário (Apêndice I) baseado na literatura e experiência profissional da equipa de investigação. Este foi aplicado à amostra através de um *software* para aplicação de inquéritos *online*, o *LimeSurvey*.

Com este questionário pretende-se indagar o número de horas que os TF que trabalham em território português intervêm com a PcLT, há quanto tempo trabalham com a PcLT, quantas PcLT atendem por semana, em que contextos e quais as suas práticas. Pretende-se também pesquisar qual o tipo de opção de reabilitação vocal, o grau de sucesso da mesma e o impacto da mesma na QdV. Tenta-se perceber até que ponto é que a família e a PcLT são incluídos no processo de reabilitação, assim como os TF e a restante equipa multidisciplinar. Procura-se saber também as práticas do TF relativamente à reabilitação da deglutição, da reabilitação respiratória e do olfato.

O questionário desenvolvido tem uma parte inicial onde se descreve o objetivo, a quem se destina, o procedimento, a duração, os riscos e os benefícios para o participante e a confidencialidade. De seguida, caracteriza social e demograficamente a amostra e, posteriormente, entra nas áreas mais amplas a estudar.

Objetiva-se também perceber se têm alguma formação específica nesta área e qual a tipologia da mesma. Detalhadamente, após a caracterização sociodemográfica, é feita uma triagem dos TF que têm experiência prévia em LT e, caso não tenham, qual o motivo pelo qual não têm. Pretende-se perceber qual o nível de informação destes TF nos vários domínios trabalhados com a PcLT e, ainda neste grupo, procura-se compreender se prezavam trabalhar nesta área de intervenção e quais os aspetos que poderiam contribuir para a sua atividade profissional no trabalho com a mesma. No segundo grupo, que diz respeito aos TF que têm

“alguma ou muita experiência” na área da Laringectomia, inicialmente averigua-se se trabalham atualmente nesta área. Posteriormente, pesquisa-se há quanto tempo trabalham nesta área e quantos casos, em média, estimam ter atendido. No decorrer deste grupo questiona-se: a) em que contextos trabalham, b) os tipos de tratamentos encontrados, c) os tipos de alternativas à voz laríngea mais utilizados no trabalho com a PcLT, d) as opções de comunicação que acompanham, e) os padrões de comunicação funcionais para cada tipo de alternativa à voz laríngea, f) a percepção do impacto que cada uma das formas de comunicação tem na QdV da PcLT, g) a frequência com que avaliam e que intervêm ao nível das competências comunicativas da PcLT, h) a frequência com que avaliam e intervêm ao nível das competências comunicativas da PcLT e da sua família/cuidadores, i) a frequência com que intervêm ao nível da dinâmica comunicativa da PcLT em diferentes contextos comunicativos das suas rotinas diárias, j) a frequência com que utilizam as várias práticas no trabalho com a PcLT e o grau de importância que lhes atribuem, k) a frequência com que interagem com os vários profissionais no trabalho com a PcLT, l) quão informados estão nos vários domínios relativos à LT e a tudo o que a mesma envolve (LT, tratamentos, implicações e reabilitação), m) de que forma se mantêm atualizados e que aspetos consideram que poderiam contribuir para melhorar a atividade nesta área, n) a frequência com que costumam atender a PcLT em cada fase descrita, o) a frequência com que a PcLT participa na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea, p) a frequência com que são explicados os tipos de alternativa à voz laríngea à PcLT e à família na fase pré-cirúrgica, q) a frequência com que a PcLT é convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea em cada fase da cirurgia, r) a frequência com que o TF participa na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea, s) a frequência com que o tipo de alternativa à voz laríngea inicialmente escolhido não é eficaz e tem de ser alterado, t) a frequência com a PcLT e a família são incluídos no processo de reabilitação, u) a importância do atendimento da PcLT pela Terapia da Fala na fase pré-cirúrgica, v) a frequência com que se atua nas diversas áreas da nível da deglutição, da reabilitação respiratória e da reabilitação do olfato e que técnicas de reabilitação utiliza, w) com que frequência incentivam o uso de meios de CAA e em que fases, x) a frequência com que promovem o contacto da PcLT com outras pessoas em situação semelhante em cada fase, y) o tempo médio de intervenção para cada prática terapêutica, z) o tempo total de intervenção e a1) o tempo médio de sessão.

Os dados foram inseridos numa base de dados do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27, onde foi realizada a análise estatística.

3.4. Procedimentos

Inicialmente foi construído o questionário (Apêndice I) com o objetivo de caracterizar as práticas profissionais dos TF usadas na intervenção com PcLT em Portugal. Na sequência desta investigação, o presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Seguidamente, formou-se um painel de cinco peritos, de modo a analisar o questionário construído. Foi realizado um estudo preliminar antes de lançar o questionário *online* para verificar se o mesmo era detentor de algum erro, tendo-se aplicado o questionário a uma pequena amostra, mas representativa da população (cinco indivíduos).

O questionário contém um consentimento informado que permite esclarecer todos os participantes relativamente a informações relevantes, inclui os objetivos do estudo e refere o anonimato do mesmo. A amostra foi recolhida *online*, através do *LimeSurvey*, durante o período previsto de um mês e o estudo foi divulgado através de redes sociais.

De seguida, os dados foram inseridos no SPSS (versão 27), de forma a realizar-se uma análise estatística e o respetivo tratamento de dados. A utilização deste programa facilita toda a descrição dos resultados e a devida análise estatística, nomeadamente, o local onde os TF trabalham com a PcLT, o tipo de alternativa à voz laríngea, a eficácia do tipo de voz laríngea escolhido e a sua alteração, os tratamentos realizados à PcLT, a interação dos TF com outros profissionais de saúde, as práticas utilizadas pelos TF, a frequência de atendimento em cada fase de intervenção, a frequência com que são explicados à PcLT os vários tipos de alternativa à voz laríngea na fase pré-cirúrgica, os padrões de comunicação funcionais, a reabilitação da deglutição, a reabilitação da respiração e a reabilitação do olfato. Todos os dados dos participantes foram recolhidos e devidamente codificados.

A análise de dados foi efetuada através de estatística descritiva, de modo a perceber a forma como se distribuem as respostas às questões colocadas no inquérito. No que diz respeito à estatística descritiva, apresentam-se, para as variáveis de escala de medida, as tabelas de frequências e os gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas. Nas variáveis de escala de medida apresentam-se alguns dados relevantes, como os valores médios obtidos para cada questão, os valores do desvio padrão associados a cada pergunta que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão, os valores mínimos e máximos observados e os gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões e a moda, que equivale à pontuação mais frequente (Coutinho, 2014).

4. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e dos resultados do questionário aplicado. Tendo-se dividido a amostra em dois subgrupos, com alguma/muita experiência e nenhuma/pouca experiência na intervenção com PcLT, estes são tratados separadamente em secções independentes.

As figuras apresentadas deverão ler-se, na sua maioria, observando a totalidades das barras cinzentas para (muito ou bastante) ou muito frequente (muitas vezes e sempre) e as azuis para pouco (pouco ou muito pouco) e pouco frequente (nunca ou raramente). A barra amarela representa uma posição intermédia entre as anteriores.

4.1. Caracterização sociodemográfica

O estudo contou com a participação de 160 TF, tendo todos preenchido os critérios de inclusão. 24 participantes preencheram o grupo II do questionário, tendo os restantes cumprido os critérios para o grupo I. Devido a dificuldades na gestão do *Limesurvey*, parte das questões de caracterização sociodemográfica da amostra

foram codificadas de forma irreversível na fase inicial de resposta dos questionários. Por este motivo, dos 160 participantes apenas se conseguiu utilizar este tipo de informação em 70. Devido a este fator, os N válidos de cada pergunta são indicados nas tabelas de apresentação dos resultados.

Na Tabela 1 observa-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do género feminino e que, nas 70 repostas válidas, a mesma encontra uma distribuição geográfica equilibrada, com maior representação das Regiões da Área Metropolitana de Lisboa, Centro e Norte. 159 participantes concluíram a formação base em Portugal e 1 concluiu no Brasil. Relativamente às habilitações literárias, constata-se que 30,63% da amostra possui mestrado e 4,38% detém doutoramento. 34 participantes afirmaram ter formação na área da Laringectomia, sendo os seminários a formação mais frequentada, seguidos da formação avançada. 13,17% dos participantes, na resposta aberta, mencionaram os *workshops*, estágios e os cursos de reabilitação para laringectomizados como tipologia de formação frequentada.

A amostra contempla pessoas que concluíram a formação base no intervalo que inclui os anos 1975 e 2022, sendo estes os extremos do ano de conclusão. Consideraram-se apenas os TF que exercem atualmente a sua profissão, tendo sido incluída a totalidade dos questionários preenchidos. O valor médio de idades é de 36,57 anos, com um desvio padrão de 9,35 anos. Para a análise do estudo distribuíram-se os participantes em dois ramos: “Nenhuma ou pouca experiência” e “Alguma ou muita experiência”. O primeiro inclui os participantes sem experiência e os que realizaram estágios académicos/curriculares (68,75% da amostra) e o segundo abrange as restantes experiências (31,25% da amostra), sendo este o grupo onde incidiu o principal objetivo do estudo.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

| Resposta | | n | % |
|-------------------------|------------------------------|----|------------|
| Género | | | |
| (N=70) | Masculino | 5 | 7,14 |
| | Feminino | 65 | 92,86 |
| Faixa etária | | | |
| (N=70) | Média | | 36,57 anos |
| | DP | | 9,35 anos |
| | Mín. | | 23,00 anos |
| | Máx. | | 69,00 anos |
| Regiões (NUTS 2) | | | |
| (N=70) | Alentejo | 7 | 10,00 |
| | Algarve | 4 | 5,71 |
| | Área Metropolitana de Lisboa | 18 | 25,71 |
| | Centro | 21 | 30,00 |
| | | | |

| | | | |
|--|--|-----|--------|
| | Região Autónoma da | | |
| | Madeira | 2 | 2,86 |
| | Região Autónoma dos | | |
| | Açores | 2 | 2,86 |
| | Norte | 16 | 22,86 |
| Habilitações | | | |
| (N=160) | Licenciatura / Bacharelato | 160 | 100 |
| | Pós-Graduação | 81 | 50,63 |
| | Especialização | 4 | 2,50 |
| | Mestrado | 49 | 30,63 |
| | Doutoramento | 7 | 4,38 |
| | Pós-Doutoramento | 0 | 0,00 |
| Formação em LT | | | |
| (N=160) | Sim | 34 | 21,25 |
| | Não | 126 | 78,75 |
| Tipologia da Formação | | | |
| (N=34) | Seminários | 16 | 47,06 |
| | Formação Avançada | 13 | 38,24 |
| | Especialização | 4 | 11,76 |
| | Outro | 5 | 14,71 |
| Exerce Atividade Profissional | | | |
| (N=160) | Sim | 160 | 100,00 |
| | Não | 0 | 0,00 |
| País onde Concluiu a Formação | | | |
| (N=160) | Portugal | 159 | 99,38 |
| | Brasil | 1 | 0,63 |
| Experiência no trabalho/intervenção com PcLT | | | |
| (N=160) | Sem experiência | 62 | 38,75 |
| | Estágios Académicos / Curriculares | 48 | 30,00 |
| | Acompanhamento esporádico (apenas alguns casos ao longo da carreira) | 23 | 14,37 |
| | Acompanhamento pouco frequente (até 5 casos por ano) | 9 | 5,62 |
| | Acompanhamento frequente (entre 5 e 10 casos por ano) | 3 | 1,88 |
| | Acompanhamento muito frequente de casos (mais de 10 casos por ano) | 15 | 9,38 |

Nota: DP – Desvio Padrão; Máx. – Máximo; DP = Desvio Padrão; Min. – Mínimo

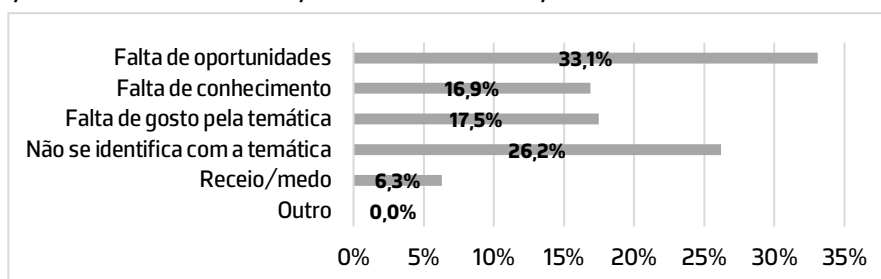
4.2. Análise do Ramo I “Nenhuma ou pouca experiência”

A análise deste ramo foi efetuada com base em 103 respostas.

Verifica-se que a maioria da amostra deste grupo refere não trabalhar com a PcLT por falta de oportunidades, seguindo-se os TF que não se identificam com a temática, os que referem ter falta de gosto pela temática, falta de conhecimento e, por último, os que mencionam ter receio/medo (Figura 11).

Figura 11

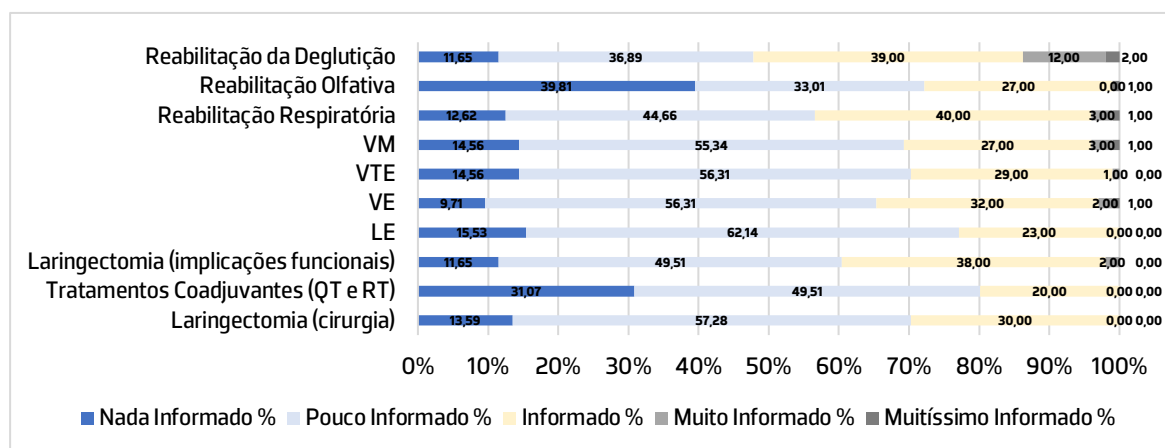
Motivos pelos quais os TF do estudo têm pouca ou nenhuma experiência (N=103)



Pela análise do Figura 12 constata-se que a percentagem de TF que considera estar pouco ou nada informada é elevada no que diz respeito à maioria dos domínios descritos, que variam entre 60% e 80%. Os domínios de reabilitação da deglutição e respiratória são os que apresentam um maior nível de informação, muito embora seja igualmente baixa, rondando os 50%.

Figura 12

Quão informado considera que está nos seguintes domínios (N=103)



Na presente questão as respostas foram reagrupadas em apenas três categorias. Consta-se que 8,74% da amostra que respondeu a este grupo gostaria muito (muito ou bastante) de trabalhar nesta área de intervenção, ao contrário de 73,79% que referiu gostar pouco (pouco ou muito pouco). 17,48% revela ter um desejo médio pela intervenção nesta área (Tabela 2).

Tabela 2

Gostaria de ter oportunidade de trabalhar na área (N=103)

| Resposta | n | % |
|----------|----|-------|
| Pouco | 76 | 73,79 |
| Médio | 18 | 17,48 |
| Muito | 9 | 8,74 |

Dos 103 TF que responderam a este ramo do estudo, 72,8% referiram que a formação poderia contribuir para a sua atividade nesta área e 19,42% consideraram que poderiam beneficiar de estágios.

Uma ínfima percentagem (7,8%) considerou que ambas as opções seriam válidas, em simultâneo, assim como referiram também não ter interesse em nenhum aspeto.

4.3. Análise do Ramo II “Alguma ou muita experiência”

Do total da amostra (160), apenas 24 TF preencheram os requisitos para preencher o Ramo 2 do questionário. Dos 24 participantes deste grupo, constatou-se que 14 (58,33%) trabalham atualmente com PcLT e os restantes 10 (41,67%), apesar de terem experiência, não atendem atualmente estes casos. Verifica-se que estes TF têm uma média de 10,9 anos de trabalho com PcLT (DP de 9,9 anos) e atendem/atenderam, em média, 8 casos por ano de trabalho.

Pela análise da Tabela 3 observa-se que o hospital é o contexto onde habitualmente os TF trabalham com PcLT. 2 TF apontaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados como outros contextos de trabalho com esta população.

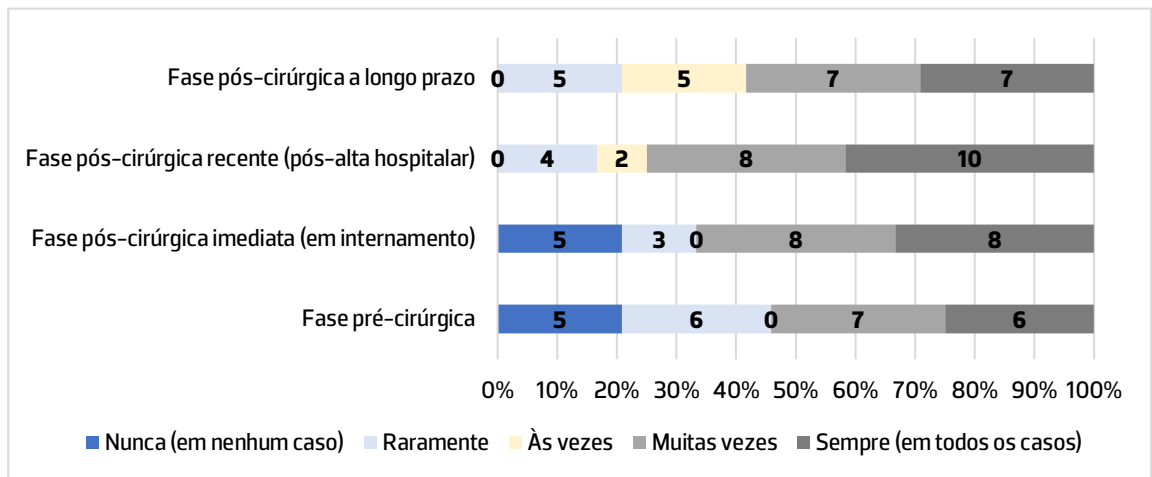
Tabela 3*Contextos de trabalho com pessoas com laringectomia total (N=24)*

| Local de Trabalho | Nunca (em nenhum caso) | | Raramente | | Às vezes | | Muitas vezes | | Sempre (em todos os casos) | |
|---------------------|------------------------|------|-----------|------|----------|------|--------------|------|----------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Domicílio | 17 | 70,8 | 6 | 25,0 | 1 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 0,00 | 0,0 |
| Hospital | 1 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 6 | 25,0 | 3 | 12,5 | 14 | 58,3 |
| Clínica Privada | 12 | 50,0 | 6 | 25,0 | 6 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Associações de PcLT | 23 | 95,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 0,0 | 0,0 |
| IPSS | 22 | 91,7 | 1 | 4,2 | 1 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Outro | 22 | 91,7 | 1 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1 | 4,2 |

Verifica-se na Figura 13 que os TF referiram, na sua maioria, que atendem muitas vezes/sempre as PclT na fase pós-cirúrgica recente (75,0%), seguida da fase pós-cirúrgica imediata (66,7%), da fase pós-cirúrgica a longo prazo (59,3%) e da fase pré-cirúrgica (54,17%) (Figura 13). Note-se que 20,8% referem que nunca atendem em fase pré-cirúrgica ou pós-cirúrgica imediata.

Figura 13

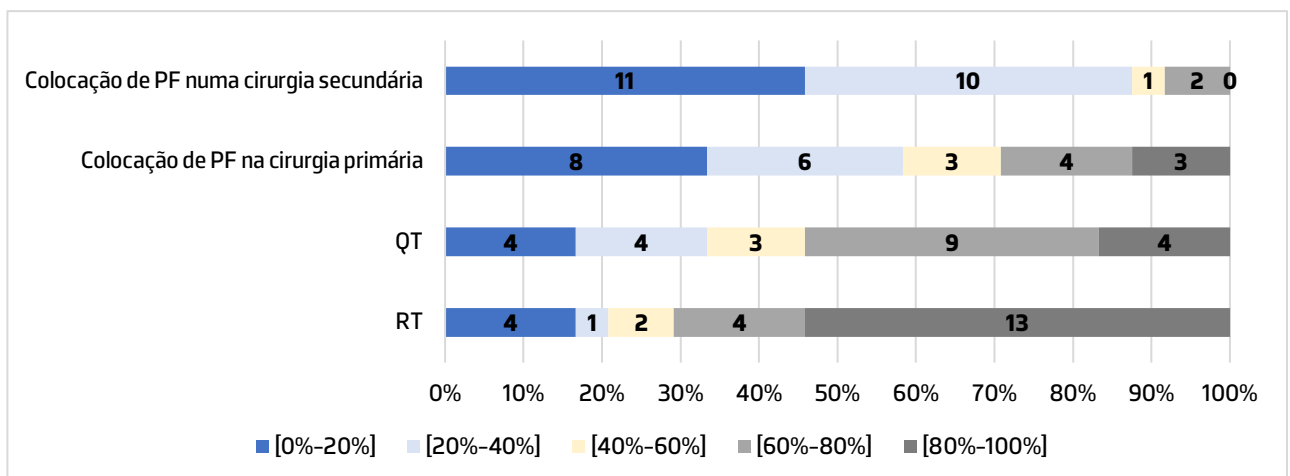
Frequência de atendimento da PclT em cada fase (N=24)



De acordo com os resultados da Figura 14, os TF encontram frequentemente na PclT a RT (70,8%) e a QT (54,2%) como tratamentos efetuados. A colocação da PF numa cirurgia secundária ocorre com uma constância inferior (8,3%) à colocação de PF na cirurgia primária (29,2%).

Figura 14

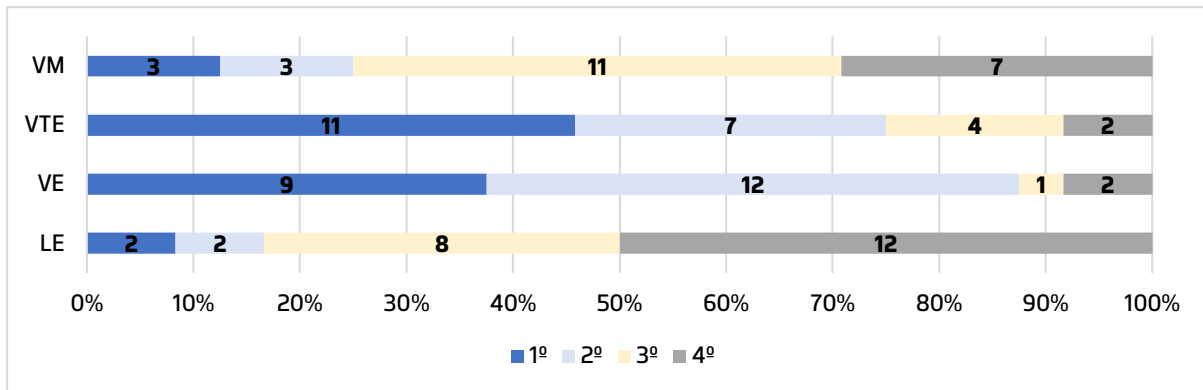
Tratamentos encontrados na PclT (N=24)



Perante os dados obtidos na Figura 15, a alternativa à voz laríngea mais utilizada é a VTE, seguida da VE. A terceira alternativa a voz mais utilizada é a VM, seguida da LE. Contudo, ao somar as respostas 1ª e 2ª, verifica-se que a VE atinge quase 90% dos casos, enquanto a VTE ronda os 75%.

Figura 15

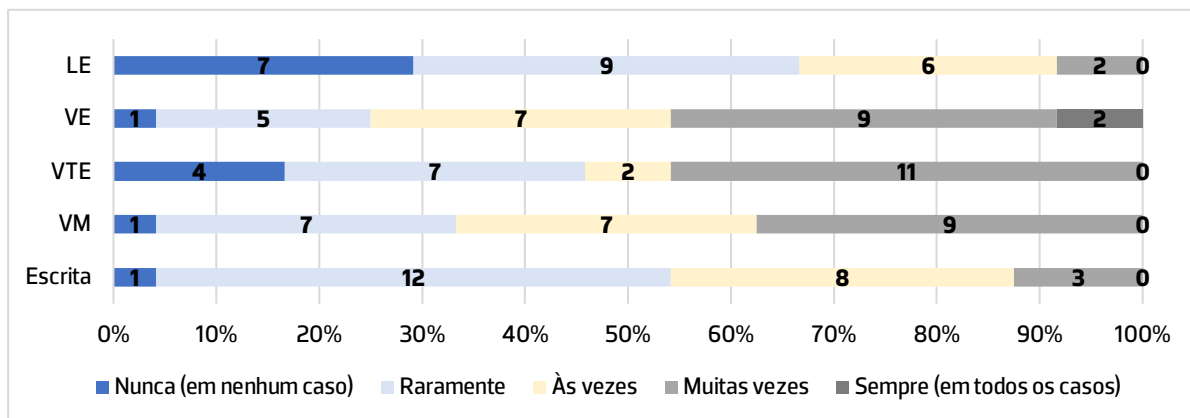
Opção alternativa à voz laríngea mais utilizada (N=24)



Na Figura 16, verifica-se um acompanhamento pouco frequente (nunca ou raramente) a PcLT cuja opção de reabilitação é a LE seguida da escrita. Em sentido inverso, é muito frequente (muitas vezes e sempre) o acompanhamento de PcLT cuja opção de reabilitação é a VE e VTE, atingindo quase 50% das respostas. A opção VM aparece em 3º lugar, sendo frequentemente atendida por 45,8% dos TF.

Figura 16

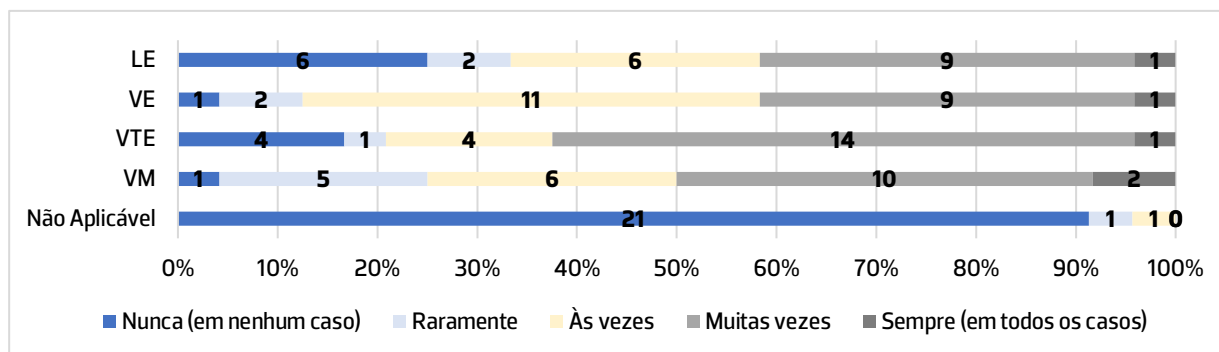
Acompanhamento de PcLT com as seguintes opções de comunicação (N=24)



A Figura 17 permite examinar que os TF participantes deste estudo obtêm muitas vezes padrões de comunicação funcionais na VTE (N=14), VM (N=10), LE (N=9) e VE (N=9).

Figura 17

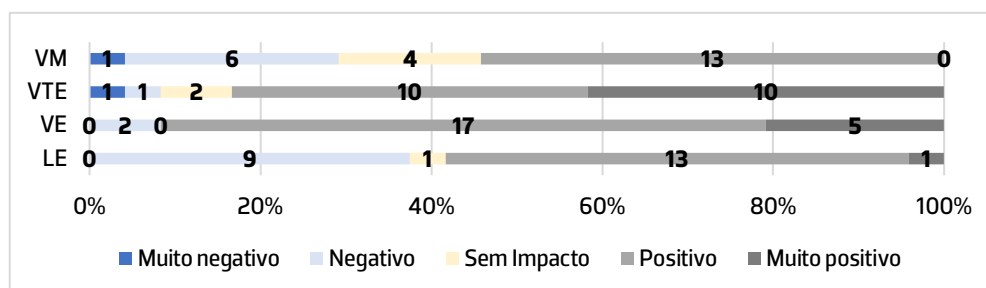
Padrões funcionais da PclT em acompanhamento (N=24)



No que diz respeito ao impacto das formas de comunicação (Figura 18), verifica-se que apesar de a VTE ser a que apresenta um maior número de vezes um impacto muito positivo (N=10), é a VE que reúne um impacto globalmente mais positivo (positivo e muito positivo), com 90% das respostas. A LE é considerada por 13 participantes como tendo um impacto positivo e por 10 como tendo um impacto negativo, sendo o meio onde imperou o impacto negativo. A VM é considerada por 13 pessoas como sendo positivamente impactante.

Figura 18

Percepção do impacto das formas de comunicação (N=24)



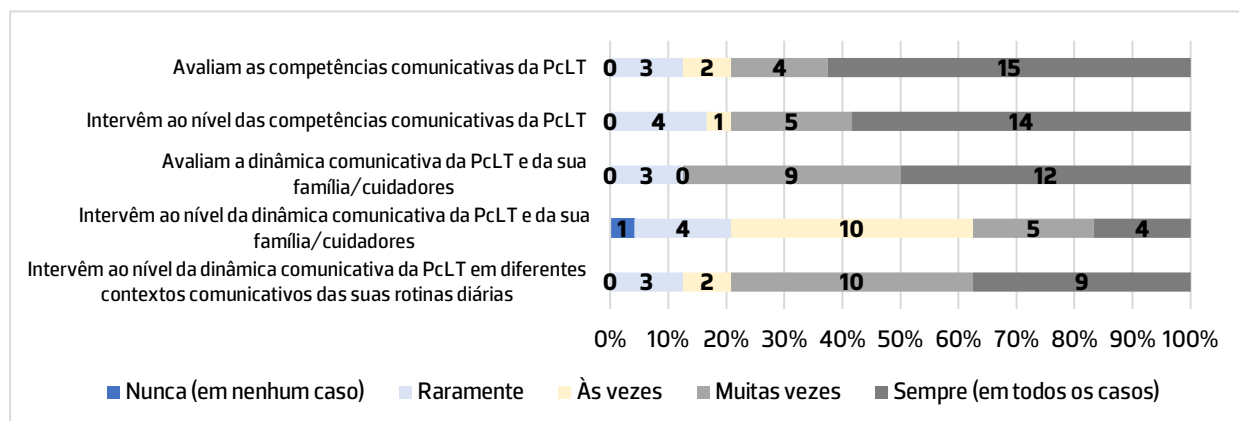
Analisando os dados da Figura 19, constata-se que a maioria dos TF do estudo (79,2%) referiram que avaliam sempre ou muitas vezes as competências comunicativas da PclT e que a mesma percentagem intervém a este nível.

No que diz respeito à avaliação da dinâmica comunicativa da PclT e da sua família/cuidadores, o valor é ainda superior, atingindo os 87,5%. Contudo, a intervenção é realizada com frequência por apenas 37,5% dos TF, sendo superior (79,2%) na intervenção da dinâmica comunicativa da PclT em diferentes contextos comunicativos das suas rotinas diárias.

Não deve ser desconsiderado o valor de TF que não praticam com frequência qualquer uma destas ações, variando entre 12,5 e 20,8%.

Figura 19

Frequência com que os TF avaliam e intervêm ao nível da dinâmica e das competências comunicativas (N=24)

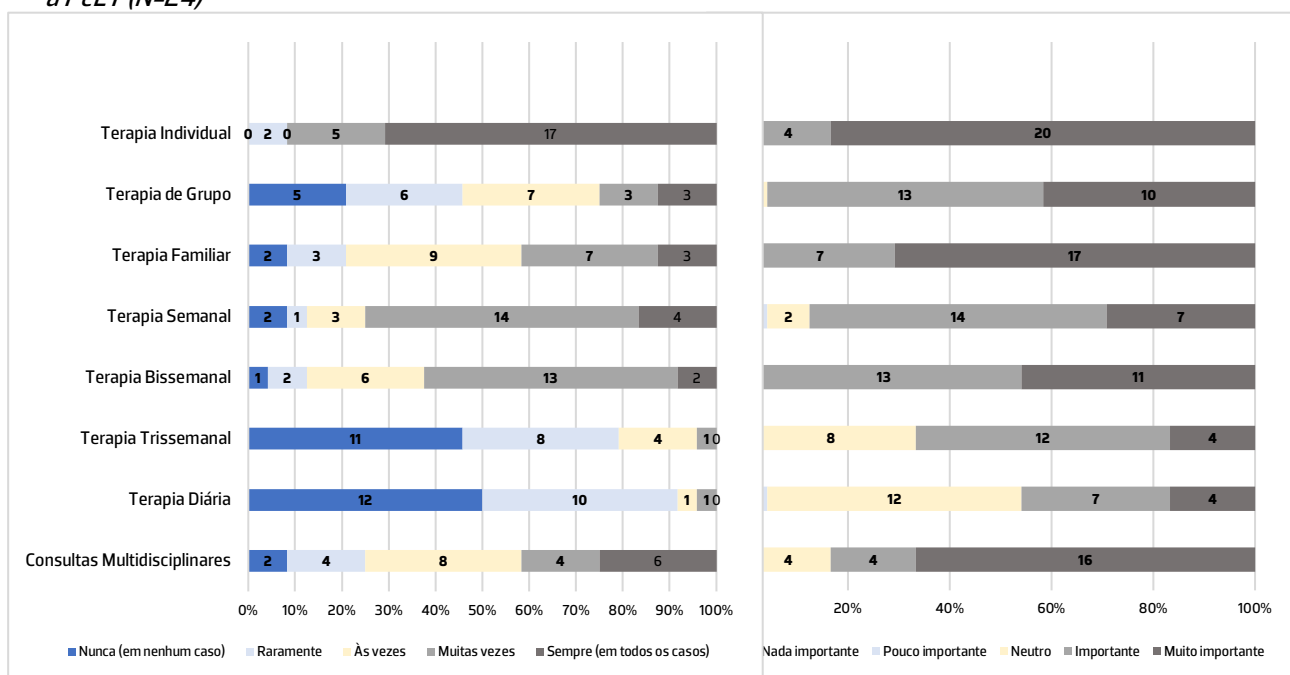


Na Figura 20 consegue-se observar a frequência das práticas dos participantes do presente estudo. Constatase que as práticas mais frequentes são a terapia individual (91,6%) em regime semanal (75%) ou bissemanal (62,5%). A terapia familiar, embora menos frequente, alcança os 41,7%, enquanto a terapia de grupo é uma resposta frequente para apenas 25% dos TF. As consultas multidisciplinares são frequentes para 41,7% dos TF. As respostas com frequência residual são as terapias mais intensivas (diária ou trissemanal).

Percebe-se também que a maioria dos TF atribuiu o grau de importância elevado (importante e muito importante) à terapia individual (100%), familiar (100%) e bissemanal (100%). Segue-se a terapia de grupo (95,8%) e as consultas multidisciplinares (83,3%). Em relação à regularidade, havendo preferência pelo regime bissemanal, segue-se a terapia semanal, a trissemanal e, por último, a diária.

Figura 20

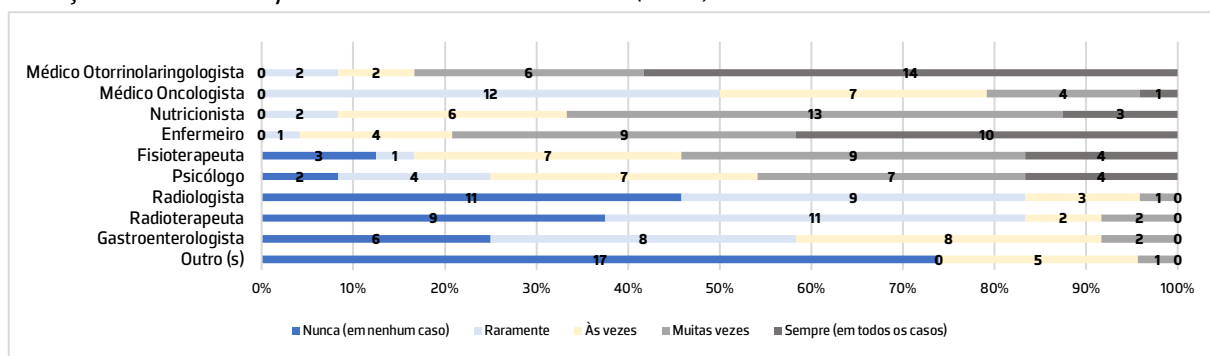
Frequência das práticas no trabalho com a PcLT e importância atribuída à utilização das práticas descritas com a PcLT (N=24)



No que diz respeito à interação com outros profissionais de saúde (Figura 21), a maioria dos TF referiu que interage frequentemente (muitas vezes ou sempre) com o Médico Otorrinolaringologista (83,3%) e com o Enfermeiro (79,2%), seguindo-se o Nutricionista (66,7%), o Fisioterapeuta (54,2%) e o Psicólogo (45,8%). A interação é pouco frequente com o Médico Oncologista (20,8%), com o Radioterapeuta e o Gastroenterologista (8,3%) e com o Radiologista (4,2%). Nos outros profissionais com quem interagem, relataram o Assistente social, o Médico Psiquiatra, o Cirurgião Maxilo-Facial, o Neurofisiologista, o Radio-oncologista e o Dietista.

Figura 21

Interação dos TF com os profissionais de saúde descritos (N=24)

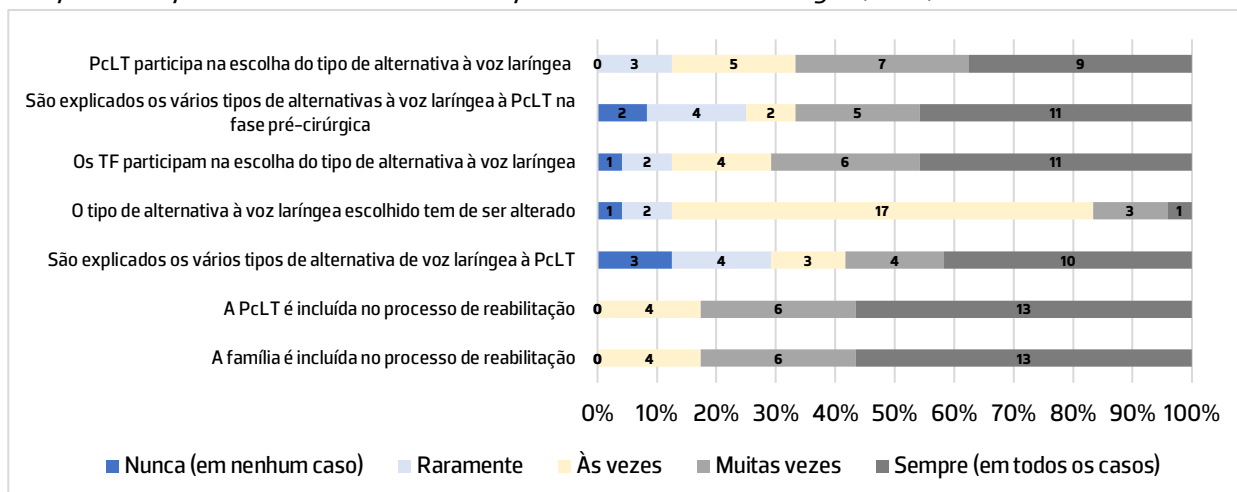


A Figura 22 mostra que a PCLT, na maioria das vezes, participa (muitas vezes ou sempre) na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea (66,7%). A mesma percentagem (66,7%) considerou que são explicados (muitas vezes ou sempre) os vários tipos de alternativa à voz laríngea à PCLT na fase pré-cirúrgica.

70,8% dos TF participam com frequência (muitas vezes ou sempre) na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea. Não é frequente (nunca, raramente e às vezes) alterar o tipo de alternativa à voz laríngea escolhido (83,3%), sendo que, habitualmente (muitas vezes ou sempre) são explicados os vários tipos de alternativa de voz laríngea à PCLT (58,3%). Na generalidade (muitas vezes ou sempre) a PCLT e a família são incluídos no processo de reabilitação (79,2%).

Figura 22

Frequência de procedimentos na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea (N=24)

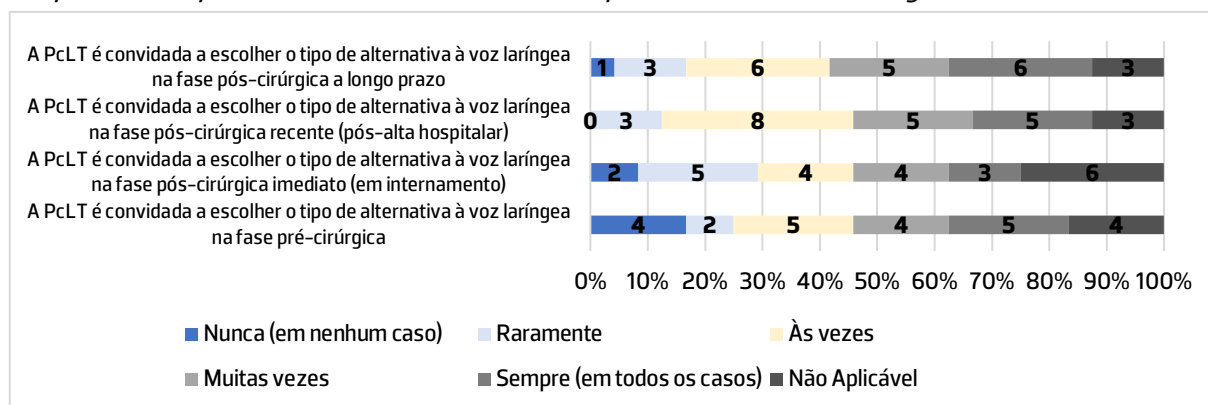


100% dos participantes deste grupo considera ser pertinente (muito importante ou importante) o atendimento da PcLT em Terapia na fase pré-cirúrgica.

Pela análise da Figura 23 verifica-se que a PcLT é na maioria das vezes (sempre ou muitas vezes) (37,5%) convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea na fase pós-cirúrgica a longo prazo, na fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) e na fase pré-cirúrgica. Na fase pós-cirúrgica recente constata-se este processo em 33,3% das vezes.

Figura 23

Frequência com que a PcLT é convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea em cada fase (N=24)

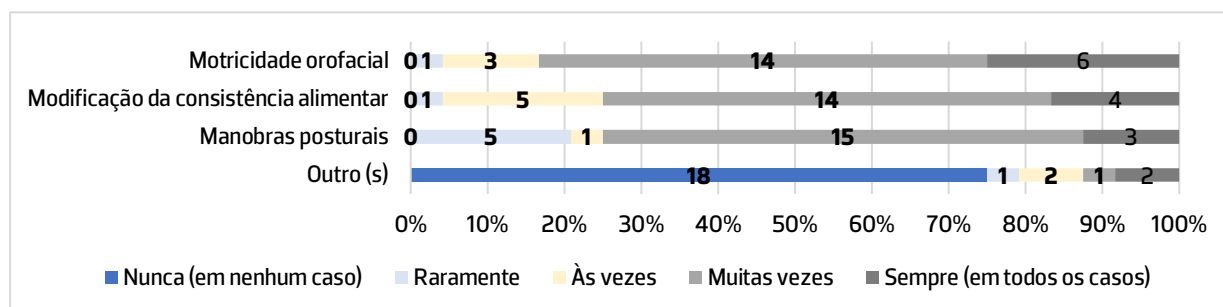


No que diz respeito à área da deglutição (Figura 24), 83,3% dos TF intervêm frequentemente (sempre e muitas vezes) ao nível da motricidade orofacial. 75% da amostra contempla frequentemente (sempre e muitas vezes) na sua prática manobras posturais e modificação da consistência alimentar.

Como outros tipos de intervenção nesta área referiram a eletroterapia, o uso de bandas neuromusculares, a realização de massagem, a manipulação cervical, a drenagem linfática, a sensibilidade orofacial, o treino de deglutição e o volume alimentar.

Figura 24

Atuação dos TF nas áreas da deglutição (N=24)

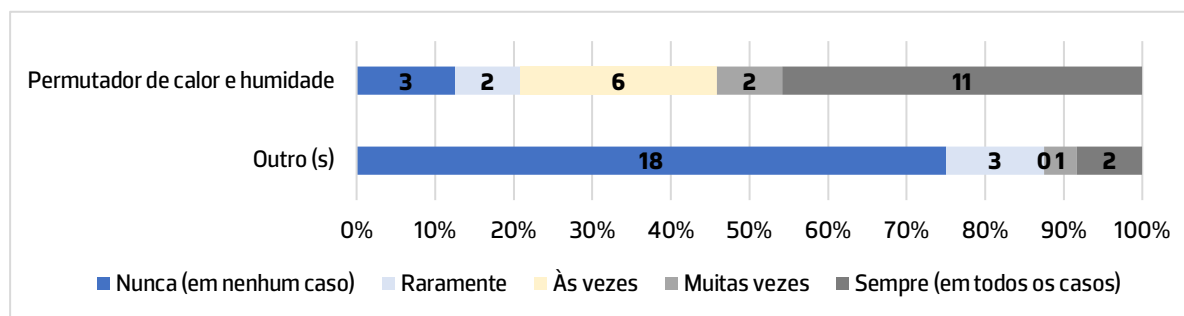


Para reabilitar a respiração (Figura 25), 54,2% dos TF usam habitualmente (sempre e muitas vezes) o HME.

Referiram como outros métodos para reintegrar esta função a higiene e colocação de lenço à frente do HME ou máscara na face e no estoma no âmbito da pandemia, a utilização de identificação para aviso em caso de urgência, o *Provox Luna*, o *Respirom*, o *Shaker Classic* e outros dispositivos adaptados para favorecer o treino respiratório.

Figura 25

Atuação dos TF na área da reabilitação respiratória (N=24)

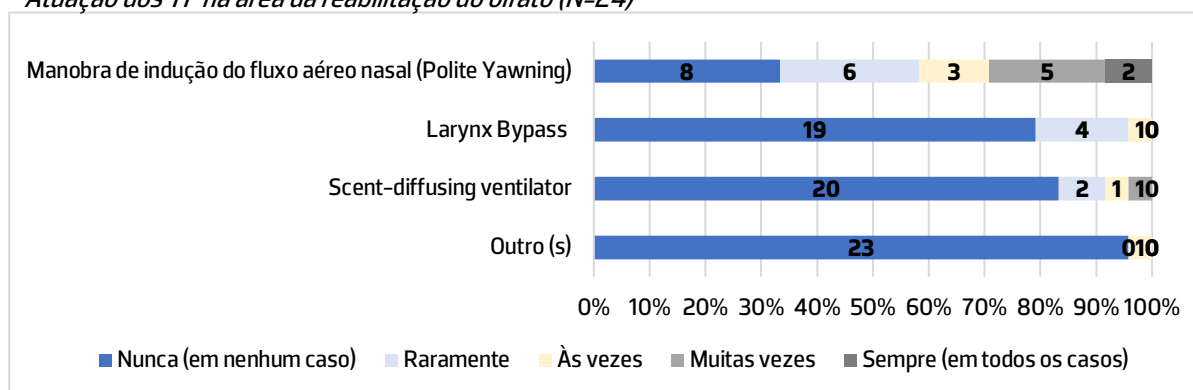


Quanto à reabilitação da área olfativa (Figura 26), verifica-se que apenas 29,2% utiliza habitualmente (sempre e muitas vezes) a manobra de indução do fluxo aéreo nasal. Por outro lado, 95,8% e 91,7% referem que não é um hábito (nunca e raramente) usarem o BL e o VDO, respetivamente, nas suas práticas.

Foi mencionado que outra forma de realizar esta reabilitação passa pelo treino olfativo sistémico com cheiros funcionais (café, limão, rosa, eucalipto, etc.). Indicaram ainda que a reabilitação desta área ainda não é um procedimento instalado na prática dos TF.

Figura 26

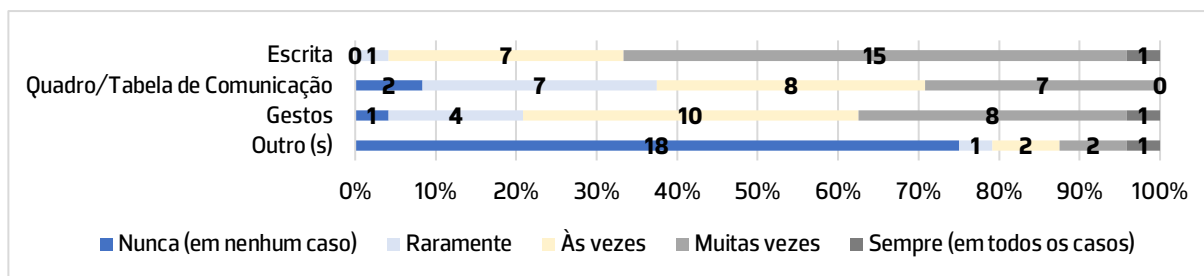
Atuação dos TF na área da reabilitação do olfato (N=24)



Verifica-se na Figura 30 que 66,7% dos TF incentivam frequentemente (sempre e muitas vezes) o uso da escrita como meio de comunicação aumentativos e/ou alternativo. Menos frequente é o uso dos gestos (37,5%) e do quadro/tabela de comunicação (29,2%).

Figura 27

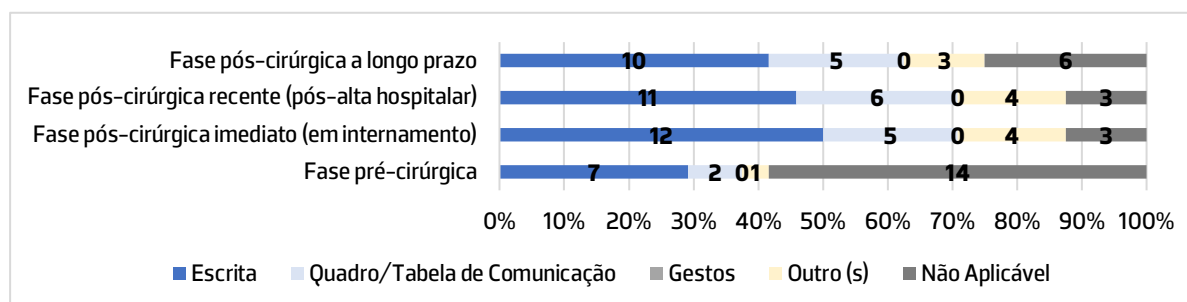
Frequência com os que os TF incentivam os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos (N=24)



Constata-se na Figura 28 que o meio de comunicação mais utilizado é a escrita, oscilando entre 29,2% e 50%. De salientar que 58,3% considera não ser aplicável o uso destes meios na fase pré-cirúrgica. Outro meio usado com alguma relevância em todas as fases é o quadro/tabela de comunicação, variando os valores entre 8,33% na fase pré-cirúrgica e 25% na fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar), fase onde é mais utilizado.

Figura 28

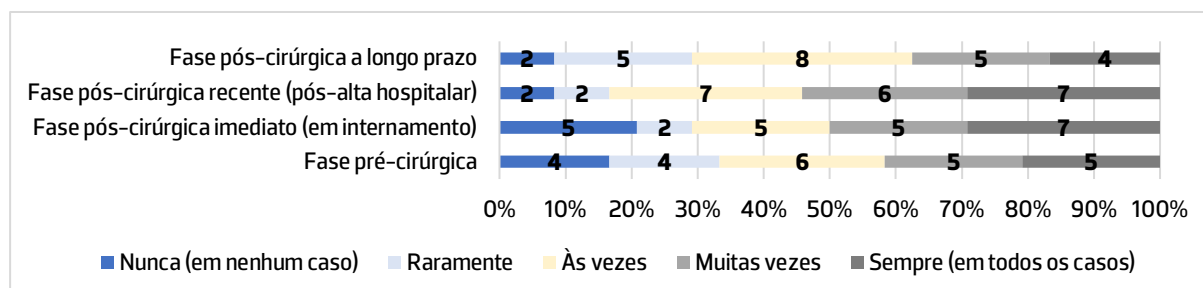
Frequência com os que os TF incentivam os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos em cada fase (N=24)



Pela análise da Figura 29 constata-se que a maioria dos TF considera que a fase onde o contacto da PclT com outras pessoas em situação semelhante é promovido com mais frequência (sempre e muitas vezes) é a fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) (54,2%). A fase onde este contacto se verifica com menos frequência é a fase pós-cirúrgica a longo prazo (37,5%). De salientar que 33,3% dos TF referem que é pouco comum (nunca ou raramente) a promoção deste contacto na fase pré-cirúrgica.

Figura 29

Frequência com os que os TF promovem o contacto da PclT com outras pessoas em situação semelhante (N=24)



No que diz respeito ao tempo médio de intervenção, em meses, de cada área de intervenção, a média do tempo total de intervenção é de 9 meses, com um desvio padrão de 6,06 (Tabela 4). Relativamente a cada área de intervenção, a média para a reabilitação da respiração é de cerca de 4 meses (DP de 2,62), para a reabilitação olfativa ronda os 3 meses (DP de 3,27), para a reabilitação da deglutição está próximo dos 5 meses (DP de 5,12), para a reabilitação da LE, da VTE e da VM ronda os 3 meses (DP de 2,76; 3,30; 2,68, respetivamente), para a reabilitação da VE é de 6 meses (DP de 4,90) e, por fim, para a dinâmica comunicativa é de 5 meses (DP de 3,49).

Tabela 4

Tempo médio de intervenção (em meses) (N=24)

| Área de Intervenção | Média | DP | Min. | Máx. |
|----------------------------|-------|------|------|-------|
| Reabilitação respiratória | 3,83 | 2,62 | 0,00 | 12,00 |
| Reabilitação olfativa | 3,38 | 3,27 | 0,00 | 12,00 |
| Reabilitação da deglutição | 4,54 | 5,12 | 0,00 | 24,00 |
| LE | 2,67 | 2,76 | 0,00 | 12,00 |
| VE | 6,21 | 4,90 | 0,00 | 24,00 |
| VTE | 3,29 | 3,30 | 0,00 | 12,00 |
| VM | 2,83 | 2,68 | 0,00 | 12,00 |
| Dinâmica Comunicativa | 4,58 | 3,49 | 0,00 | 12,00 |
| Tempo total de intervenção | 9,42 | 6,06 | 0,00 | 24,00 |

A Tabela 5 dá-nos a indicação do tempo médio de minutos de cada sessão terapêutica com a PCLT, sendo a moda 45 minutos, o tempo mínimo de sessão 30 minutos e o tempo máximo 60 minutos, com um DP de 7,79 minutos.

Tabela 5

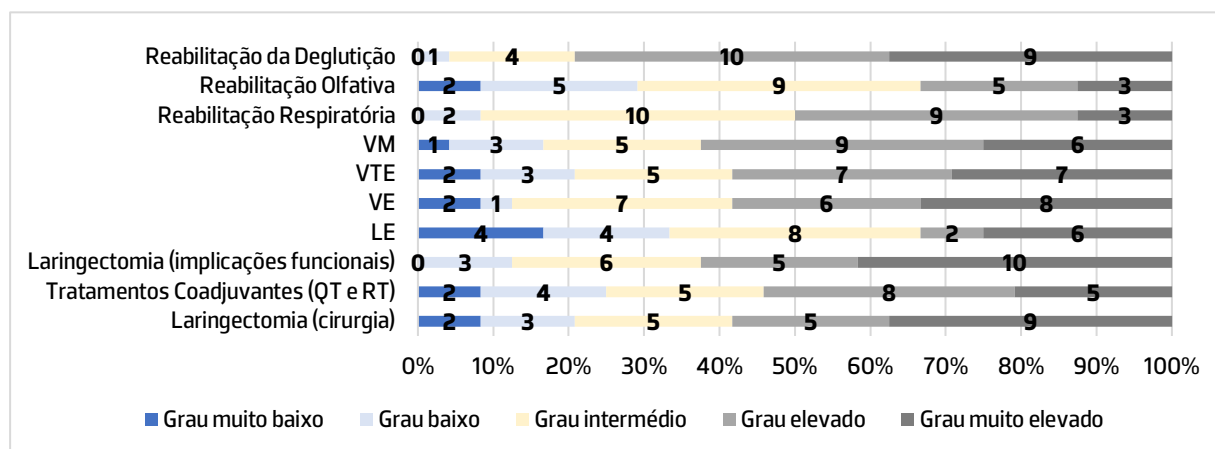
Tempo médio de sessão (em minutos) (N=24)

| Média | DP | Moda | Min. | Máx. |
|-------|------|-------|-------|-------|
| 42,71 | 7,79 | 45,00 | 30,00 | 60,00 |

Quanto à informação relativa aos domínios descritos (Figura 30), os TF referiram, na generalidade, que possuem um grau elevado/muito elevado de informação (>50%) relativamente à reabilitação da deglutição, laringectomia (implicações funcionais), VM, VTE, VE, laringectomia (cirurgia), tratamentos coadjuvantes e reabilitação respiratória. Abaixo de 50% está unicamente a LE e a reabilitação olfativa.

Figura 30

Informação dos TF relativamente aos domínios descritos (N=24)



Nos resultados do estudo verificou-se que 50% dos TF se mantêm informado através de formação, salientando 58,3% que este meio poderá contribuir para a atividade profissional nesta área, enquanto 20,8% da amostra se instrui através de literatura. 20,83% revelam que os estágios oferecem um contributo no desempenho desta área terapêutica. Como aspetos contributivos acrescentaram a possibilidade de realizar formações práticas, a literatura e a pertinência de existirem colegas com motivação para trabalhar nesta área, dispersos pelo país, de modo a prevenir a desistência dos pacientes da reabilitação.

5. Discussão

Feita a apresentação dos resultados cabe agora efetuar uma análise pormenorizada relativamente às implicações dos mesmos para o conhecimento do estudo em questão, entrecruzando com os resultados dos estudos publicados e com a bibliografia consultada.

Este estudo teve como objetivo principal caracterizar as práticas profissionais dos TF na intervenção com a Pessoa com Laringectomia Total (PcLT).

Da amostra total, a maioria dos TF (69%) referiu não trabalhar com esta população por falta de oportunidades (33,13%) e por não se identificar com a temática. Verifica-se que a maioria da amostra deste grupo refere não trabalhar com a PcLT por falta de oportunidades e por não se identificar com a temática, totalizando 59,30% da amostra deste grupo. De destacar que 34,4% da amostra refere ter falta de conhecimento e falta de gosto pela temática. Isto poderá ser explicado pelo facto de não terem tido oportunidade de contactar com esta área. No Brasil, onde os cursos de fonoaudiologia têm uma duração de 4 anos (como em Portugal), há pouca ênfase na reabilitação de pacientes com cancro da cabeça e pescoço (Vartanian et al., 2013).

Esta evidência bate certo com o tipo de informação que os TF referem mostrar na maioria dos domínios descritos pois, globalmente, consideram estar pouco ou nada informados, oscilando entre os 60% e os 80%.

Os domínios onde manifestam um grau superior de informação (ronda os 50%) são os domínios da reabilitação da deglutição e da reabilitação respiratória. A área da deglutição constitui uma área comum de intervenção da

TF noutras patologias. A par destes dados, referem maioritariamente (73,79%) que gostariam pouco (pouco ou muito pouco) de trabalhar com PcLT. Hipoteticamente poderão ter receio da sua intervenção com esta população pela falta de informação, ou não se sentir preparados para lidar com uma área tão sensível como a oncologia.

A maior parte dos TF que participou no segundo grupo de estudo trabalha com PcLT em hospitais. A vivência do cancro e a perda da comunicação e a alteração do processo alimentar envolvem uma reorganização de toda a visão do indivíduo sobre si mesmo, das relações interpessoais e do mundo. A atuação do TF junto ao paciente oncológico de cabeça e pescoço ainda é pouco propagada no nosso meio. Acredita-se que a TF, principalmente quando inserida num ambiente hospitalar, pode contribuir de forma bastante eficaz na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com cancro (Lima et al., s.d.). A clínica privada também aparece referida, mas com uma frequência muito menor. Seria relevante perceber se as necessidades de intervenção em TF por parte das PcLT se esgotam no tratamento que recebem em contexto hospitalar. Também é importante perceber qual a percentagem de PcLT que tem acesso aos serviços de TF e qual a que eventualmente fica com a reabilitação comprometida devido a aspetos como, por exemplo, a distância a hospitais. Seria relevante saber quantos hospitais públicos possuem resposta para PcLT e o que fazem para encaminhar PcLT para o exterior quando estas residem longe. Em que medida outras instituições estão, ou poderiam estar preparadas para dar resposta fora dos hospitais? Estas questões não foram abordadas, mas são relevantes para uma melhor compreensão dos serviços de TF prestados.

A presença do TF no meio hospitalar ajuda a justificar por que razão é na fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) e pós-cirúrgica imediata (em internamento) que há um maior número de atendimentos. As fases pós-cirúrgica a longo prazo e pré-cirúrgica ocupam os lugares seguintes, revelando o TF nem sempre é chamado a participar no processo antes da cirurgia e que, eventualmente, há casos cujo atendimento a longo prazo é encaminhado para fora do hospital, ou, simplesmente, não beneficiam de intervenção.

A maioria da amostra refere que encontra com frequência, na PcLT, os tratamentos com RT (70,8%) e QT (54,2%). Kowalski et al. (1996) referem que os pacientes com doença avançada inicialmente tratada por cirurgia irão necessitar de RT no período pós-cirúrgico, o que pode piorar o quadro funcional. Deste modo, poder-se-á pensar que Portugal está a efetuar um diagnóstico tardio nesta patologia. A RT e a QT são armas terapêuticas que podem ser utilizadas isoladamente ou em associação, complementando-se, por vezes (Saunders et al., 2007; Smeele, 2007).

A colocação da PF numa cirurgia secundária ocorre com uma constância inferior (8,3%) à colocação de PF na cirurgia primária (29,2%). Estes dados assumem um carácter positivo e estão de acordo com o que refere Brown et al. (2003), ao afirmar que as vantagens da colocação de PF numa cirurgia primária incluem evitar um segundo procedimento cirúrgico e a restauração precoce da voz. Os dados apontam para procedimentos semelhantes aos realizados nos EUA pois, segundo Hinni e Crujido (2013), quando uma LT tradicional é realizada, preferem realizar uma PF antes do encerramento da faringe. Apenas os pacientes submetidos à reconstrução com retalho para substituir parte ou toda a faringe é que não recebem a colocação primária de PF, acabando por efetuar uma colocação tardia nesses pacientes. Na Austrália, Krishnan e Maclean (2013) referem

que este procedimento é realizado preferencialmente no momento da LT, como procedimento primário, pois, como um procedimento secundário, normalmente está relacionada a fatores como um risco aumentado de formação de fístula faringocutânea ou rutura da ferida.

Nas LT, por exemplo, o TF deve expor ao paciente os recursos terapêuticos disponíveis e auxiliá-lo a escolher o meio de reabilitação vocal que melhor se adapta a ele, especificamente. A não apresentação de todos os recursos de produção vocal alaríngea pode ser considerada uma atitude antiética e centralizadora, desviada de um modelo de práticas centradas na pessoa. A opção final deve ser sempre do paciente (Vicente, 2000).

O estudo mostrou que a VTE é a voz alaríngea mais utilizada, seguida da VE. A voz menos utilizada é a LE. Não foram encontrados estudos que retratassem a prática de reabilitação vocal em PCLT em Portugal ao longo do tempo, mas a percepção é que a VTE tem vindo a tornar-se predominante em relação à VE. Este facto está de acordo com o que acontece na América do Sul. Os autores do estudo indicam que a VTE foi considerada a melhor opção no que diz respeito à qualidade e satisfação do paciente, sendo atualmente o método de reabilitação mais frequente nos países desenvolvidos (Vartanian et al., 2013). Os mesmos autores referem ainda que, nos países em desenvolvimento, onde os custos podem ser um fator de limitante, a VE pode ser a primeira opção. O presente estudo é concordante com o estudo realizado na Austrália, sendo a VTE o tipo de voz alaríngea preferencialmente usado na reabilitação (Krishnan & Maclean, 2013).

O acesso e participação das próteses fonatórias por parte do Sistema Nacional de Saúde e a preparação técnica das equipas hospitalares para realizar a intervenção cirúrgica necessária poderão explicar esta evolução. A VE não deve, contudo, ser desvalorizada, já que é muito frequente como 2ª opção, o que mostra que um grande número de PCLT precisam de recorrer a este método como tipo de reabilitação. Como é também descrito neste estudo, é na VE que o tempo de terapia é superior (6 meses), o que revela a sua dificuldade, indiciando que é também nesta opção que o TF assume uma maior relevância e diferenciação.

De uma forma geral, os TF referem que as opções de comunicação das PCLT acompanhadas é frequentemente semelhante entre VTE e VE. Embora o padrão funcional alcançado seja melhor na VTE, a percepção de impacto da VE consegue ser ainda superior.

Os dados da voz alaríngea mais utilizada em Portugal (de acordo com o presente estudo) estão em harmonia com o estudo realizado em Hong Kong, com 184 laringectomizados, onde mais de 90% dos pacientes tiveram restauração da fala através de vários métodos de fala alaríngea e, de longe, o meio mais comum foi a VTE (44,6%) e a LE (32,6%) (Chan, 2013). No entanto, os estudos não corroboram este estudo no que se refere à LE, já que a VM e a LE são os meios menos utilizados em Portugal.

A realidade do uso dos diferentes tipos de voz alaríngea difere pelo mundo, podendo estar relacionada com fatores económicos, sociais ou com a maturidade dos próprios sistemas de saúde. Na Austrália o método mais frequente de reabilitação vocal é a VTE, sendo a colocação da prótese realizada, preferencialmente, no momento da LT, como procedimento primário (Krishnan e Maclean, 2013).

Por outro lado, no Brasil, a VE é o método mais utilizado, devido ao facto de ter um baixo custo e ser mais natural e fisiológica do que os outros (Kowalski, 2000).

O presente estudo está alinhado com a perspetiva da Holanda, também um país Europeu, onde a VTE predomina, tendo o uso da VE e da LE passado para métodos secundários (van der Molen et al., 2013)

Também é concordante com a América do Sul, onde a VTE foi considerada a melhor opção quanto à qualidade e satisfação do paciente, sendo atualmente o método de reabilitação mais comum em países desenvolvidos (Vartanian et al., 2013).

O presente estudo mostra que é importante os TF estarem preparados para dar resposta a PcLT, independentemente da opção selecionada. Contudo, a VTE e a VE são as mais frequente e com maior impacto, pelo que poderá ser importante alargar o número de profissionais e instituições preparados para dar este tipo de respostas.

Os resultados demonstraram que a maioria dos TF avalia e intervém ao nível das competências comunicativas da PcLT. O tipo mais frequente de intervenção é a terapia individual (91,6%). Já ao nível da dinâmica comunicativa da PcLT e da sua família/cuidadores, a maior parte dos participantes avalia frequentemente (98%), mas a intervenção é consideravelmente menor (38%). A terapia familiar é uma ação muito pouco frequente, contudo, extremamente valorizada pelos TF. Seria relevante perceber a razão desta diferença, que poderá ser justificada pela eventual presença de familiares numa fase inicial do processo de terapia, a partir do qual a PcLT possa dar continuidade ao tratamento com um menor acompanhamento familiar. Outros fatores podem justificar esta realidade, nomeadamente a vontade da própria PcLT, restrições impostas pelas dinâmicas hospitalares, entre outras.

Apesar de se verificar uma reduzida intervenção com a família/cuidadores, os TF assumem uma intervenção frequente na dinâmica comunicativa da PcLT em diferentes contextos comunicativos das suas rotinas diárias, o que aparenta ser um contrassenso, já que a família/cuidadores podem ser facilitadores desta mesma dinâmica. Seria importante perceber como o fazem, assumindo que a grande parte dos atendimentos é realizada em meio hospitalar, ou seja, com acesso restrito aos contextos naturais da PcLT. As terapias com regularidade semanal e bissemanal foram igualmente consideradas como frequentes (75,0% e 62,5%), apesar de ser atribuída maior importância à bissemanal. Quanto às consultas multidisciplinares, os participantes referiram ser frequente em mais de 41,7% dos casos.

Silva et al. (2015) referem que as sessões de grupo devem iniciar o mais rápido possível após a LT. Davatz (2011) refere que existe a necessidade de divulgar os benefícios da terapia de grupo na reabilitação da PcLT, de modo que este método seja implementado em hospitais, clínicas e outros locais que trabalhem com estes pacientes, pois, no seu estudo, este facto demonstrou favorecer o aumento da QdV. Expõe ainda que os benefícios deste atendimento são tão grandes que, vários doentes, mesmo após a reabilitação vocal, continuam a frequentá-lo como co-terapeutas, de modo a auxiliarem a desenvolver novas vozes.

Assumindo que a terapia de grupo, apesar de não ser muito frequente, existe e é valorizada, será relevante refletir sobre os motivos para a sua não adoção. Pode haver aspetos organizacionais que limitem esta prática, ou mesmo necessidade de preparação/formação para orientar este tipo de intervenção. Seria relevante descrever e caracterizar as práticas que já existem, bem como qual o papel das PcLT já reabilitadas. São conhecidas associações (p.e. Associação Portuguesa dos Limitados da Voz) e grupos que emergem deste tipo

de práticas (p.e. Grupo Coral de Laringectomizados do Hospital de Braga). Poderá ser importante disseminar o papel do TF nestes contextos e estimular a sua expansão para outras regiões e instituições.

Segundo Vicente (2000), é indispensável que toda a equipa esteja sintonizada, todos têm as suas atribuições e igual importância no processo de tratamento. A equipa deve ter como meta única a reintegração biopsicossocial do paciente e todos os recursos de avaliação e tratamento devem ser disponibilizados em prol de uma melhor QdV.

O diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos doentes com cancro da cabeça e pescoço é complexo, devendo idealmente envolver equipas multidisciplinares que, forçosamente, deveriam incluir otorrinolaringologistas, oncologistas médicos, radiologistas, radioterapeutas, dentistas/estomatologistas, cirurgiões plásticos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, TF, enfermeiros, fisiatras e fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, protésicos e assistentes sociais, sendo os serviços prestados por estes profissionais tanto mais eficazes quanto maior for a capacidade de integração e de comunicação entre eles (Vieira & Monteiro, s.d.). Para os mesmos autores, tendo em conta que esta é uma área deveras diversificada e em ampla expansão técnica, torna-se indispensável a intervenção dos vários profissionais intervenientes no processo. Monteiro (2020) refere que, para defender pontos de vista em sede de consulta multidisciplinar, é necessário demonstrarmos credibilidade técnica e científica, quer individual quer por parte dos Serviços, pois só assim é possível ao TF ser ouvido, reconhecido e respeitado.

Nos EUA destacam-se encaminhamentos para especialidades como: Oncologia de Radiação, Oncologia Médica, TF, Enfermagem e Serviços Sociais. (Hinni & Crujido, 2013). Owen e Paleri (2013) referem que todos os pacientes no Reino Unido têm acesso a um psicólogo especializado em oncologia de cabeça e pescoço, que deverá estar disponível em todas as equipas.

Esta intervenção está de acordo com o que refere Köhle et al., (2004) quando menciona que a avaliação da eficácia da intervenção destes profissionais deve ser avaliada e quantificada, ponderando e avaliando os aspetos de melhoria subjetiva e objetiva que a terapia pode, de facto, garantir à PcLT, mas também os eventuais malefícios decorrentes da intervenção terapêutica.

Os resultados do presente estudo estão alinhados com as práticas descritas na literatura internacional e mostram interação do TF com vários profissionais, embora muito mais forte com médico otorrinolaringologista, o enfermeiro e o nutricionista, seguindo-se o fisioterapeuta e o psicólogo. Não foi objeto de estudo o tipo de relação estabelecida nem o modelo de trabalho de equipa, pelo que estudos futuros poderão explorar esta questão.

No que respeita à função dos TF na reabilitação das PcLT, o estudo revelou que 70,8% das vezes (sempre ou muitas vezes) o TF participa na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea. O estudo está de acordo com a realidade Chinesa descrita por Chan (2013), onde refere que os pacientes são avaliados regularmente por TF que fazem aconselhamento e treino, de modo garantir a melhor qualidade da voz alaríngea. Camargo (2001) concorda com o referido ao afirmar que as funções dos TF na área incluem desde o suporte às perturbações da comunicação e alimentação pré e pós-intervenções, ao estudo e apresentação de resultados funcionais

decorrentes de diferentes modalidades de tratamento, bem como a orientação e suporte familiar no que se refere às sequelas mencionadas.

A intervenção do TF não se deve limitar ao paciente. Muitas vezes, como já mencionado anteriormente, a intervenção junto dos familiares é necessária. A relação familiar, com frequência, sofre alterações, fazendo com que os familiares se sintam despreparados para agir com o seu familiar doente. O desconhecimento do que e de como fazer para ajudar na recuperação, acabam por isolar o paciente da família. Outras vezes, a família envolve-se no processo de recuperação e assume um comportamento que pode até ser excessivamente zeloso para com o paciente, levando-o a um papel passivo e comprometendo a sua autonomia. Cabe ao TF orientar a família e fazer com que esta participe ativamente na reabilitação do doente (Vicente, 2000).

A maioria dos TF do estudo tem como práticas mais frequentes a terapia individual, seguida de terapia familiar e terapia de grupo, as quais recebem uma valorização de importância na mesma ordem.

Globalmente (sempre ou muitas vezes), a PcLT é, em 37,5%, convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea na fase pós-cirúrgica a longo prazo, na fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) e na fase pré-cirúrgica. O estudo está de acordo com os autores Carrara-de Angelis e Martins (2000), Köhle et al. (2004) e Mello (2001) quando referem que a intervenção terapêutica deve iniciar-se na fase pré-cirúrgica, embora a intervenção mais proeminente decorra no pós-operatório, logo que as condições clínicas do doente e o cirurgião o permitam. A avaliação pré-operatória é importante para avaliar as morbilidades, a capacidade e o estilo de expressão verbal, o estado cognitivo e as capacidades de audição e de escrita, e, ainda, esclarecer os doentes quanto ao tipo de sequelas conjeturáveis e formas de as minorar (Sparano et al., 2004). Numa realidade da Índia é descrito que todos os pacientes são orientados no pré-operatório quanto ao modo de comunicação e seu mecanismo pelo cirurgião e pelo TF e a Terapia da Fala é iniciada após a cirurgia, quando o paciente inicia a alimentação via oral (Chaukar et al., 2013).

O acompanhamento dos doentes deve iniciar-se no momento do diagnóstico e prolongar-se o tempo necessário até à aquisição de autonomia funcional. Ao longo deste período pré, peri e pós tratamento, diversos profissionais diferenciados poderão estar envolvidos, de acordo com as modalidades terapêuticas adotadas e as necessidades do doente (Casper & Colton, 1998; Furkim & Carrara-de Angelis, 2000; Köhle et al., 2004; Kowalski, 2000; Manison & Ward, 2007; Perkins et al., 2007; Saunders et al., 2007).

Vieira e Monteiro (s.d.) referem que o TF deverá assim participar na avaliação, na orientação e na reabilitação, direcionando a sua ação para o doente, com o objetivo de uma plena reintegração biopsicossocial. Assim, segundo os mesmos autores, os TF possuem um papel ativo na reabilitação dos doentes submetidos a cirurgias por tumores da cabeça e do pescoço, intervenção esta que se deverá iniciar no período pré-operatório, justificando-se a integração destes profissionais em todos os serviços oncológicos.

No período pós-operatório, devem ser revistos e reforçados os conceitos fisiológicos da produção de voz normal e patológica, e dadas respostas a dúvidas que eventualmente ainda persistam, tranquilizando o doente e os seus familiares, estabelecer metas funcionais realistas, reforçar as alterações decorrentes do ato cirúrgico realizado, e verificar as capacidades do doente para se adaptar a essas modificações (Camargo, 2001; Camargo, 2003; Carrara-de Angelis 2000; Köhle et al., 2004; Logemann, 1998; Nemr, 1998; Nemr & Lehn,

2004; Sparano et al., 2004). Nesta fase deve ainda ser discutido o plano de reabilitação e deixar informação escrita para que o doente e os familiares possam ter contacto com as diversas metodologias da intervenção terapêutica (Casper & Colton, 1998). Uma má preparação pré-cirúrgica pode resultar numa reação negativa no pós-operatório que pode inviabilizar a reabilitação (Doyle, 1994).

O período anterior à cirurgia e o ano que se segue após ela são momentos de grande fragilidade emocional e de comprometimento da qualidade de vida para pacientes com cancro de laringe, tanto por questões funcionais, como estéticas, psicológicas e sociais, requerendo, portanto, a devida atenção da equipa multidisciplinar de saúde (Lima et al., 2011).

Nos EUA os resultados corroboram este estudo, pois defendem que os melhores resultados são encontrados através de um planeamento pré-cirúrgico multidisciplinar cuidadoso que inclui esforços educacionais pré-cirúrgicos robustos, técnica cirúrgica meticulosa, atendimento hospitalar atencioso, acompanhamento pós-cirúrgico cuidadoso e regular, incluindo educação contínua e TF (Hinni & Crujido, 2013).

Hinni e Crujido (2013) indagam que o envolvimento precoce do TF é, muitas vezes, importante para os melhores resultados vocais. Os esforços para melhorar a comunicação funcional na população com laringectomia iniciam antes do paciente ser submetido à cirurgia. Durante a avaliação pré-operatória do paciente com o TF, é recomendado que o paciente leve um quadro branco, pois a linguagem escrita muitas vezes torna-se o principal modo de comunicação do paciente. No pós-operatório, são disponibilizadas LE e o TF orienta os pacientes sobre o uso do adaptador intraoral como alternativa à colocação do pescoço.

O término da intervenção terapêutica deve ser definido entre o terapeuta e o doente, tendo em consideração as necessidades comunicativas, sabendo-se que esta irá depender do número e da funcionalidade das estruturas remanescentes, do seu máximo aproveitamento e, em última análise, da eficácia da intervenção dos TF (Köhle et al., 2004). van der Molen et al. (2013) referem que, na Holanda, a maioria dos pacientes com LT permanece em acompanhamento pelo resto da vida.

A maioria dos TF referiu que são sempre explicados os vários tipos de alternativas à voz laríngea à PCLT na fase pré-cirúrgica, sendo que mais de 60% mencionaram participar sempre na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea. Este resultado está de acordo com o que refere Chaukar (2013), que afirma que o sucesso da restauração da voz depende tanto do trabalho de reabilitação e da motivação do paciente, quanto da experiência do cirurgião. Na China, a educação do princípio de cada tipo de reabilitação vocal e os prós e contras de cada um será fornecida pelo TF (Chan, 2013). O objetivo é ajudar o paciente a escolher seu método preferido de reabilitação da fala. Contudo, se o paciente não puder decidir antes da cirurgia ou se desejar mudar para outro tipo de fala laríngea, a punção traqueoesofágica secundária ou o fechamento da fístula previamente criada podem ser realizados a qualquer momento após a cirurgia inicial.

A generalidade dos TF mencionou que na maior parte das vezes a alternativa à voz laríngea não necessita de ser alterada. Este parece ser um fator positivo e pode ser associado ao papel do TF e da própria PCLT no processo de decisão informada, tal como descrito por Krishnan e Maclean (2013). No mesmo sentido, verificou-se que, na maioria das vezes, são explicados os vários tipos de alternativa de voz laríngea à PCLT. Os resultados demonstraram que a PCLT é frequentemente incluída no processo de reabilitação (82%), bem como a sua

família (79%). Isto revela uma sensibilidade dos profissionais para as práticas centradas na pessoa e na família, embora, como já foi referido anteriormente, os TF tivessem considerado que intervêm cerca de 38% na dinâmica comunicativa da PcLT e da sua família/cuidadores.

Os TF consideram muito relevante (muito importante ou importante) o atendimento em Terapia da Fala da PcLT na fase pré-cirúrgica. Tal acontece também no Reino Unido, onde todos os pacientes são avaliados na fase pré-operatória por um TF especialista, por um enfermeiro especialista e por um nutricionista (Owen & Paleri, 2013).

As estruturas anatómicas da cabeça e do pescoço, sendo parte integrante do sistema respiratório e digestivo, partilham funções como a respiração, a mastigação e a deglutição. Assim, a ressecção de parte ou da totalidade de alguma destas estruturas, vai interferir diretamente naquelas funções (Tonini, 2004), por isso, a intervenção dos TF tem benefícios evidentes no sentido de adaptar as estruturas alteradas a funções como a comunicação e a deglutição. O trabalho do TF deve proporcionar uma reabilitação rápida e eficaz, com o objetivo de equilibrar o funcionamento daquelas estruturas, aprimorando assim o estado psicossocial e emocional dos doentes (Gulfier, 2005).

Grande parte dos TF atua frequentemente, ao nível da deglutição, intervém na motricidade orofacial, na modificação da consistência alimentar e nas manobras posturais muitas vezes. O estudo é corroborado por Seif (2001), quando afirma que o objetivo principal da intervenção dos TF é dirigido ao restabelecimento de padrões de comunicação e alimentação, através de um trabalho direcionado para as estruturas remanescentes, tendo sempre em conta as limitações e as motivações dos doentes.

Vartanian et al. (2013) referem, no estudo que efetuaram, que no hospital a reabilitação da deglutição habitualmente se inicia após a cirurgia ou durante os protocolos de preservação da laringe. Mencionam ainda que este tratamento inclui o treino de força, a modificação da dieta e as manobras posturais e de proteção das vias aéreas (van der Molen et al., 2013).

Tal como no presente estudo, na Austrália realizam-se tentativas de mudança na consistência dos alimentos e nas manobras posturais para maximizar a abertura faríngea. A disfagia grave, que não responde à técnica de dilatação por balão ou requer várias dilatações regulares, é considerada para reconstrução e usa retalhos vascularizados livres como um remendo ou, raramente, como um tubo (Krishnan & Maclean, 2013). Na Europa, a este nível, costuma ser necessária a dilatação regular da estenose e, em casos excecionais, a reconstrução parcial da faringe, com um retalho usado como remendo, ou uma reconstrução circunferencial completa, pode ser a única solução para recuperar a ingestão oral. Os autores referem que não foi descrito nenhum programa específico de reabilitação da deglutição para PcLT (van der Molen et al., 2013).

No que toca à reabilitação da função respiratória, os TF da amostra utilizam habitualmente o HME. Este método também é utilizado na América do Sul e, segundo Vartanian et al. (2013), é um método eficaz e pouco dispendioso para reabilitar o olfato em pacientes após a LT, além de persistir a longo prazo. Na China, Hinni e Crujido (2013) referem que o objetivo final é ter todos as PcLT equipadas com um HME antes de deixar o hospital. Num estudo controlado randomizado de 53 laringectomizados que receberam humidificação externa

padrão ou foram equipados com sistemas HME, a usar um alojamento interno, houve evidências para apoiar as vantagens da humidificação pós-operatória imediata com um sistema HME (Mérol et al., 2012).

Tal foi igualmente verificado por Araújo et al. (2017), ao referir que se verificou uma redução das queixas de tosse e uma diminuição da produção de muco nos pacientes que utilizaram o HME. No entanto, os autores consideram que as evidências científicas que comprovam os benefícios deste dispositivo e a importância do seu uso ainda são restritas. Este estudo constatou que a autoavaliação de aspetos da respiração e da voz esofágica progrediram após o uso do HME durante duas semanas. Embora o HME tenha sido utilizado por um tempo relativamente curto, o resultado confirma clarezas de benefícios deste dispositivo, não apenas a longo prazo, mas também em períodos pós-operatórios mais breves (Cuspit et al., 2014; Parrilla et al., 2015). Na Alemanha, na Holanda e em França a reabilitação pulmonar também é geralmente realizada por HME (van der Molen et al., 2013). Segundo os mesmos autores, na Holanda a implementação do uso de HME pós-operatório imediato no hospital é bastante fácil, porque para as administrações hospitalares, o tempo de enfermagem reduzido e os custos de material são argumentos convincentes, superando mesmo os benefícios clínicos comprovados. Já na Índia o uso de HME é raro, possivelmente devido ao custo adicional à manutenção do dispositivo, sendo estes raramente, se alguma vez, prescritos ou usados (Chaukar et al., 2013). Em Portugal, a adoção mais frequente do HME será um ato relativamente recente, o qual estará provavelmente relacionado com o acesso a este produto de apoio por via do financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

Quanto à reabilitação do olfato e paladar, a literatura revela que podem ser ensinadas técnicas para melhorar o olfato, se necessário, e podem ser dados conselhos dietéticos aos pacientes com 'fadiga do paladar' (Owen & Paleri, 2013). A este nível, são poucos os TF que intervêm e o método usado mais frequentemente (apesar de inferior a 30%) é o NAIM. O uso do BL e do VDO é residual. Na América do Sul, o NAIM é o mais utilizado por se considerar que é um método barato e eficaz para restaurar o olfato na PcLT, e a experiência dos autores mostra que persiste em longo prazo (Vartanian et al., 2013). O mesmo acontece na Índia e na Austrália (Chaukar et al., 2013; Krishnan & Maclean, 2013). Na Europa é semelhante, desde a descoberta da NAIM (van der Molen et al., 2013). A reabilitação do olfato através da NAIM mostrou-se uma técnica bastante efetiva, de rápida e fácil aquisição, não necessitando de dispositivos, e com excelentes resultados na reabilitação do olfato e da qualidade de vida da PcLT. A sua inclusão como rotina no tratamento do LT é recomendada, em associação à reabilitação da comunicação e da função pulmonar imediatamente após a intervenção cirúrgica (Santos, 2016). O facto de a reabilitação do olfato em Portugal ser pouco frequente poderá ser explicado pela falta de informação/formação acerca da reabilitação olfativa, por parte dos TF, mas também por questões organizativas nas instituições de saúde onde os serviços são prestados. Poderá ainda haver uma menor valorização da relevância da função olfativa, quando comparada com as restantes funções afetadas na PcLT, o que leva esta componente da reabilitação para um nível secundário.

Ao longo da intervenção, os TF incentivam frequentemente como meio de CAA a escrita e, por vezes, incitam o quadro/tabela de comunicação e os gestos. A globalidade não promove o uso de outros meios de comunicação. O meio utilizado pela maioria dos TF em quase todas as fases é a escrita, à exceção da fase pré-cirúrgica, onde os TF consideraram que não se aplica o uso de os meios de comunicação aumentativos e/ou

alternativos. Matos et al. (2009) e Pelosi (2005) referem que um *software* de comunicação alternativa pode favorecer a participação social ativa dessas pessoas, permitindo que manifestem as suas escolhas, de acordo com seus desejos, sendo que o uso destes recursos, por parte de pessoas com laringectomias parciais ou totais, torna-se necessário desde os primeiros dias de pós-operatórios. O presente estudo está de acordo com o estudo realizado no Brasil por Figueiredo et al. (2019), onde as PcLT que não desenvolveram comunicação oral através da VE ou pela utilização da LE são orientadas a desenvolverem a comunicação escrita ou gestual, utilizando uma sobrearticulação (sem som), associada à mimica facial e gestos. Nos EUA, durante a avaliação pré-cirúrgica do paciente com o TF, é recomendado que o paciente leve um quadro branco, pois a linguagem escrita muitas vezes torna-se o principal modo de comunicação do paciente. No pós-operatório, a equipa de Enfermagem pode, alternativamente, fornecer aos pacientes um quadro de comunicação que consiste em palavras, frases e ilustrações que possibilitem que o paciente comunique os seus desejos e sentimentos básicos (Hinni & Crujido, 2013).

O contacto da PcLT com outras pessoas em situação semelhante é promovido com mais frequência na fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) (54,2%). A fase onde este contacto se verifica com menos frequência é a fase pós-cirúrgica a longo prazo (37,5%). Saliencia-se que 33,3% dos TF referem que é pouco comum a promoção deste contacto na fase pré-cirúrgica. O mesmo não acontece nos EUA, onde o paciente recebe a visita de uma PcLT do grupo de apoio no internamento. Acreditam que é significativamente útil para os pacientes e para os familiares e, desta forma, tornou-se uma prática que empregam com frequência na fase pré-cirúrgica (Hinni & Crujido, 2013). Aqui, o departamento de Otorrinolaringologia patrocina um grupo de apoio à laringectomia e fornece uma sala de aula para reuniões mensais, apoio administrativo e organização de convidados palestrantes.

Na China também são realizadas visitas pré-operatórias pelo grupo de autoajuda dos pacientes, de modo a que os pacientes tenham uma melhor compreensão da perspectiva dos usuários, o que é essencial para ajudá-los a escolher o método mais adequado às suas necessidades (Chan, 2013).

Esta prática também acontece na Holanda, como em muitos outros países europeus, onde há um grupo ativo e bem organizado da sociedade de pacientes para a PcLT. van der Molen et al. (2013) consideram que este grupo funciona como suporte e que também pode proporcionar orientadores de pacientes bem treinados, que aconselham rotineiramente os pacientes com uma LT agendada. Deduz-se, portanto, que a prática mais frequente nos países onde foram realizados estes estudos, é a prática menos frequente em Portugal. É importante perceber qual o motivo para tal não ocorrer. Sabendo que as associações de PcLT existem em Portugal, mas não estão distribuídas de forma homogénea pelo país, poderá ser relevante perceber qual a cobertura que estes voluntários conseguem assegurar. Da mesma forma, a relação estabelecida com os profissionais de saúde e a sua preparação para o papel que desempenham pode ser questionada. A mudança poderá passar por maior sensibilização e preparação de profissionais de saúde e voluntários, bem como por reorganização dos serviços hospitalares envolvidos.

Em média o tempo total de intervenção em TF ronda os 9 meses (DP de 6,06). No que diz respeito às diferentes formas de reabilitação da voz, o maior tempo é dedicado à VE, sendo as restantes mais rápidas. A reabilitação

da VE do presente estudo está de acordo com o estudo de Figueiredo et al. (2019), que apontam para os 6 meses e afirmam que este é o tempo necessário para que os pacientes consigam participar numa conversa espontânea. O mesmo confirmam os estudos de Furia et al. (2000). Note-se que a VTE apresenta um tempo de intervenção mais curto que a VE, para além de ser mais funcional. O mesmo confirmam Furia et al. (2000) e Singer et al. (2013) ao afirmarem que é obtida em poucas sessões de TF. A que apresenta um menor tempo de intervenção é a LE, como confirmam Jiménez et al. (2004) ao referirem que uma das vantagens deste tipo de reabilitação é a produção de fala imediata e com uma inteligibilidade aceitável. De entre as restantes funções, a deglutição é a que requer mais tempo e a olfativa o menor. Os autores Blanco e Botas (2011), Sabiá (2004) e Vicente et al. (2012) confirmam, ao referirem que a PcLT demora longos meses a recuperar a capacidade total de deglutir.

Nesta sequência, os TF informaram que detêm um grau elevado/muito elevado de informação (>50%) no que diz à reabilitação da deglutição, Laringectomia (implicações funcionais), VM, VTE, VE, laringectomia (cirurgia) e reabilitação respiratória. A LE e a reabilitação olfativa encontram-se abaixo dos 50%. Estes dados são justificados pelas práticas realizadas e mencionadas anteriormente. A LE é pouco usada em Portugal, assim como a reabilitação olfativa.

A generalidade dos TF manifestou que se mantém informado através de formação e consideram que este meio poderá contribuir para a sua atividade profissional nesta área. 20,8% da amostra obtém informação através de literatura.

6. Conclusão

Após a exposição do estudo e dos resultados do mesmo, reúnem-se as condições essenciais para a apresentação das principais considerações finais.

O presente estudo procurou descrever as práticas clínicas dos TF na reabilitação da PcLT em Portugal. Não é possível saber ao certo quantos TF intervêm com PcLT em Portugal. Este estudo teve uma amostra que, apesar de pequena, trouxe informações muito relevantes. Constatou-se que as práticas mais frequentes incluem: terapia individual (duração média de 45 minutos e desvio padrão de 7,79), semanal ou bissemanal, com o TF a participar com alguma frequência em consultas multidisciplinares. O atendimento é feito maioritariamente nas fases pós-cirúrgicas imediata ou recente e as opções de reabilitação da voz mais frequentes são a VTE e a VE. As abordagens de intervenção incluem: a PcLT e a família; a reabilitação vocal; a reabilitação da deglutição, com a inclusão maioritariamente de manobras posturais, modificação da consistência alimentar e motricidade orofacial; a reabilitação respiratória, efetuada através do HME; a reabilitação do olfato, prática pouco desenvolvida, mas realizada essencialmente através do NAIM; e, por último, a utilização de meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos de comunicação. Os TF consideram-se informados sobre a maioria das temáticas relevantes para a intervenção. Contudo, no que respeita às práticas descritas, algumas questões se levantam com base nos resultados: Por que razão a terapia inclui família/cuidadores com pouca frequência, apesar de os TF valorizarem esta intervenção? Por que razão a terapia de grupo é pouco referida? O que facilita ou limita a integração de PcLT voluntárias no processo terapêutico? Por que razão a reabilitação

do olfato é realizada de forma menos frequente que as restantes funções? Quais os modelos de equipa vigentes entre o TF e os restantes profissionais com que interage?

O contexto onde trabalham com esta população é, na sua maioria, o meio hospitalar. Este fator pode justificar o baixo número de TF da amostra a intervir com PcLT. Na verdade, os TF que não trabalham nesta área não o fazem essencialmente por falta de oportunidades e por não se identificarem com a temática. Este grupo não se considera informado acerca de todos os domínios relacionados com esta patologia, exceto com a intervenção respiratória e na deglutição, domínios que se encontram baixos, mas superiores aos anteriores. Verificou-se que a maioria desta amostra não gosta da área em questão, no entanto, salienta-se que 17,48% afirma ter um desejo médio pela intervenção nesta área.

Com a caracterização realizada foi possível identificar boas práticas e desafios para os TF em Portugal. As terapias de grupo são valorizadas, embora pouco praticadas, assim como terapia intensiva. O mesmo se passa com a reabilitação do olfato. Será importante considerar políticas que facilitem estas mudanças, que poderão passar por formação e/ou integração de TF nas áreas de residência, como é o caso de Centros de Saúde.

Sabendo que várias hipóteses foram levantadas ao longo do presente estudo, sugere-se, para futuras investigações, que se replique ou expanda este estudo, procurando numa amostra mais representativa efetuar inferências estatísticas que possam validar as informações aqui descritas sobre as práticas dos TF com PcLT. De forma complementar, seria relevante compreender as práticas dos TF na perspetiva das próprias PcLT e da família, procurando perceber em que medida as suas necessidades são integralmente atendidas nos serviços de saúde prestados. No mesmo sentido, a visão de outros profissionais sobre a TF pode ajudar a compreender o papel já encontrado nas equipas e quais os percursos que faltam para alargar o seu campo de atuação.

Também seria pertinente, num próximo estudo, discriminar o número de TF que trabalham no Serviço Nacional de Saúde. De igual modo, poderá efetuar-se um estudo baseado na recolha de dados junto dos TF com experiência nesta área de atuação. Igualmente, seria interessante verificar se os dados encontrados no presente estudo, que dizem respeito à realidade atual, estarão relacionadas com a pandemia da doença COVID-19. Assume-se também pertinente estudar e comparar as práticas que existem em Portugal, com a inclusão de estudos multicêntricos.

A intervenção na área da LT tem sofrido evoluções constantes e cabe ao TF atualizar-se para poder dar o melhor contributo possível. A tecnologia evolui rapidamente, pelo que é esperado que novas modalidades possam surgir para facilitar a comunicação das PcLT, ou outras funções que viram limitadas. A Terapia da Fala em Portugal parece acompanhar as tendências internacionais, pelo que será relevante estudos futuros voltarem a estudar a temática para analisar as evoluções realizadas.

Referências Bibliográficas

- Abrahão, M., Santos & R. O. Cervantes, O. (2000). Laringectomias parciais. In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 105-112). Lovise.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). (2021, 9 de julho). <http://www.acss.min-saude.pt>
- Agra, I. M., Ferlito, A., Takes, R. P., Silver, C. E., Olsen, K. D., Stoeckli, S. J., Strojan, P., Rodrigo, J. P., Gonçalves Filho, J., Genden, E. M., Haigentz, M., Jr, Khafif, A., Weber, R. S., Zbären, P., Suárez, C., Hartl, D. M., Rinaldo, A., Kim, K. H., & Kowalski, L. P. (2012). Diagnosis and treatment of recurrent laryngeal cancer following initial nonsurgical therapy. *Head & neck*, *34*(5), 727-735. <https://doi.org/10.1002/hed.21739>
- Almeida, C. A. M. C. B. (2013). *Transdisciplinaridade em intervenção precoce na infância: Percepção de uma Equipa Local de Intervenção*. Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- Althoff, C. R. (2002). Delineamento uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In I. Elsen, S. S. Marcon, M. R. S. Silva (Eds.), *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Eduem.
- Antunes, S. C. M. (2012). *A qualidade de vida do doente laringectomizado total por cancro da laringe e alguns fatores com ela relacionados* [Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/25060>
- Aprigliano F., & Mello L. F. P. (2006). Surgical treatment of laryngeal cancer. Analysis of 1055 cases. *Arq Int Otorrinolaringol*, *10*(1), 36-45.
- Araújo, S.A., Grellet, M., Pereira, J. C., & Rosa, M. O. (2002). Normalização de medidas acústicas da voz normal. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, *68*(4). <https://doi.org/10.1590/S0034-72992002000400014>
- Atos Medical. Permutador de Calor e Humidade (HME) [Digital image]. Retrieved from <https://www.atosmedical.pt/apoio/permutador-de-calor-e-humidade-hme/>
- Attieh, A. Y., Searl, J., Shahaltough, N. H., Wreikat, M. M., & Lundy, D. S. (2008). Voice restoration following total laryngectomy by tracheoesophageal prosthesis: effect on patients' quality of life and voice handicap in Jordan. *Health and quality of life outcomes*, *6*, 26. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-26>
- Augusto, N. (2012). *Qualidade de vida vocal em Laringectomizados Totais*. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde.
- Barbosa, L. N. F., & Francisco, A. L. (2011). Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéia*, *21*(48), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100009>
- Behlau, M., Gielow, I., & Gonçalves, M. I. (2005). Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. In M. Behlau (Ed.), *Voz – o livro do especialista* (vol. II, pp. 213-285). Revinter.
- Behlau, M., Pontes, P. A. L., & Ziemer, R. (1987). Reabilitação Vocal do Paciente Laringectomizado. In L. P. Ferreira, (Ed.), *Trabalhando a Voz: vários enfoques em Fonoaudiologia* (pp. 139-154). Summus.
- Behlau, M., Pontes, P., & Moreti, F. (2018). *Higiene Vocal: Cuidando da voz* (5ªed.). Thieme Revinter.

- Bieñ, S., Rinaldo, A., Silver, C. E., Fagan, J. J., Pratt, L. W., Tarnowska, C., Towpik, E., Weir, N., Folz, B. J., & Ferlito, A. (2008). History of voice rehabilitation following laryngectomy. *Laryngoscope*, *118*(3), 453–458. <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31815db4a2>
- Birgin, D. (2004). Afectos y familia: La familia del paciente oncológico. In L. Aresca, D. Birgin & S. Blum (Eds.), *Psiconcología: Diferentes miradas* (pp. 27–41). Lugar.
- Blanco, M. A. B., & Botas, J. H. G. (2011). Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe. *Acta Otorrinolaringol Esp* *62*(2), 103–112.
- Brook, I., Bogaardt, H., & van As-Brooks, C. (2013). Long-term use of heat and moisture exchangers among laryngectomees: medical, social, and psychological patterns. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, *122*(6), 358–363. <https://doi.org/10.1177/000348941312200602>
- Brown, D. H., Hilgers, F. J., Irish, J. C., & Balm, A. J. (2003). Postlaryngectomy voice rehabilitation: state of the art at the millennium. *World journal of surgery*, *27*(7), 824–831. <https://doi.org/10.1007/s00268-003-7107-4>
- Caixeiro, L. I. A. (2019). Os fatores de risco na incidência do cancro da laringe [Dissertação de mestrado integrado em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/43231>
- Caldas, A. S. C., Fecundes, V. L. D., Melo, T. M. A. Filho, M. G. D., Júnior, P. F. P.; Silva, H. J. J. (2011). Alterações e avaliação das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. *J Soc Bras Fonoaudiol. São Paulo*, *23*(1), 82–88. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000100017>
- Caldas, A. S., Facundes, V. L., Cunha, D. A., Balata, P. M., Leal, L. B., & da Silva, H. J. (2013). Gustatory and olfactory dysfunction in laryngectomized patients. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, *79*(5), 546–554. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130099>
- Calvas, O. I. J., Ramos, D. M., Matos, L. L., Kulcsar, M. A. V., Dedivitis, R. A., Brandão, L. G., & Cernea, C. R. (2017). Oncological results of surgical treatment versus organ-function preservation in larynx and hypopharynx cancer. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *63*(12), 1082–1089. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1082>
- Camargo, Z. A. (2001). Atendimento ao paciente com câncer de cabeça e pescoço. In A. M. Hernandez & I. Marchesan (Eds.), *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. (pp. 67–79). Revinter.
- Camargo, Z. A. (2003). Reabilitação Fonoaudiológica em Câncer de Laringe. In S. Pinho (Ed.), *Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios de voz* (pp. 101–116). Guanabara Koogan.
- Capucho, M. (2007). *Avaliação multidimensional na voz profissional*. Universidade Nova de Lisboa.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para Autoaprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carrara-de Angelis, C. L. B. Fúria, & L. F. Mourão, & L. P. (1997). A Fonoaudiologia no Hospital A.C Camargo. In M. G. M. Lagrotta, & C. P. H. A. R Cesar. *A fonoaudiologia nas Instituições*. Lovise.

- Carrara-de-Angelis, E., & Martins, N. M. S. (2000). Orientação pré e pós-operatória em câncer de cabeça e pescoço. In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 149-154). Lovise.
- Carroll, W. R., Locher, J. L., Canon, C. L., Bohannon, I. A., McColloch, N. L., & Magnuson, J. S. (2008). Pretreatment swallowing exercises improve swallow function after chemoradiation. *The Laryngoscope*, *118*(1), 39–43. <https://doi.org/10.1097/MLG.0b013e31815659b0>
- Carvalho, M. (2001). *A atuação fonoaudiológica em pacientes laringectomizados totais*. [Monografia de conclusão de curso de especialização em Motricidade oral – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral, CEFAC]. <https://silو.tips/download/a-atuaao-fonoaudiologica-em-pacientes-laringectomizados-totais>
- Casper, J. K., & Colton, R. H. (1998). *Clinical manual for laryngectomy and head/neck cancer rehabilitation*. (2ed.). Thomson Delmar learning.
- Ceachir, O., Hainarosie, R., & Zainea, V. (2014). Total laryngectomy – past, present, future. *Maedica*, *9*(2), 210–216.
- Chan J. Y. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from Hong Kong. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 205–211. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e328360d84e>
- Chaukar, D. A., Vaidya, A. D., & D'Cruz, A. K. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from India. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 192–198. doi: 10.1097/M00.0b013e328360d884
- Cleto, M. L. C. (2000). Reabilitação na laringectomia total. In A. P. B. Barros, L. Arakawa, M. D. Tonini, V. A. Carvalho (Eds.), *Fonoaudiologia em Cancerologia*. (pp. 83-86). Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia
- Cleto, M. L., Pedalini, L. M., Júnior, J. F. M. (2005). Reativação do Olfato em Laringectomizados Totais. *Arq Int Otorrinolaringol*, *9*(2), 102-107).
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ªed.). Almedina.
- Crespo, A. Propedêutica da laringe. (2000). In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 53-60). Lovise.
- Cuspit, P., Yarlagadda, B., Garg, S., Johnson, T., & Deschler, D. (2014). Heat and moisture exchange devices for patients undergoing total laryngectomy. *ORL-head and neck nursing : official journal of the Society of Otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses*, *32*(1), 20–23.
- Davatz, G. C. (2011). *Reabilitação vocal e qualidade de vida em laringectomizados totais*. [Dissertação de Mestrado em Bioengenharia – Escola de Engenharia de São Carlos/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo]. 10.11606/D.82.2011.tde-09052012-103409

- Doyle, P.C. (1994). *Foundation voice and speech rehabilitation following laryngeal cancer*. Singular Publishing Group.
- Dyckhoff, G., Plinkert, P. K., & Ramroth, H. (2017). A change in the study evaluation paradigm reveals that larynx preservation compromises survival in T4 laryngeal cancer patients. *BMC Cancer*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3608-7>
- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer*, *127*(12), 2893–2917. <https://doi.org/10.1002/ijc.25516>
- Figueiredo, I. C., Vendramini, S. H. F., Lourenção, L. G., Sasaki, N. S. G. M. dos S., Maniglia, J. V., Junior, J. A. P., Raposo, L. S., & Santos, M. de L. S. G. (2019). Profile and speech-language rehabilitation of patients with laryngeal cancer. *CODAS*, *31*(1). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018060>
- Forastiere, A. A., Ismaila, N., Lewin, J. S., Nathan, C. A., Adelstein, D. J., Eisbruch, A., Fass, G., Fisher, S. G., Laurie, S. A., Le, Q. T., O'Malley, B., Mendenhall, W. M., Patel, S., Pfister, D. G., Provenzano, A. F., Weber, R., Weinstein, G. S., & Wolf, G. T. (2018). Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *36*(11), 1143–1169. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.7385>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Hilgers, F. J., van Dam, F. S., Keyzers, S., Koster, M. N., van As, C. J., & Muller, M. J. (2000). Rehabilitation of olfaction after laryngectomy by means of a nasal airflow-inducing maneuver: the "polite yawning" technique. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, *126*(6), 726–732. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.6.726>
- Franco, M. H. (2008). Temas em Psico-Oncologia. In L. H. Barros, M. H. Franco, M. L. Kovács, M. J. Gomes, M. T. Veit, R. C. Macieira, R. P. Liberato & V. A. Carvalho (Eds.), *A família em Psico-Oncologia*, pp. 358–361. Summus Editora.
- Freire, E., Tambara, N. (2001). A terapia centrada na pessoa: os desafios da clínica. *A Pessoa Como Centro Revista de Estudos Rogerianos*, *7*, 81–88.
- Furia, C. L. B., Mourão, L. F., & Angeli, E. C. (2000). Reabilitação Fonoaudiológica nas laringectomias totais. In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 227–38). Lovise.
- Fujii, M., Fukazawa, K., Hatta, C., Yasuno, H., & Sakagami, M. (2002). Olfactory acuity after total laryngectomy. *Chemical senses*, *27*(2), 117–121. <https://doi.org/10.1093/chemse/27.2.117>
- Furkim, A.M., & Carrara-de Angelis, E. (2000). Organização de um departamento de reabilitação de voz, fala e deglutição. In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 141–147). Lovise.
- Ghirardi, A. C. A. M., & Ferreira, L. P. (2008). Laryngectomized Users of Tracheoesophageal Prosthesis: Principles and Methods of Speech-Language Pathology Practice. *Appl. cancer res*, *28*(4), 134–43.

- Goektas, O., Fleiner, F., Frieler, K., Scherer, H., & Paschen, C. (2008). The scent-diffusing ventilator for rehabilitation of olfactory function after laryngectomy. *American journal of rhinology*, *22*(5), 487–490. <https://doi.org/10.2500/ajr.2008.22.3213>
- Goktas, O., Fleiner, F., Paschen, C., Lammert, I., & Schrom, T. (2008). Rehabilitation of the olfactory sense after laryngectomy: long-term use of the larynx bypass. *Ear, nose, & throat journal*, *87*(9), 528–530.
- Gulfier, B. C. (2005). Atuação fonoaudiológica em câncer de cabeça e pescoço – um estudo de caso. A. F. Pinto de Almeida, (Ed.), *Fonoaudiologia e lusofonia – I Simposium Luso-Brasileiro de Terapia da Fala*. (pp. 251–254). Edições Universidade Fernando pessoa.
- Hannickel, S., Zago, M. M. F. Barbeira, C. B. S., Sawada, N. O. (2002). O Comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Rev Bras Cancerol*, *48*(3),333–339. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n3.2179>
- Hilgers F. J. M. (2004). Olfaction regained, using the polite yawning technique. [CD-ROM]. *The Netherlands Cancer Institute*.
- Hilgers, F. J., van Dam, F. S., Keyzers, S., Koster, M. N., van As, C. J., & Muller, M. J. (2000). Rehabilitation of olfaction after laryngectomy by means of a nasal airflow-inducing maneuver: the "polite yawning" technique. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, *126*(6), 726–732. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.6.726>
- Hinni, M. L., & Crujido, L. R. (2013). Laryngectomy rehabilitation: a perspective from the United States of America. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 218–223. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e3283604001>
- Hutcheson, K. A., & Lewin, J. S. (2013). Functional assessment and rehabilitation: how to maximize outcomes. *Otolaryngologic clinics of North America*, *46*(4), 657–670. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.04.006>
- Jacinto, L. R. M. (2007). Em direção a uma laringe artificial electrónica – fundamentos técnico-científicos e ensaios preliminares. [Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto]. <https://silos.tips/download/em-direcao-a-uma-laringe-artificial-electronica-fundamentos-tecnico-cientificos>
- Jiménez, M. C., Maroto, D., P., & Morente, J. C. C. (2004). Métodos de recuperación de la voz del laringectomizado. In M. J. C. & Torres, J. A. A. (Eds.), *Manual del laringectomizado* (pp.91-106). Ediciones Aljibe.
- Johansson, M., Rydén, A., & Finizia, C. (2008). Self-evaluation of communication experiences after laryngeal cancer - a longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. *BMC cancer*, *8*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-80>
- Jorge, M. S., Gregio, F. N., & Camargo, Z. (2004). Qualidade Vocal de Indivíduos Submetidos à Laringectomia Total: Aspectos Acústicos de Curto e Longo Termo em Modalidades de Fonação Esofágica e Traqueoesofágica. *Rev. Cefac*, *6*(3), 319–328.

- Kapila, M., Deore, N., Palav, R. S., Kazi, R. A., Shah, R. P., & Jagade, M. V. (2011). A brief review of voice restoration following total laryngectomy. *Indian journal of cancer*, *48*(1), 99–104. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.75841>
- Kazi, R., De Cordova, J., Kanagalingam, J., Venkitaraman, R., Nutting, C. M., Clarke, P., Rhys-Evans, P., & Harrington, K. J. (2007). Quality of life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale. *ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*, *69*(2), 100–106. <https://doi.org/10.1159/000097792>
- Köhle, J. I., Camargo Z., & Nemr, K. (2004). Análise perceptivo-auditiva da qualidade vocal de indivíduos submetidos a laringectomias parciais verticais pela auto-avaliação dos indivíduos e pela avaliação fonoaudiológica. *Revista CEFAC*, *6*(1), 67–76. <https://abramofono.com.br/wp-content/uploads/2022/02/20BFA41.pdf>
- Koroulakis, A., & Agarwal, M. (2022). Laryngeal Cancer. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Kowalski, L. P. (2000). Câncer de cabeça e pescoço. In E. Carrara-de Angelis, C. L. B. Furia, L. F. Mourão, & L. P. Kowalski (Eds.), *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. (pp. 19–25). Lovise.
- Kowalski, L. P., Batista, M. B., Santos, C. R., Scopel, A., Salvajolli, J. V., & Torloni, H. (1996). Prognostic factors in T3,N0-1 glottic and transglottic carcinoma. A multifactorial study of 221 cases treated by surgery or radiotherapy. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, *122*(1), 77–82. <https://doi.org/10.1001/archotol.1996.01890130069011>
- Krishnan, S., & Maclean, J. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from Australia. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 224–229. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e32836118aa>
- Kulbersh, B. D., Rosenthal, E. L., McGrew, B. M., Duncan, R. D., McColloch, N. L., Carroll, W. R., & Magnuson, J. S. (2006). Pretreatment, preoperative swallowing exercises may improve dysphagia quality of life. *The Laryngoscope*, *116*(6), 883–886. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000217278.96901.fc>
- Le Huche, F., & Allali, A. (2004). *La Voz* (2ªed., Vol. 1). Masson.
- Leon, E. A., Catalanotto, F. A., & Werning, J. W. (2007). Retronasal and orthonasal olfactory ability after laryngectomy. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, *133*(1), 32–36. <https://doi.org/10.1001/archotol.133.1.32>
- Lima, C. V. R., Pereira, L. P., Vieira, P. I. B. (s.d.). *Fonoaudiologia Pacientes laringectomizados Total. Faculdade Pitágoras de Fortaleza*.
- Lima, M. A. G., Barbosa, L. N. F., & Sougey, E. B. (2011). Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. *Revista da SBPH*, *14*(1), 18–40. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100003&lng=pt&lng=pt
- Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2ªed.) (1.a ed.). Pro-Ed.
- Longobardi, Y., Savoia, V., Bussu, F., Morra, L., Mari, G., Nesci, D. A., Parrilla, C., & D'Alatri, L. (2019). Integrated rehabilitation after total laryngectomy: a pilot trial study. *Supportive care in cancer: official journal of the*

- Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3537–3544.
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-4647-1>
- Lopes, C., Pereira, M. (2005). O Doente Oncológico e a sua Família. Climepsi Editores.
- Maciel, C. T. V., Leite, I. C. G., & Soares, T. V. (2010). Cancer de Laringe: Um olhar sobre a Qualidade de Vida. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, 2(4), 126–134.
- Maclean, J., Cotton, S., & Perry, A. (2008). Variation in surgical methods used for total laryngectomy in Australia. *The Journal of laryngology and otology*, 122(7), 728–732.
<https://doi.org/10.1017/S0022215108002119>
- Maclean, J., Cotton, S., & Perry, A. (2009). Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being. *Dysphagia*, 24(3), 314–321.
<https://doi.org/10.1007/s00455-009-9209-0>
- Manestar, D., Tićac, R., Maričić, S., Malvić, G., Čorak, D., Marjanović Kavanagh, M., Prgomet, D., & Starčević, R. (2012). Amount of airflow required for olfactory perception in laryngectomees: a prospective interventional study. *Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 37(1), 28–34.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2012.02442.x>
- Manison, N. R., & Ward, E. C. (2007). Patient support and multidisciplinary management. In E. C. Ward & C. J. van As-brooks. *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. (pp. 347–379). Plural publishing.
- Martins, S., Silveira, H., Sousa, M., Santos, M., & Vaz, R. P. (2020). Complicações pós-laringectomia total - Fatores de risco e abordagem do doente no peri-operatório. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 58(4), 173–179. <https://doi.org/10.34631/sporl.819>
- Masson, A. C., Fouquet, M. L., & Gonçalves, A. J. (2008). Tracheostoma humidifier: influence on secretion and voice of patients with total laryngectomy. *Pro-fono : revista de atualização científica*, 20(3), 183–189.
<https://doi.org/10.1590/s0104-56872008000300008>
- Matos, J. P., Castro Silva, J., & Monteiro, E. (2012). Causas de morte nos doentes com neoplasia da laringe nos estádios I e II [Causes of death in patients with laryngeal cancer in stages I and II]. *Acta medica portuguesa*, 25(5), 317–322.
- Matos, R. E., Soares, E., Castro, M. E., Fialho, A. V. M., & Caetano, J. A. (2009). Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. *Rev. Enferm. UERJ*, 17(2), 176–181.
- Melles, A. M., & Zago, M. M. F. (2001). A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 9(1), 73–79. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100011>
- Mello, J. N. D. (2001). *A Atuação fonoaudiológica em laringectomias parciais*. [Monografia de conclusão de curso de especialização em Motricidade oral - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral, CEFAC]. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/15121787/cefac-a-atuacao-fonoaudiologica-em-laringectomias-parciais-clariah>

- Mendes, M. E. S. T. (2010). Avaliação da qualidade em intervenção precoce, práticas no Distrito de Portalegre. [Tese de Doutoramento em Psicologia – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/1549>
- Mérol, J. C., Charpiot, A., Langagne, T., Hémar, P., Ackerstaff, A. H., & Hilgers, F. J. (2012). Randomized controlled trial on postoperative pulmonary humidification after total laryngectomy: external humidifier versus heat and moisture exchanger. *The Laryngoscope*, *122*(2), 275–281. <https://doi.org/10.1002/lary.21841>
- Monteiro, E. (2020). Editorial. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, *58*(3), 96–97. <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/912>
- Moor, J. W., Rafferty, A., & Sood, S. (2010). Can laryngectomees smell? Considerations regarding olfactory rehabilitation following total laryngectomy. *The Journal of laryngology and otology*, *124*(4), 361–365. <https://doi.org/10.1017/S0022215109992489>
- Morales–Puebla, J. M., Morales–Puebla, A. F., Jiménez–Antolín, J. A., Muñoz–Platón, E., Padilla–Parrado, M., & Chacón–Martínez, J. (2010). Rehabilitación olfativa tras la laringectomía total [Olfactory rehabilitation after total laryngectomy]. *Acta otorrinolaringologica espanola*, *61*(2), 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2009.10.011>
- Morita, M. C. e Kriger, L. (2004). Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. *Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico*, *4* (1), 17–21. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v4i1.1495>
- Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*, *2*, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.004>
- Nalbadian, M., Nikolaou, A., Nikolaidis, V., Petridis, D., Themelis, C., & Daniilidis, I. (2001). Factors influencing quality of life in laryngectomized patients. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, *258*(7), 336–340. <https://doi.org/10.1007/s004050100376>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for health*, *11*(19). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Nemr, K. (1998). Câncer de cabeça e pescoço. In I. Q. Marchesan (Ed.), *Fundamentos em fonoaudiologia – aspectos clínicos de motricidade oral*. rio de janeiro. (pp. 85–90). Guanabara Koogan.
- Nemr, K. G., & Lehn, C. (2004). Voz em câncer de cabeça e pescoço. In L. P. Ferreira, D. M. Befi-lobes, & S. C. O., Limongi, (Eds.), *Tratado de fonoaudiologia*. (pp. 102–117). Roca.
- Nezo, A. M., Nezo, C. M., Houts, P. S., Faddis, S. & Friedman, S. H. (1998). *Helping cancer patients Cope: a problem-solving approach*. American Psychological Association.
- Nucleus Medical Media (2020). *Surgical removal of the larynx* [Digital image]. Retrieved from [//catalog.nucleusmedicalmedia.com/surgical-removal-of-the-larynx/view-item?ItemID=944](https://catalog.nucleusmedicalmedia.com/surgical-removal-of-the-larynx/view-item?ItemID=944)

- Núñez Batalla, F., Caminero Cueva, M. J., Señaris González, B., Llorente Pendás, J. L., Gorris Gil, C., López Llamas, A., Alonso Pantiga, R., & Suárez Nieto, C. (2008). Voice quality after endoscopic laser surgery and radiotherapy for early glottic cancer: objective measurements emphasizing the Voice Handicap Index. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 265(5), 543–548. <https://doi.org/10.1007/s00405-007-0512-9>
- Oliveira, F. S. M. B. (2015). Relevância do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária e a sua implementação pelos médicos dentistas. [Dissertação para obtenção do grau de Mestre - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/11784>
- Oliveira, V., Transições de Vida em Adultos submetidos a Laringectomia Total – Implicações na Educação para a Saúde. (2009). [Tese de Mestrado em Educação, Especialização em Educação para a Saúde – Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/11092>
- Owen, S., & Paleri, V. (2013). Laryngectomy rehabilitation in the United Kingdom. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 2(3), 186–191. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e328360d836>
- Parrilla, C., Minni, A., Bogaardt, H., Macri, G. F., Battista, M., Roukos, R., Pandolfini, M., Ruoppolo, G., Paludetti, G., D'Alatri, L., & de Vincentiis, M. (2015). Pulmonary Rehabilitation After Total Laryngectomy: A Multicenter Time-Series Clinical Trial Evaluating the Provox XtraHME in HME-Naïve Patients. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 124(9), 706–713. <https://doi.org/10.1177/0003489415579219>
- Pedrolo, F. T., & Zago, M. M. (2002). O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 49–56.
- Pelosi, M. B. (2005). Proposta de implementação da Comunicação Alternativa e Ampliada nos hospitais do município do Rio de Janeiro. *Temas sobre Desenvol*, 14, 47–53.
- Pereira, L. T., & Poll, M. A. (2008). A Interdisciplinaridade na Área da Saúde: uma breve revisão teórica. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, 2, 24–34.
- Perini, E., Paixão, H. H., Módena, C. M., Rodrigues, R. N. (2001). O indivíduo e o coletivo: Alguns desafios da Epidemiologia e da Medicina Social. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, 5(8), 101–108. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100008>
- Perkins, K., Hancock, K. L., & Ward, E. C. (2007). Speech and swallowing following laryngeal and hypopharyngeal cancer. In E. C. Ward & C. J. van As-brooks (Eds.), *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. (pp. 145–192). Plural publishing.
- Petruzzelli G. J. (2009). Transoral laser microsurgery: applications in head and neck oncology. *Expert review of medical devices*, 6(6), 599–602. <https://doi.org/10.1586/erd.09.49>
- Philippi, J. A., Tucci, C. E. M., Hogan D. J. & Navegantes, R. (2000). *Interdisciplinaridades em ciências ambientais*. Signus Editora.

- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e oncologia*. Almedina
- Pinho, S. M. R. (2003). *Fundamentos em Fonoaudiologia. Tratando os Distúrbios da Voz*. (2ªEd.) Guanabara Kooogan.
- Polat, B., Orhan, K. S., Kesimli, M. C., Gorgulu, Y., Ulsan, M., & Deger, K. (2015). The effects of indwelling voice prosthesis on the quality of life, depressive symptoms, and self-esteem in patients with total laryngectomy. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 272(11), 3431–3437. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3335-5>
- Ramírez, M. J. F., Ferriol, E. E., Doménech, F. G., Llatas, M. C., Suárez-Varela, M. M., & Martínez, R. L. (2003). Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, 129, 92–97. <https://doi.org/10.1016/S0194-59980300478-9>
- Raquel, A. C. S. (2018). Proficiência da voz esofágica e qualidade de vida em laringectomizados totais [Tese de mestrado – Universidade de São Paulo] <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-12092018-082356/publico/AnaCarolinaSoaresRaquel.pdf>
- Registro Oncológico Nacional 2018 (RON). (2022, 12 de agosto). <https://ron.min-saude.pt/pt/biblioteca/publicacoes-ron/ron-2018/>
- Rego, F. L. C., Costa, M. F. F., & Andrade, W. T. L. (2011). Implicações Orgânicas e Psicossociais Decorrentes do Câncer de Laringe. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 1(15), 115–120. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.01.16>
- Retèl V. P., van den Boer C., Steuten L. M., Okła S., Hilgers F. J., & Brekel M. W. (2015) Cost-effectiveness of heat and moisture exchangers compared to usual care for pulmonary rehabilitation after total laryngectomy in Poland. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 272(9), 2381–8. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3618-5>
- Ribeiro, J. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Legis Editora.
- Risberg-Berlin, B., Rydén, A., Möller, R. Y., & Finizia, C. (2009). Effects of total laryngectomy on olfactory function, health-related quality of life, and communication: a 3-year follow-up study. *BMC ear, nose, and throat disorders*, 9, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6815-9-8>
- Rudolph, E., Dyckhoff, G., Becher, H., Dietz, A., & Ramroth, H. (2011). Effects of tumour stage, comorbidity and therapy on survival of laryngeal cancer patients: a systematic review and a meta-analysis. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 268(2), 165–179. <https://doi.org/10.1007/s00405-010-1395-8>
- Sabiá, B. B. (2004). Rehabilitação logopédica del laringectomizado. In M. J. C. & Torres, J. A. A. (Eds.), *Manual del laringectomizado* (pp.107–136). Ediciones Aljibe.
- Santos, A. R. G. V. (2016). *Conhecimento da intervenção dos TF analisado por estudantes das áreas da saúde. Alcoitão*. Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

- Santos, C. B., Caria, P. H. F., Tosello, D. O. & Berzin, F. (2010). Comportamento dos músculos cervicais em indivíduos com fala esofágica e laringe artificial. *Rev. CEFAC*, *12*(1):82-90. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010000100011>
- Saunders, N. A., Coman, W. B., & Guminski, A. D. (2007). Cancer of the head and neck. In E. C. Ward & C. J. van As-brooks (Eds.), *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. (pp. 1-26). Plural publishing.
- Seif, C. S. (2001). Fonoaudiologia em cabeça e pescoço. In M. M. Barbosa, G. M. Sá & R. A. Lima (Eds.), *Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço*. (pp. 209-15). Atheneu.
- Shim Y. S. (2004). Recent advances in management of laryngeal cancer. *Cancer research and treatment*, *36*(1), 13–18. <https://doi.org/10.4143/crt.2004.36.1.13>
- Silva, A. P. da, Feliciano, T., Vaz Freitas, S., Esteves, S., & Sousa, C. A. e. (2015). Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, *29*(3), 382–388. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.09.002>
- Singer, S., Wollbrück, D., Dietz, A., Schock, J., Pabst, F., Vogel, H. J., Oeken, J., Sandner, A., Koscielny, S., Hormes, K., Breitenstein, K., Richter, H., Deckelmann, A., Cook, S., Fuchs, M., & Meuret, S. (2013). Speech rehabilitation during the first year after total laryngectomy. *Head & neck*, *35*(11), 1583–1590. <https://doi.org/10.1002/hed.23183>
- Smeele, L. E. (2007). Oral, oropharyngeal, and nasopharyngeal cancer: intervention approaches. In E. C. Ward & C. J. van As-brooks (Eds.), *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. (pp. 87-102). Plural publishing.
- Sparano, A., Ruiz, C., & Weinstein, G. S. (2004). Voice rehabilitation after external partial laryngeal surgery. *Otolaryngologic clinics of North America*, *37*(3), 637–653. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2004.02.018>
- Stam H., Koopman J. P., & Mathieson C. M. (1991). The psychosocial impact of a laryngectomy: a comprehensive assessment. *J Psychosoc Oncol*, *9*, 37–58. https://doi.org/10.1300/J077v09n03_03
- Steuer, C. E., El-Deiry, M., Parks, J. R., Higgins, K. A., & Saba, N. F. (2017). An update on larynx cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, *67*(1), 31–50. <https://doi.org/10.3322/caac.21386>
- Tonini, M. D. (2004). Câncer de Cabeça e pescoço: trabalhando com voz, disfagia ou fala?. In CMO: Comitê de Motricidade Orofacial. *Motricidade Orofacial: Como atual os Especialistas*. (pp.259-62). Pulso.
- van der Molen, L., Kornman, A. F., Latenstein, M. N., van den Brekel, M. W., & Hilgers, F. J. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from Europe/the Netherlands. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 230–238. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e3283610060>
- Vartanian, J. G., Carrara-de-Angelis, E., & Kowalski, L. P. (2013). Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: a perspective from South America. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *21*(3), 212–217. <https://doi.org/10.1097/M00.0b013e328361067b>
- Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L., Toyota, J., McDowell, J. A., Weymuller, E. A., Jr, & Kowalski, L. P. (2006). Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire

- for patients with head and neck cancer. *Head & neck*, 28(12), 1115–1121. <https://doi.org/10.1002/hed.20464>
- Vaz Freitas, S. (2012). Avaliação Acústica e Áudio Perceptiva na Caracterização da Voz Humana [Tese de doutoramento em Engenharia Biomédica– Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/69238>
- Veyseller, B., Ozucer, B., Aksoy, F., Yildirim, Y. S., Gürbüz, D., Balikçi, H. H., & Ozturan, O. (2012). Reduced olfactory bulb volume and diminished olfactory function in total laryngectomy patients: a prospective longitudinal study. *American journal of rhinology & allergy*, 26(3), 191–193. <https://doi.org/10.2500/ajra.2012.26.3768>
- Vicente, L. C. C. (2000). O convívio interdisciplinar e o papel da fonoaudiologia. In A. P. B. Barros, L. Arakawa, M. D. Tonini, V. A. Carvalho (Eds.), *Fonoaudiologia em Cancerologia*. (pp. 72–77). Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia.
- Vicente, L. C. C., Oliveira, P. M., & Salles, P. V. Laringectomia total – avaliação e reabilitação. (2012) In V. Carvalho, Barbosa, E. A. (Eds.), *Fononcologia*. (pp. 285–306). Revinter.
- Vickery, L. E., Latchford, G., Hewison, J., Bellew, M., & Feber, T. (2003). The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. *Head & neck*, 25(4), 289–296. <https://doi.org/10.1002/hed.10206>
- Vieira, D. O., & Monteiro, E. (s.d.). A intervenção dos Terapeutas da Fala na Área oncológica. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/964/2/248-259.pdf>
- Ward, E. C., Bishop, B., Frisby, J., & Stevens, M. (2002). Swallowing outcomes following laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery*, 128(2), 181–186. <https://doi.org/10.1001/archotol.128.2.181>
- Ward, E., Coleman, A., van As-Brooks, C., & Kerle, S. (2010). Rehabilitation of olfaction post-laryngectomy: a randomised control trial comparing clinician assisted versus a home practice approach. *Clinical otolaryngology: official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 35(1), 39–45. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2009.02050.x>

Apêndice 1 – Questionário elaborado para caracterizar as práticas profissionais dos TF usadas na intervenção com a PcLT

Questionário de caracterização das práticas profissionais dos Terapeutas da Fala na intervenção com a Pessoa com Laringectomia Total (PcLT)

O meu nome é Raquel Carvalho e encontro-me a frequentar o segundo ano do Mestrado de Terapia da Fala na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Estou a realizar a minha Dissertação de investigação, orientada pelo Professor Doutor André Araújo, onde pretendo caracterizar as práticas profissionais dos Terapeutas da Fala (TF) na intervenção com a Pessoa com Laringectomia Total (PcLT).

Objetivo: Caracterizar as práticas profissionais dos Terapeutas da Fala na intervenção com a Pessoa com Laringectomia Total.

Destinatários: Todos os Terapeutas da Fala que se encontrem a trabalhar em Portugal Continental e nas Ilhas. A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo desistir de participar em qualquer momento do questionário.

Procedimento: A sua participação neste estudo consiste no preenchimento de um questionário.

Duração: O preenchimento do questionário tem uma duração estimada entre 10 a 15 minutos.

Riscos e benefícios para o participante: A sua participação neste estudo não envolve qualquer risco. Com a sua participação poderá contribuir para uma melhor avaliação daquelas que são as dificuldades sentidas pelos Terapeutas da Fala e, desta forma, para o desenvolvimento de uma intervenção mais diretiva e adequada.

Confidencialidade: Todos os dados serão recolhidos, guardados e tratados de forma confidencial, anónima e codificada, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados. Não haverá qualquer divulgação ou comunicação de resultados individuais. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para fins académicos e científicos. Apenas os investigadores envolvidos no projeto terão acesso aos seus dados e estão obrigados a sigilo profissional. Todos os seus contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Contacto: Para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar tfracquelcarvalho@gmail.com. Solicitamos que divulgue este questionário pela comunidade de Terapeutas da Fala.

(Este questionário é a versão em *Word* que foi transferida para a plataforma *LimeSurvey*. A formatação apresentada não representa o que está na plataforma).

1. Idade: _____ (anos)

2. Género:

1. Masculino
2. Feminino
3. Outro

3. Distrito / Região de Residência: _____ (Resposta de seleção)

4. Habilitações Literárias:

1. Bacharelato
2. Licenciatura
3. Pós-Graduação
4. Mestrado
5. Doutoramento
5. Pós-Doutoramento

5. País onde concluiu a formação de base: _____

6. Ano de conclusão da formação base: _____ (anos)

7. Duração da formação de base: _____ (anos)

8. Exerce atividade profissional como Terapeuta da Fala?

1. Sim
2. Não

9. Qual a média de horas de trabalho semanal como Terapeuta da Fala? _____ (horas)

10. Qual a média de horas de trabalho semanal com PcLT? (caso não trabalhe com PcLT, coloque 0)
_____ (horas)

11. Tem alguma formação específica na área da Laringectomia?

1. Sim
2. Não

12. Tipologia da Formação:

1. Seminários
2. Formação Avançada
3. Outro:

13. Qual a sua experiência no trabalho/intervenção com PcLT?

1. Sem experiência
2. Estágios Académicos / Curriculares
3. Acompanhamento esporádico (apenas alguns casos ao longo da carreira)
4. Acompanhamento pouco frequente (até 5 casos por ano)
5. Acompanhamento frequente (entre 5 e 10 casos por ano)
6. Acompanhamento muito frequente de casos (mais de 10 casos por ano)

Ramo I – Nenhuma ou pouca experiência

14. Qual (quais) o (s) motivo (s) pelo (s) qual (quais) tem pouca ou nenhuma experiência?

1. Falta de oportunidades.
2. Falta de conhecimento.
3. Falta de gosto pela temática.
4. Não se identifica com a temática.
5. Receio/medo.
6. Outro:

15. Quão informado considera que está nos seguintes domínios:

| | Nada Informado | Pouco Informado | Informado | Muito Informado | Muitíssimo Informado |
|---|----------------|-----------------|-----------|-----------------|----------------------|
| Laringectomia (cirurgia) | | | | | |
| Tratamentos Coadjuvantes (Quimioterapia e Radioterapia) | | | | | |
| Laringectomia (implicações funcionais) | | | | | |
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |
| Reabilitação Respiratória | | | | | |
| Reabilitação Olfativa | | | | | |
| Reabilitação da Deglutição | | | | | |

16. Gostava de ter oportunidades para trabalhar nesta área?

| Muito Pouco | Pouco | Médio | Muito | Bastante |
|-------------|-------|-------|-------|----------|
| | | | | |

17. Que aspetos considera que poderiam contribuir para a sua atividade nesta área?

1. Formação
2. Literatura
3. Outro:

Ramo II – Alguma ou muita experiência

Solicitamos que responda às seguintes questões centrando-se no contexto onde acompanha/acompanhou mais PcLT.

18. Atualmente trabalha com PcLT?

1. Sim
2. Não

19. Há quanto tempo trabalha com PcLT? _____ (em anos)

20. Durante este período, quantos casos no total, em média, estima que poderá ter atendido? _____

21. Em que contexto(s) trabalha ou trabalhou com PcLT?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|---------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Domicílio | | | | | |
| Hospital | | | | | |
| Clínica Privada | | | | | |
| Associações de PcLT | | | | | |
| IPSS | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

21.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais). _____

22. Em que percentagem dos casos encontra os seguintes tratamentos?

| | [0%-20%] | [20%-40%] | [40%-60%] | [60%-80%] | [80%-100%] |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Radioterapia | | | | | |
| Quimioterapia | | | | | |
| Colocação de prótese fonatória na cirurgia primária | | | | | |
| Colocação de prótese fonatória numa cirurgia secundária | | | | | |

23. Ordene os tipos de opção de alternativa à voz laríngea mais utilizados no seu trabalho com PcLT.

| | Laringe Eletrónica | Voz Esofágica | Voz Traqueoesofágica | Voz Murmurada |
|----|--------------------|---------------|----------------------|---------------|
| 1º | | | | |
| 2º | | | | |
| 3º | | | | |
| 4º | | | | |

24. Com que frequência acompanha casos cujas opções de comunicação selecionadas foram as seguintes?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|----------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |
| Escrita | | | | | |

25. Para cada uma das opções de alternativa à voz laríngea, com que frequência obteve padrões de comunicação funcionais?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|----------------------|---------------------------------|-----------|-------------|-----------------|-------------------------------------|
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |
| Não Aplicável | | | | | |

26. Na sua perceção, que impacto é que cada uma das formas de comunicação tem na Qualidade de Vida da PclT?

| | Impacto muito negativo | Negativo | Sem impacto | Positivo | Muito positivo |
|----------------------|------------------------------|----------|----------------|----------|-------------------|
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |

27. Com que frequência avalia as competências comunicativas da PclT?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|-----------|----------|-----------------|----------------------------------|
| | | | | |

28. Com que frequência intervém ao nível das competências comunicativas da PclT?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|-----------|----------|-----------------|----------------------------------|
| | | | | |

29. Com que frequência avalia a dinâmica comunicativa da PclT e da sua família/cuidadores?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|-----------|----------|-----------------|----------------------------------|
| | | | | |

30. Com que frequência intervém ao nível da dinâmica comunicativa da PclT e da sua família/cuidadores?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|-----------|----------|-----------------|----------------------------------|
| | | | | |

31. Com que frequência intervém ao nível da dinâmica comunicativa da PcLT em diferentes contextos comunicativos das suas rotinas diárias.

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

32. Com que frequência utiliza as seguintes práticas no seu trabalho com PcLT:

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Terapia Individual | | | | | |
| Terapia de Grupo | | | | | |
| Terapia Familiar | | | | | |
| Terapia Semanal | | | | | |
| Terapia Bissemanal | | | | | |
| Terapia Trissemanal | | | | | |
| Terapia Diária | | | | | |
| Consultas Multidisciplinares | | | | | |

33. Qual o grau de importância que atribui à utilização das seguintes práticas no trabalho com PcLT?

| | Nada importante | Pouco importante | Neutro | Importante | Muito importante |
|------------------------------|-----------------|------------------|--------|------------|------------------|
| Terapia Individual | | | | | |
| Terapia de Grupo | | | | | |
| Terapia Familiar | | | | | |
| Terapia Semanal | | | | | |
| Terapia Bissemanal | | | | | |
| Terapia Trissemanal | | | | | |
| Terapia Diária | | | | | |
| Consultas Multidisciplinares | | | | | |

34. Com que frequência interage com os seguintes profissionais no seu trabalho com PcLT:

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|-------------------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Médico Otorrinolaringologista | | | | | |
| Médico Oncologista | | | | | |
| Nutricionista | | | | | |
| Enfermeiro | | | | | |
| Fisioterapeuta | | | | | |
| Psicólogo | | | | | |
| Radiologista | | | | | |
| Radioterapeuta | | | | | |
| Gastroenterologista | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

34.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais). _____

35. Quão informado considera que está nos seguintes domínios:

| | Grau muito baixo | Grau baixo | Grau intermédio | Grau elevado | Grau muito elevado |
|---|------------------|------------|-----------------|--------------|--------------------|
| Laringectomia (cirurgia) | | | | | |
| Tratamentos Coadjuvantes (Quimioterapia e Radioterapia) | | | | | |
| Laringectomia (implicações funcionais) | | | | | |
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |
| Reabilitação Respiratória | | | | | |
| Reabilitação Olfativa | | | | | |
| Reabilitação da Deglutição | | | | | |

36. De que forma se mantém atualizado nesta área?

1. Estágio
2. Formação
3. Literatura
4. Outro: _____

37. Que aspetos c a sua atividade nesta área?

1. Estágio
2. Formação
3. Literatura
4. Outro: _____

38. Na sua prática profissional, com que frequência costuma atender PCLT em cada fase?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|--|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Fase pré-cirúrgica | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica a longo prazo | | | | | |

39. Com que frequência a PcLT participa na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

40. Com que frequência são explicados os vários tipos de alternativa à voz laríngea à PcLT na fase pré-cirúrgica?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

41. Com que frequência a PcLT é convidada a escolher o tipo de alternativa à voz laríngea em cada fase?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Não Aplicável | Sempre (em todos os casos) |
|--|------------------------|-----------|----------|--------------|---------------|----------------------------|
| Fase pré-cirúrgica | | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) | | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) | | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica a longo prazo | | | | | | |

42. Com que frequência o Terapeuta da Fala participa na escolha do tipo de alternativa à voz laríngea?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

43. Com que frequência o tipo de alternativa à voz laríngea inicialmente escolhido não é eficaz e tem de ser alterado?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|----------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Laringe Eletrónica | | | | | |
| Voz Esofágica | | | | | |
| Voz Traqueoesofágica | | | | | |
| Voz Murmurada | | | | | |

44. Com que frequência são explicados os vários tipos de alternativa à voz laríngea à família na fase pré-cirúrgica?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

45. Com que frequência a PclT é incluída no processo de reabilitação?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

46. Com que frequência a família é incluída no processo de reabilitação?

| Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| | | | | |

47. Na sua opinião, qual a importância do atendimento da PclT na fase pré-cirúrgica em Terapia da Fala?

| Nada importante | Pouco importante | Neutro | Importante | Muito importante |
|-----------------|------------------|--------|------------|------------------|
| | | | | |

48. Quanto à reabilitação da deglutição, com que frequência atua nas seguintes áreas com a PclT:

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|---------------------------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Motricidade orofacial | | | | | |
| Modificação da consistência alimentar | | | | | |
| Manobras posturais | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

48.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais). _____

49. Quanto à reabilitação respiratória, com que frequência recomenda a utilização de:

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|--------------------------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Permutador de calor e humidade (HME) | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

49.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais). _____

50. Quanto à reabilitação do olfato, com que frequência utiliza:

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|--|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Manobra de indução do fluxo aéreo nasal (Polite Yawning) | | | | | |
| Larynx Bypass (LB) | | | | | |
| Scent-diffusing ventilator (SV) | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

50.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais).

51. Com que frequência incentiva o uso de meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos na PcLT?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|------------------------------|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Escrita | | | | | |
| Quadro/Tabela de Comunicação | | | | | |
| Gestos | | | | | |
| Outro (s) | | | | | |

51.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais).

52. Em que fases é que incentiva os meios de comunicação aumentativos e/ou alternativos na PcLT?

| | Escrita | Quadro/Tab ela de Comunicaçã o | Outro (s) | Não Aplicável |
|--|---------|---|-----------|------------------|
| Fase pré-cirúrgica | | | | |
| Fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) | | | | |
| Fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) | | | | |
| Fase pós-cirúrgica a longo prazo | | | | |

52.1. Se respondeu outro (s) na pergunta anterior, indique qual (quais).

53. Com que frequência promove o contacto da PCLT com outras pessoas em situação semelhante?

| | Nunca (em nenhum caso) | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre (em todos os casos) |
|--|------------------------|-----------|----------|--------------|----------------------------|
| Fase pré-cirúrgica | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica imediato (em internamento) | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica recente (pós-alta hospitalar) | | | | | |
| Fase pós-cirúrgica a longo prazo | | | | | |

54. Para cada uma das áreas que se seguem, qual o tempo médio de intervenção (em meses):

| | Tempo em meses |
|----------------------------|----------------|
| Reabilitação respiratória | |
| Reabilitação olfativa | |
| Reabilitação da deglutição | |
| Laringe Eletrónica | |
| Voz Esofágica | |
| Voz Traqueoesofágica | |
| Voz Murmurada | |
| Dinâmica Comunicativa | |
| Tempo total de intervenção | |

55. Qual o tempo médio de sessão (em minutos)? _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE0071C
Data receção do Documento: 20/05/2022
Existência de entradas anteriores: Não

TÍTULO DO TRABALHO: Caracterização das práticas profissionais dos terapeutas da fala na área da laringectomia total em Portugal

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Raquel Cristina Roque da Silva Carvalho

DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: Trabalho iniciado em 20/09/2021 | Fim 00/10/2022

RESUMO DO ESTUDO

OBJETIVOS: Nada a referir.

AMOSTRA: Nada a referir.

FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER: É apresentada uma proposta de questionário para futura utilização pelos terapeutas da fala.

MATERIAL: Nada a referir.

MÉTODOS: Nada a referir.

RISCOS: Não aplicável.

CONSENTIMENTO INFORMADO: Nada a referir.

AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS: Nada a referir.

APRECIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA: A proposta cumpre os pressupostos inerentes a um trabalho de investigação.

PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA: De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave

Assinado por **PÉDRO MANUEL RIBEIRO DA
ROCHA MONTEIRO**
Num. de Identificação: 09132856
Data: 2022.07.12 10:10:13 +0100

04/07/2022

