

A INTERVENÇÃO DOS TERAPEUTAS DA FALA NA ÁREA ONCOLÓGICA

Daniela Oliveira Vieira

Terapeuta da Fala

Escola Superior da Saúde da UFP

daniela_oliveira_vieira@hotmail.com

Eurico Monteiro

Professor Associado

Faculdade de Ciência da Saúde da UFP

Director do Serviço de ORL do IPOFG-EPE

euricom@ufp.pt

RESUMO

Com este artigo pretendemos dar ênfase a novas áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala, que estão muito para além das tradicionalmente atribuídas a estes profissionais, decorrentes de diversas intervenções cirúrgicas em indivíduos portadores de tumores naso-sinusais e oro-faringo-laríngeos, procurando ao mesmo tempo demonstrar que esta poderá ser mais uma área a explorar por estes profissionais, ao mesmo tempo que se deverá orientar e dirigir o estudo destes na fase formativa.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinomas da cabeça e pescoço; intervenção dos Terapeutas da Fala.

ABSTRACT

With this article we aim to emphasize the Speech Therapists' new intervention areas, which are far beyond the ones traditionally attributed to these professionals, deriving not only from various surgical interventions on individuals with naso-sinusal and oro-pharyngo-laryngeal tumours, seeking simultaneously to demonstrate that this may be another area to explore by these professionals, at the same time that we should orient and direct their studies during the training phase.

KEY-WORDS: Head and neck cancer; Speech Therapists' intervention.

1. INTRODUÇÃO

“O cancro, como qualquer outro problema sério na vida, pode desenvolver qualidades nas pessoas que elas desconheciam possuir. As experiências de maturação raramente são agradáveis, mas os efeitos que têm no carácter são frequentemente muito positivos... apesar de ser difícil retratar o diagnóstico de cancro de uma forma positiva, a reacção do doente ou a reacção da família pode ser algo de grande valor.”¹
(Gunn cit. in Doyle, 1994, pp. 262-263).

Nas últimas décadas, a preocupação com as doenças crónicas, entre elas o cancro, tem vindo a aumentar. Apesar disso, e numa constatação sumária, o número de Terapeutas da Fala que trabalha em centros especializados é diminuto, e, a sua actividade está pouco difundida. Desta constatação, e situando-nos numa Escola de Ciências da Saúde, surgiu a ideia de divulgar este facto, mediante a elaboração de um artigo temático que decidimos intitular de **“A intervenção dos Terapeutas da Fala na área oncológica”** tendo em consideração o facto de que o tratamento dos doentes oncológicos da região da cabeça e do pescoço está intimamente relacionado com aspectos anatomo-fisiológicos de órgãos ou sistemas vitais para funções tão importantes como a voz, a fala, a deglutição, o olfacto, o paladar, e ainda outras de natureza neurológica decorrentes da proximidade de estruturas tão sensíveis como são os nervos cranianos.

O impacto social e psicológico, a alteração da estrutura corporal facial, e, as dificuldades comunicativas, são igualmente consequências relevantes de muitos dos procedimentos cirúrgicos adaptados ao tratamento destes tumores (Leeuw, Rinkel & Leemans, 2007; Saunders, Coman & Guminski, 2007).

Este conjunto de sequelas têm relevância temporal distinta se tivermos em consideração que inicialmente os tratamentos são direccionados para a doença oncológica, sendo nesta fase a qualidade de vida transposta para um plano secundário. Contudo, uma reabilitação apropriada, na qual a Terapia da Fala preenche uma lacuna importante, pode ajudar a minorar de forma significativa os efeitos secundários de modalidades terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas adequadas ao tratamento destas neoplasias, proporcionando aos seus portadores uma melhoria da qualidade de vida (Camargo, 2001; Sparano, Ruiz & Weinstein, 2004).

A optimização e a diversificação de técnicas cirúrgicas direccionadas para o tratamento destes tumores veio melhorar os resultados funcionais sem comprometer a eficácia terapêutica, colocando novos desafios aos Terapeutas, e, estimulando-os a intervir em áreas em que tradicionalmente a eficácia da sua acção não está ainda correctamente avaliada. Estão incluídas neste campo as técnicas da microcirurgia transoral com laser CO₂ e as modalidades reconstrutivas associadas a cirurgias ablativas maior.

Contudo, apesar de todos estes progressos técnicos, continua a ser oportuno intervir no campo das sequelas da expressão falada e da deglutição, decorrentes de tratamentos médicos e cirúrgicos, sendo pertinente a intervenção e o acompanhamento prestado pelos Terapeutas da Fala (Leeuw, Rinkel & Leemans, 2007).

¹ “Cancer, like any serious life problem, can develop qualities in people that they never knew they possessed. Maturing experiences are seldom pleasant, but the effects they have on character are very often positive... while it is difficult to portray a cancer diagnosis in a positive light, a patient’s reaction or the reaction of the family can be something of great value.” (Gunn, cit. in Doyle, 1994, pp. 262-263).

2. MODALIDADES TERAPÊUTICAS BÁSICAS

O diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos doentes com tumores da cabeça e pescoço é complexo, devendo idealmente envolver equipas multidisciplinares, que obrigatoriamente deveriam incluir Otorrinolaringologistas, Oncologistas Médicos, Radiologistas, Radioterapeutas, Cirurgiões Plásticos, Dentistas/Estomatologistas, Psicólogos/Psiquiatras, Nutricionistas, Terapeutas da Fala, Fisiatras e Fisioterapeutas, Enfermeiros, 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.

O acompanhamento dos doentes deve iniciar-se no momento do diagnóstico e prolongar-se o tempo necessário até à obtenção de autonomia funcional. Ao longo deste período pré, per e pós tratamento, diversos profissionais diferenciados poderão estar envolvidos, de acordo com as modalidades terapêuticas adoptadas e as necessidades do doente (Boyle & Kraus, 1998; Casper & Colton, 1998; Crevièr-Buchman, Brihaye & Tessier, 1998; Furkim & Carrara-de Angelis, 2000; Köhle, Camargo & Nemr, 2004; Kowalski, 2000a; Manison & Ward, 2007; Perkins, Hancock & Ward, 2007; Saunders, Comam & Guminski, 2007).

Para o tratamento destes tumores existem três opções terapêuticas principais: a cirurgia (dirigida ao tumor primário e às metástases), a radioterapia (isolada, como complemento da cirurgia, ou com intenção paliativa) e a quimioterapia (isolada ou em associação com a radioterapia em casos avançados ou nas recidivas). Estas armas terapêuticas podem ser utilizadas isoladamente ou em associação, complementando-se por vezes (Andrews, 1999; Crary & Groher, 2003; DeLacure, 1998; Saunders, Comam & Guminski, 2007; Smeele, 2007).

A selecção da metodologia terapêutica depende de múltiplos factores, alguns destes relacionados com o doente (idade, sexo, factores socioeconómicos, estado nutricional, bem-estar físico e psicológico, avaliação da "performance" global mediante a determinação do índice de Karnofsky, vontade, aceitabilidade e custos), com especificidades da biologia tumoral (localização, histologia, estadio e metástases), com o grau de eficácia das intervenções cirúrgicas e outras modalidades terapêuticas (margens, campos de irradiação, acessibilidade aos serviços, duração e tipo de sequelas na voz, fala, deglutição, estética), para além de outros como o grau de probabilidade de controlo da doença e a capacidade de reabilitação, e ainda o uso continuado de tabaco e álcool (Andrews, 1999; Casper & Colton, 1998; Crary & Groher, 2003; Gleich & Gluckman, 1998; Gorup & Close, 1998; Kowalski, 2000a e b; Lima, Soares & Barbosa, 2001; Lin *et al.*, 2005; Novack, 1969; Thomas & Keith, 2005).

Os tratamentos cirúrgicos e não-cirúrgicos podem ser causadores de deficiências a vários níveis, podendo comprometer a integridade funcional da mastigação, da voz, da fala, da deglutição e da articulação, provocar danos psicológicos e estéticos, e acarretar perturbações ocupacionais e no estilo de vida (Crary & Groher, 2003; Doyle, 1994; Manison & Ward, 2007; Thomas & Keith, 2005).

Autores como Fouquet, Amaral & Vicente (2000), Logemann (1998) e Perkins, Hancock & Ward (2007), consideram que as principais alterações de acordo com a área de intervenção poderão ser: 1) Voz - alterações das características de ressonância e da qualidade vocal, traduzindo-se por uma voz rouca, áspera, soprada, asténica ou mesmo tensa, com evidentes variações na vertente aerodinâmica da respiração; 2) Fala - poderão constatar-se deficiências articulatórias, de fluência, de prosódia, de ritmo e mesmo de inteligibilidade do discurso; 3) Deglutição - poderá ocorrer disfagia nas suas diversas fases (preparatória oral, oral propriamente dita, faríngea e esofágica), regurgitação nasal, dificuldades de mastigação e fenómenos aspirativos.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA INTERVENÇÃO DOS TERAPEUTAS DA FALA

As cirurgias ablativas são em princípio adequadas a impedir a progressão dos tumores, e em muitos casos conseguir a sua irradicação. Contudo, em maior ou menor grau, condicionam alterações significativas na voz, fala e deglutição, áreas de influência e de intervenção dos Terapeutas da Fala, cabendo-lhe ainda o papel de interlocutores junto dos familiares, face às novas condições impostas aos doentes (Behlau *et al.*, 2005; Orellana, 2005; Seif, 2001). Assim, e segundo Camargo (2001, pp. 72-73), as

“(...) nossas funções na área incluem o suporte aos distúrbios da comunicação e alimentação pré e pós-intervenções, à análise e apresentação de resultados funcionais decorrentes de diferentes modalidades de tratamento, à orientação e ao suporte familiar no que se refere às sequelas mencionadas.”

O papel destes profissionais é relevante na reabilitação das sequelas de cirurgias efectuadas por tumores da cabeça e do pescoço, designadamente ao nível da disfagia e da disфония que a maioria das intervenções efectuadas condiciona (Cervantes, 2000). Assim, o objectivo principal da intervenção dos Terapeutas da Fala é dirigido ao restabelecimento de padrões de comunicação e alimentação, através de um trabalho direccionado para as estruturas remanescentes, tendo sempre em conta as limitações e as motivações dos doentes (Seif, 2001).

Myers, Barofsky & Yates (*cit. in* Casper & Colton, 1998, p. 4) sugeriram que “Uma reabilitação efectiva depende de uma decisão de tratamento apropriada e precoce”². Assim, a reabilitação deverá ser iniciada no período pré-operatório e deverá prolongar-se durante e após o internamento hospitalar, tendo em vista que quanto maior for o intervalo temporal entre a cirurgia e o início da intervenção terapêutica, piores serão os resultados funcionais (Casper & Colton, 1998).

O prognóstico segundo Casper & Colton (1998), Dejonckere & Hordijk (*cit. in* Estrela, Elias & Martins, 2003) e Nemr (*cit. in* Nemr & Lehn, 2004) depende de factores como: a extensão das lesões e o tipo de cirurgia, sendo de considerar que, se a remoção de um órgão for inferior a 50%, as sequelas funcionais permanentes ou definitivas serão minoradas, comparativamente aos casos em que as excisões são mais alargadas; necessidade de efectuar tratamento complementar com radioterapia, que em geral pode condicionar diminuição da eficácia da deglutição, redução do grau de eficiência dos reflexos faringo laríngeos facilitando os fenómenos aspirativos; deficiência auditiva e alterações do estado cognitivo, que intervêm negativamente na capacidade de aprender conceitos diferentes de expressão verbal; aspectos de natureza psicossocial, demográfica e emocional que podem ser causadores de desmotivação, depressão e até alterações da própria personalidade.

3.1. INTERVENÇÃO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

A intervenção terapêutica como já foi mencionado, deve iniciar-se no período pré-operatório, embora a intervenção mais relevante decorra no pós-operatório, logo que as condições clínicas do doente e o cirurgião o permitam (Carrara-de Angelis & Martins, 2000; Crevièr-Buchman, Brihaye & Tessier, 1998; Köhle, Camargo & Nemr, 2004; Mello, 2001).

²“Effective rehabilitation depends on appropriate early treatment decisions” (Myers, Barofsky & Yates *cit. in* Casper & Colton, 1998, p. 4).

Desde o diagnóstico até à intervenção cirúrgica, o tempo em geral é curto, mas há um conjunto de informações que devem ser veiculadas aos doentes, tendo em vista a sua melhor compreensão do acto cirúrgico e a sua melhor adesão ao plano terapêutico (Carrara-de Angelis & Martins, 2000; Doyle, 1994).

A avaliação pré-operatória é importante para estimar 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 previsíveis e formas de as minorar (Sparano, Ruiz & Weinstein, 2004). Assim, os objectivos do aconselhamento nesta fase deverão incluir entre outros: 1) enfatizar o suporte do Terapeuta da Fala e dos outros membros da equipa; 2) responder a questões colocadas pelo doente ou familiares; 3) explicar as alterações anatomo-fisiológicas que irão decorrer da cirurgia; 4) esclarecer expectativas inerentes ao período pós-operatório; 5) clarificar a intervenção do Terapeuta no pós-operatório; 6) proveitos e eficácia destas acções; 7) considerações diversas acerca do prognóstico funcional. Para além disso, esta consulta permite ainda reforçar vínculos afectivos entre o Terapeuta, os familiares e o próprio doente (Camargo, 2001; Camargo, 2003; Carrara-de Angelis & Furia, 2001; Carrara-de Angelis & Martins, 2000; Carvalho, 2001; Casper & Colton, 1998; Doyle, 1994; Estrela, Elias & Martins, 2003; Greene & Mathieson, 2005; Köhle, Camargo & Nemr, 2004; Logemann, 1998; Mekar *et al.*, 2000; Nemr, 1998; Nemr & Lehn, 2004; Perkins, Hancock & Ward, 2007; Prater & Swift, 1984; Sarriá, 2004).

No 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 seus familiares, estabelecer metas funcionais realistas, reforçar as alterações decorrentes do acto cirúrgico efectuado, e, verificar as capacidades do doente para se adaptar a essas modificações (Camargo, 2001; Camargo, 2003; Carrara-de Angelis 2000; Doyle, 1994; Greene & Mathieson, 2005; Köhle, Camargo & Nemr, 2004; Logemann, 1998; Nemr, 1998; Nemr *cit. in* Carvalho, 2001; Nemr & Lehn, 2004; Prater & Swift, 1984; Sarriá, 2004; Sparano, Ruiz & Weinstein, 2004).

Nesta fase deve ainda ser discutido o plano de reabilitação, e deixar informação escrita para que o doente e os familiares possam tomar contacto com as diversas metodologias da intervenção terapêutica (Casper & Colton, 1998). Uma má preparação pré-operatória pode resultar numa reacção negativa no pós-operatório que pode inviabilizar a reabilitação. É ainda extremamente importante manter um contacto próximo com o doente, sabendo este que o Terapeuta da Fala vai monitorizar o seu processo de recuperação, estando este sempre disponível para tirar dúvidas e para adequar os treinos com vista a acelerar o processo de comunicação, que decorrerá em paralelo com a melhoria das condições físicas (Doyle, 1994).

Ao longo desta fase deve ser levada a cabo uma avaliação periódica das capacidades de articulação, vocalização, fala, e deglutição. Para esta análise poderemos recorrer a escalas perceptuais, a avaliações da qualidade vocal e da ressonância, e grau de mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios. Em casos específicos poderemos recorrer à laringostroboscopia, à análise acústica da voz, à electromiografia e à avaliação psicoacústica. (Furkim & Carrara-de Angelis, 2000; Leeuw, Rinkel & Leemans, 2007). A avaliação clínica da deglutição pode ser efectuada com técnicas de avaliação objectiva (videofluoroscopia, endoscopia e cintilografia) e recorrendo a escalas de severidade da disfagia (Leeuw, Rinkel & Leemans, 2007).

Como já foi mencionado anteriormente, existe uma constante e crescente preocupação com a qualidade de vida dos doentes. Para avaliar estes aspectos podemos recorrer a diversos instrumentos. Destes os mais utilizados são o SF-36 (Short form 36 health survey), que avalia a qualidade de vida de uma forma geral, o "The quality of life questionnaire" (QLQ-C0) e o "The quality of life questionnaire of head and neck" (QLQ-H&N35), da "European Organization for Research and Treatment of Cancer" (EORTC), o primeiro para avaliações de carácter geral, o segundo especificamente para doentes com patologias na região da cabeça e do pescoço, e, os dois últimos direccionados para doentes oncológicos. Para além destas

ferramentas existem outras destinadas a avaliar áreas específicas como voz (Voice Handicap Index - VHI), fala (Speech Handicap Index - SHI) e deglutição (Swallowing quality of life - SWAL-QOL e Swallowing care - SWAL-CARE) (Leeuw, Rinkel & Leemans, 2007).

3.2. OUTRAS OPORTUNIDADES DE INTERVENÇÃO DOS TERAPEUTAS DA FALA NA ÁREA ONCOLÓGICA

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. A sintonia de muitas destas funções permitiu ao homem estabelecer comunicação através da fala. Assim, a ressecção de parte ou da totalidade de alguma destas estruturas, vai interferir directamente naquelas funções (Boyle & Kraus, 1998; Tonini, 2004). Por isso, a intervenção dos Terapeutas da Fala tem benefícios evidentes no sentido de adaptar as estruturas alteradas a funções como a comunicação e a deglutição. O trabalho destes profissionais deve proporcionar uma reabilitação rápida e eficaz, com vista a equilibrar o funcionamento daquelas estruturas, melhorando assim o estado psico-social e emocional dos doentes (Gulfier, 2005).

A reabilitação em doentes oncológicos deve ser iniciada o mais precocemente possível, ser eficaz e promotora de autonomia, e, efectuada no estrito respeito pelos princípios éticos da intervenção terapêutica. A avaliação da eficácia da intervenção destes profissionais deve ser avaliada e quantificada, ponderando os aspectos de melhoria subjectiva e objectiva que a terapia pôde de facto garantir ao indivíduo, mas também os eventuais malefícios decorrentes da intervenção terapêutica. Nesta avaliação deverá igualmente ser ponderada a participação do doente e dos familiares e os recursos disponibilizados para esse fim, devendo ser garantida igual qualidade assistencial a todos os doentes, no estrito respeito pelas diferenças individuais e étnicas (Köhle, Camargo & Nembr, 2004).

O limite da intervenção terapêutica deve ser definido entre o Terapeuta e o doente, tomando 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 Terapeutas da Fala (Köhle, Camargo & Nembr, 2004).

Apenas em jeito de ilustração, será apresentada uma síntese em forma de tabela, com as áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala de acordo com cada um dos procedimentos cirúrgicos, tendo como base as opções cirúrgicas mais relevantes efectuadas num serviço oncológico, no caso o Serviço de ORL do IPOPGF-EPE.

Região topográfica		Voz	Fala	Deglutição
Cavidade oral	Glossectomia parcial	×	×	×
	Glossectomia total	×	×	×
	Pelvectomia	✓	×	×
	Maxilectomia da infra-estrutura	×	×	×
	Ressecção do triângulo retromolar	×	×	✓
	Glossopelvectomia	×	×	×
Maxila/ Mandíbula	Maxilectomia	×	×	×
	Maxilectomia com exenteração da órbita	×	×	×
	Mandibulectomia	×	×	×
	Mandibulectomia marginal	×	×	×
Lesões da cavidade oral e maxila/ mandíbula	Glossopelvectomia com mandibulectomia/ Operação "Comando"	×	×	×

Faringe	Uvulectomia	✗	✗	✗
	Amigdalectomia	✗	✗	✗
	Faringectomia parcial (via externa ou laser)	✓	✓	✗
Laringe	Laringectomia supraglótica	✓	✓	✗
	Epiglotectomia laser	✓	✓	✗
	Cricohioidopexia	✗	✓	✗
	Cricohioidoepiglotopexia	✗	✓	✗
	Corpectomia via externa	✗	✓	✗
	Corpectomia laser	✗	✓	✓
	Laringectomia frontal anterior	✗	✓	✗
	Laringectomia fronto-lateral	✗	✓	✗
	Hemilaringectomia	✗	✓	✗
	Laringectomia near-total	✗	✓	✗
Laringectomia total	✗	✓	✗	
Faringolaringe	Faringolaringectomia	✗	✗	✗
Outras intervenções cirúrgicas	Esvaziamento ganglionar cervical	✓	✗	✗
	Traqueotomia	✗	✓	✗

Tabela 1. Áreas de intervenção dos Terapeutas da Fala afectadas, consoante a área removida e a técnica cirúrgica. O símbolo "✓" significa que não existem alterações e o "✗" que existem modificações.¹

¹ Adaptado de Behlau *et al.* (2005); Camargo (*cit. in* Mello, 2001); Carvalho (2001); Casper & Colton (1998); Cichero (2006); Crary & Groher (2003); Crevièr-Buchman, Brihaye & Tessier (1998); Figueiredo *et al.* (2000); Fouquet, Amaral & Vicente (2000); Furia (*cit. in* Carvalho, 2001); Gielow (1999); Gielow (*cit. in* Carvalho, 2001); Le Hucho & Allali (2004); Matos (2000); Mello (2001); Murray (1999); Nemr (1998); Perkins, Hancock & Ward (2007); Sanchez (2000); Seif (2001); Steffen e Feijó (*cit. in* Mello, 2001); Vale *et al.* (2000); Vicente (2000) e Zago e Sawada (*cit. in* Carvalho, 2001).

Após a leitura desta tabela, é possível verificar que em todas as cirurgias existem alterações referentes às áreas de intervenção do Terapeuta da Fala e que, na maior parte, em mais do que uma área.

4. CONCLUSÃO

A intervenção dos Terapeutas da Fala em doentes submetidos a cirurgias por tumores naso-sinusais e oro-faringo-laríngeos está em franca evolução. Esta é uma área que está intimamente relacionada com a comunicação e com a alimentação, duas áreas de extrema importância para a integração social.

Desta forma, a inclusão destes profissionais nas equipas multidisciplinares torna-se necessária, para uma recuperação que se deseja eficaz em tempo e em qualidade.

O Terapeuta da Fala deverá assim participar na avaliação, na orientação e na reabilitação, direccionando a sua acção para o doente, com o propósito de uma plena reintegração biopsicofisicossocial.

Ao longo deste trabalho, foi-nos possível demonstrar que existem alterações ao nível da voz, da fala e da deglutição, áreas nas quais os Terapeutas da Fala intervêm sequencialmente a actos cirúrgicos ou médicos direccionados para tratar tumores naso-sinusais e orofaringo-laríngeos.

Poder-se-á concluir dizendo que os Terapeutas da Fala têm um papel activo 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.

Por ser uma área extremamente diversificada e em ampla expansão técnica, torna-se essencial a intervenção dos vários profissionais intervenientes no processo, pelo que, maior preparação específica e mais investigações deverão ser realizadas, por forma a melhorar a eficácia e a humanização dos serviços, procurando-se assim assegurar a melhor qualidade de vida possível para os doentes.

5. BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS, M.L. (1999). *Manual of voice treatment – pediatrics through geriatrics*. 2.ª Ed. (1.ª Ed. 1994). Nova lorque, Thomson Delmar Learning.
- BEHLAU, M *et al.* (2005). Disfonias por câncer de cabeça e pescoço. *In: Behlau, M. (Org.). Voz – o livro do especialista*, Vol. II. Rio de Janeiro, Editora Revinter. pp. 213-285.
- BOYLE, J.O. & Kraus, D.H. (1998). Functional rehabilitation. *In: Close, L.G., Larson, D.L. & Shah, J.P. Essentials of head and neck oncology*. Nova lorque, Thieme Medical Publishers. pp. 369-378.
- CAMARGO, Z. (2001). Atendimento ao paciente com câncer de cabeça e pescoço. *In: Hernandez, A.M. & Marchesan, I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro, Editora Revinter. pp. 67-79.
- CAMARGO, Z., A. (2003). Reabilitação fonoaudiológica em câncer de laringe. *In: Pinho, S.M.R. Fundamentos em fonoaudiologia – tratando os distúrbios da voz*. 2.ª Ed. (1.ª Ed. 1998). Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan. pp. 101-116.
- CARRARA-DE ANGELIS, E. & Fúria, C.L.B. (2001). Tratamento fonoaudiológico em hospital oncológico – disfagias em câncer de cabeça e pescoço. *In: Hernandez, A.M. & Marchesan, I. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro, Editora Revinter. pp. 81-99.
- CARRARA-DE ANGELIS, E. & Martins, N.M.S. (2000). Orientação pré e pós-operatória em câncer de cabeça e pescoço. *In: Carrara-de Angelis, E., Fúria, C.L.B., Mourão, L.F. & Kowalski, L.P. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise. pp. 149-154.
- CARRARA-DE ANGELIS, E., Mourão, L.F. & Fúria, C.L.B. (2000). Avaliação e tratamento das disfagias após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço. *In: Carrara-de Angelis, E., Fúria, C.L.B., Mourão, L.F. & Kowalski, L.P. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise. pp. 155-162.
- CARVALHO, M.A. (2001). A atuação fonoaudiológica em pacientes laringectomizados totais. Monografia. [Especialização em Motricidade Oral]. Centro de especialização em fonoaudiologia clínica. [Em linha]. Disponível em www.cefac.br/library/teses/7e74eb76845190acc90347584b51ae6b.pdf [Consultado em 24/07/2007].
- CASPER, J.K. & Colton, R.H. (1998). *Clinical manual for laryngectomy and head/neck cancer rehabilitation*. 2.ª Ed. (1.ª Ed. 1993). Nova lorque, Thomson Delmar Learning.
- CERVANTES, O. (2000). O câncer de cabeça e pescoço e a equipe multidisciplinar. *In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). Fonoaudiologia em Cancerologia*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fono-

- audiologia em Cancerologia. pp. 62-67. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].
- CICHERO, J.** (2006). Conditions commonly associated with Dysphagia. In: Cichero, J. & Murdoch, B. (Ed.). *Dysphagia – foundation, theory and practice*. England, John Wiley & Sons. pp. 237-298.
- CRARY, M.A. & Groher, M.E.** (2003). *Introduction to adult swallowing disorders*. Estados Unidos da América, Elsevier Science.
- CREVIÈR-BUCHAMN, L., Brihaye, S. & Tessier, C.** (1998). *La déglutition, après chirurgie partielle du larynx*. Marseille, Solal Éditeurs.
- DELACURE, M.D.** (1998). Lip and oral cavity. In: Close, L.G., Larson, D.L. & Shah, J.P. *Essentials of head and neck oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers. pp. 178-191.
- DOYLE, P.C.** (1994). *Foundation voice and speech rehabilitation following laryngeal cancer*. San Diego, Singular Publishing Group, Inc.
- ESTRELA, F., Elias, V. & Martins, V.** (2003). Reabilitação do paciente disfágico em cirurgia de cabeça e pescoço. In: Jacobi, J.S., Levy, D.S. & Silva, L.M.C. *Disfagia - Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro, Editora Revinter. pp. 233-276.
- FIGUEIREDO, E.S. et al.** (2000). Aspectos fonoaudiológicos no pós-operatório da laringectomia near-total. In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). *Fonoaudiologia em Cancerologia*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 207-213. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].
- FOUQUET, M.L., Amaral, T.C.R.D.M. & Vicente, L.C.C.** (2000). Inteligibilidade de fala em pacientes com ressecção de tumor de cavidade de boca e/ou orofaringe. In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). *Fonoaudiologia em Cancerologia*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 195-204. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].
- FURKIM, A.M. & Carrara-de Angelis, E.** (2000). Organização de um departamento de reabilitação de voz, fala e deglutição. In: Carrara-de Angelis, E., Furia, C.L.B., Mourão, L.F. & Kowalski, L.P. *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise. pp. 141-147.
- GIELOW, I.** (1999). Reabilitação fonoaudiológica da disfagia em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. In: Furkim, A.M. & Santini, C.S. (Org.). *Disfagias orofaríngeas*. (1.ª Reimpressão 2001). São Paulo, Pró-fono. pp.203-227.
- GLEICH, L. & Gluckman, J.L.** (1998). Hypopharynx and cervical esophagus. In: Close, L.G., Larson, D.L. & Shah, J.P. *Essentials of head and neck oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers. pp. 211-222.
- GORUP, A. & Close, L.G.** (1998). Principles of surgical management. In: Close, L.G., Larson, D.L. & Shah, J.P. *Essentials of head and neck oncology*. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers. pp. 11-18.
- GREENE, M. & Mathieson, L.** (2005). *The voice & its disorders*. 6.ª Ed. (1.ª Ed. 1957). London, Whurr Publishers, Ltd.
- GULFIER, B.C.** (2005). Atuação fonoaudiológica em câncer de cabeça e pescoço – um estudo de caso. In: Pinto de Almeida, A.F. (Ed.). *Fonoaudiologia e lusofonia – I Simposium Luso-Brasileiro de Terapia da Fala*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. pp. 251-254
- KÖHLE, J.I., Camargo Z. & Nembr, 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). pp. 67-76. [Em linha]. Disponível em www.cefac.br/revista/revista61/Artigo%2010.pdf [Consultado em 24/07/2007].
- KOWALSKI, L.P.** (2000a). Câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de Angelis, E., Furia, C.L.B., Mourão, L.F. & Kowalski, L.P. *A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Lovise. pp. 19-25.

- KOWALSKI, L.P. (2000b). Bases do tratamento dos principais tumores de cabeça e pescoço. *In: Carrara-de Angelis, E., Furia, C.L.B., Mourão, L.F. & Kowalski, L.P. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.* São Paulo, Editora Lovise. pp. 27-31.
- LEEuw, I.M.V., Rinkel, R.N.P.M. & Leemans, C.R. (2007). Evaluating the impact of cancer of the head and neck. *In: Ward, E.C. & van As-Brooks, C.J. Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes.* San Diego, Plural Publishing. pp. 27-56.
- LE HUCHE, F. & Allali, A. (2004). *La voz – patología vocal de origen orgánico.* Vol. 3. Barcelona, Masson.
- LIMA, R.A., Soares, J.R.N. & Barbosa, M.M. (2001). Tumores malignos da laringe. *In: Barbosa, M.M., Sá, G.M. & Lima, R.A. Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço.* São Paulo, Editora Atheneu. pp. 107-118.
- LIN, D.T. *et al.* (2005). Squamous cell carcinoma of the oropharynx and hypopharynx, *The otolaryngologic clinics of North America*, 38(1), pp. 59-74.
- LOGEMANN, J.A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders.* 2.^a Ed. (1.^a Ed. 1983). Austin, Texas, Pro-Ed.
- MATOS, B.J. (2000). Laringectomias parciais. *In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). Fonoaudiologia em Cancerologia.* São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 38-47. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].
- MANISON, N.R. & Ward, E.C. (2007). Patient support and multidisciplinary management. *In: Ward, E.C. & van As-Brooks, C.J. Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes.* San Diego, Plural Publishing. pp. 347-379.
- MEKARU, D.T. *et al.* (2000). Laringectomizados totais: aspectos da reabilitação fonoaudiológica. *In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). Fonoaudiologia em Cancerologia.* São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 226-236. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].
- MELLO, J.N.D. (2001). A Atuação fonoaudiológica em laringectomias parciais. Monografia. [Especialização em Motricidade Oral]. Centro de especialização em fonoaudiologia clínica. [Em linha]. Disponível em www.cefac.br/library/teses/b9268a083cbef4d6d0a75ec4ff864a6a.pdf [Consultado em 24/07/2007].
- MURRAY, J. (1999). *Manual of dysphagia assessment in adults.* San Diego, Singular Publishing Group.
- NEMR, K. (1998). Câncer de cabeça e pescoço. *In: Marchesan, I.Q. Fundamentos em fonoaudiologia – aspectos clínicos de motricidade oral.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. pp. 85-90.
- NEMR, K. & Lehn, C. (2004). Voz em câncer de cabeça e pescoço. *In: Ferreira, L.P., Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (Org.). Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo, Editora Roca. pp. 102-117.
- NOVACK, A.J. (1969). Carcinoma of the anterior and lateral aspects of the floor of the mouth, *The otolaryngologic clinics of North America*, s/n.º(Outubro), pp. 565-588.
- ORELLANA, M.Y.A. (2005). A deglutição no paciente oncológico de cabeça e pescoço. *In: Marchesan, I.Q. (Org.). Tratamento da deglutição – a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países.* São Paulo, Pulso Editorial. pp. 221-237.
- PERKINS, K. Hancock, K.L. & Ward, E.C. (2007). Speech and swallowing following laryngeal and hypopharyngeal cancer. *In: Ward, E.C. & van As-Brooks, C.J. Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes.* San Diego, Plural Publishing. pp. 145-192.
- PRATER, R.J. & Swift, R.W. (1984). *Manual of voice therapy.* Boston, Little, Brown and Company.
- SANCHEZ, R.F. (2000). Reabilitação fonoaudiológica após as laringectomias parciais. *In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). Fonoaudiologia em Cancerologia.* São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 78-82. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].

- SARRIÁ, B.B.** (2004). Rehabilitación logopédica del laringectomizado. In: Morente, J.C.C. & Torres, J.A.A. *Manual del laringectomizado*. Málaga, Edições Aljibe. pp. 107-134.
- SAUNDERS, N.A., Coman, W.B. & Guminski, A.D.** (2007). Cancer of the head and neck. In: Ward, E.C. & van As-Brooks, C.J. *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. San Diego, Plural Publishing. pp. 1-26.
- SEIF, C.S.** (2001). Fonoaudiologia em cabeça e pescoço. In: Barbosa, M.M., Sá, G.M. & Lima, R.A. *Diagnóstico e tratamento dos tumores de cabeça e pescoço*. São Paulo, Editora Atheneu. pp. 209-15.
- SMEELE, L.E.** (2007). Oral, oropharyngeal, and nasopharyngeal cancer: intervention approaches. In: Ward, E.C. & van As-Brooks, C.J. *Head and neck cancer – treatment, rehabilitation, and outcomes*. San Diego, Plural Publishing. pp. 87-102.
- SPARANO, A., Ruiz, C. & Weinstein, G.S.** (2004). Voice rehabilitation after external partial laryngeal surgery, *The otolaryngologic clinics of North America*, 37(3), pp. 637-653.
- THOMAS, J.E. & Keith, R.L.** (2005). *Looking forward... the speech and swallowing guidebook for people with cancer of the larynx or tongue*. 4.^a Ed. Nova Iorque, Thieme Medical Publishers.
- VALE, L.P. et al.** (2000). Laringectomia parcial supracricóideia: avaliação perceptiva auditiva e acústica da voz. In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). *Fonoaudiologia em Cancerologia*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 246-252. [Em linha]. Disponível em [www.univag.com.br/biblioteca/ Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf](http://www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf). [Consultado em 06/09/2007].
- VICENTE, L.C.C.** (2000). Desafios e perspectivas no tratamento do câncer da boca e orofaringe: reabilitação fonoaudiológica das disfagias. In: Barros, A.P.B. et al. (Org.). *Fonoaudiologia em Cancerologia*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo – Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia. pp. 152-158. [Em linha]. Disponível em www.univag.com.br/biblioteca/Enfermagem/Cancer/Fonoaudiologia%20em%20cancerologia/cd06_03.pdf. [Consultado em 06/09/2007].