

Júlia Tayane Silva Cunha

ANÁLISE DA REABILITAÇÃO DA VOZ ALARÍNGEA

Trabalho apresentado à banca examinadora para conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2013

Júlia Tayane Silva Cunha

ANÁLISE DA REABILITAÇÃO DA VOZ ALARÍNGEA

Trabalho apresentado à banca examinadora para conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Laélia Cristina Caseiro Vicente - Doutora em Distúrbios da Comunicação

Coorientador: Luíza do Carmo Costa – Graduação em Fonoaudiologia

Belo Horizonte

2013

RESUMO EXPANDIDO

Objetivos: Identificar a prevalência de aquisição das vozes alaríngeas dos laringectomizados totais atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia HC/UFMG, assim como verificar o tempo para a aquisição da comunicação e analisar se os fatores gênero, idade e escolaridade podem influenciar na aquisição das vozes. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo observacional retrospectivo. Foram incluídos 73 indivíduos laringectomizados ou faringolaringectomizados totais, maiores de 18 anos, ambos os gêneros, que foram ensinados um ou mais meio de comunicação alaríngea e que foram atendidos no Ambulatório de Fonoaudiologia HC/UFMG em Belo Horizonte/MG, no período de junho de 2002 a dezembro de 2012. Para a coleta de dados foram analisados os meios de comunicação habitual utilizados no início da terapia e quais os tipos de voz alaríngea adquiridos: voz esofágica, faríngea, traqueoesofágica e eletrolaríngea. Quanto às vozes: aquisição das primeiras emissões, tempo para aquisição das primeiras emissões, métodos de ensinamento da voz esofágica, qual método possibilitou as primeiras emissões das vozes esofágica ou faríngea, frequência e o tempo para aquisição da comunicação alaríngea e o método utilizado para a comunicação com a voz esofágica ou faríngea. **Resultados:** Dos 73 pacientes incluídos, 96% realizaram o treino da voz esofágica. Para a produção da primeira emissão, 77% levou de uma a quatro sessões, já para a aquisição da comunicação com a voz esofágica, a média de tempo foi de 29 sessões (7 meses), sendo o método de deglutição mais utilizado. Durante o ensinamento da voz esofágica, 20 pacientes (28,6%) conseguiram produzir apenas emissão faríngea, sendo necessárias 13 sessões. Dentre os 20 participantes, apenas quatro conseguiram comunicação, necessitando em média de 29 sessões. Produziram a primeira emissão traqueoesofágica todos os seis pacientes, com a média de uma sessão, quanto à

comunicação, apenas um paciente conseguiu adquirir e precisou de seis sessões. A voz eletrolaríngea foi ensinada para 23 pacientes, 96% produziram a primeira emissão, com média de duas sessões. Para os 14 pacientes que adquiriram a comunicação eletrolaríngea, foram necessárias em média nove de sessões. Foi possível verificar que não houve diferença em relação à aquisição da voz alaríngea e o gênero, assim como não houve associação entre a escolaridade e a idade com a aquisição das vozes esofágica, traqueoesofágica e eletrolaríngea. Em relação à voz faríngea, a aquisição da voz foi maior entre indivíduos mais jovens. **Conclusão:** A voz traqueoesofágica, eletrolaríngea e esofágica apresentaram um alto índice de sucesso em relação à primeira emissão (um mês). Para a aquisição da comunicação, a voz eletrolaríngea obteve o melhor resultado (dois meses). Quanto à voz esofágica e faríngea poucos adquiriram e levaram um alto tempo. O método mais utilizado na voz esofágica foi o de deglutição e na faríngea, o método de injeção por pressão glossofaríngea. Não evidenciou-se diferença em relação à aquisição da voz alaríngea com o gênero, escolaridade e a idade. Para a voz faríngea, a aquisição da voz foi maior entre indivíduos mais jovens.

Descritores: Fonoaudiologia; Laringectomia; Voz alaríngea; Voz esofágica; Laringe artificial; Fonoterapia.

REFERÊNCIAS

1. INCA: Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 2012; Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe>
2. Ozturk A, Mollaoglu M. Determination of problems in patients with post-laryngectomy. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2013;54:107–11.
3. Pernambuco LA, Oliveira JHP, Régis RMFL, Lima LM, AraújoAMB; Balata PMM. Qualidade de vida e deglutição após laringectomia total. *Arch. Otorhinolaryngol*. 2012;16(4)460-5.
4. Carmo RD, Camargo Z, Nemr K. Relação entre qualidade de vida e auto-percepção da qualidade vocal de pacientes laringectomizados totais: estudo piloto. *Rev CEFAC*. 2006;8(4):518-28.
5. Paula FC, Gama RR. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009;38(3):177-82.
6. Assayag SV, Ferreira SB, Batista ES, Nemr K. Avaliação dos dados clínicos fonoaudiológicos e do grau de satisfação de indivíduos laringectomizados totais. *Rev CEFAC*. 2006;8(1):84-8.
7. Menezes MB, Fouquet ML, Katayama ET, Villareal FO, Suehara AB, Bertelli AAT, et al. Uso da toxina botulínica em pacientes laringectomizados totais para controle do espasmo do segmento faringoesofágico e aquisição de voz esofágica. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2012;41(1):27-32.
8. Jorge MS, Gregio FN, Camargo Z. Qualidade vocal de indivíduos submetidos à laringectomia total: aspectos acústicos de curto e de longo termo em modalidades de fonação esofágica e traqueoesofágica. *Rev CEFAC*. 2004;6(3):319-28.

9. Furia CLB, Mourão LF, Carrara-de-Angelis E. Reabilitação fonoaudiológica das laringectomias totais. In: Carrara-de-Angelis E, et al. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise, 2000. p. 127-38.
10. Soto NC, Teles VC, Fukuyama EE. Avaliação perceptivo-auditiva e acústica da voz traqueoesofágica. Rev CEFAC. 2005;7(4):496-502.
11. Barros APB, Carrara-de-Angelis E, Alexandre JCM, Nishimoto IN, Kowalski LP. Alaryngeal Communication Effectiveness And Long-term Quality Of Life. Applied Cancer Research 2005; 25(4):190-6.
12. Barros APB, Portas JG, Queija DS, Lehn CN, Dedivitis RA. Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2007;36(1):32-7.
13. Oridate N, Homma A, Suzuki S, Nakamaru Y, Suzuki F, Hatakeyama H, et al. Voice-related quality of life after treatment of laryngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;135(4):363-8.
14. Law IKY, Ma EPM, Yiu EML. Speech intelligibility, acceptability, and communication-Related quality of life in Chinese alaryngeal speakers. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;135(7):704-11.
15. Singer S, Wollbrück D, Dietz A, Pabst JSF, Vogel HJ, Oeken J, et al. Speech rehabilitation during the first year after total laryngectomy. Head & Neck. 2012;1-8.
16. D'Alatri L, Bussu F, Scarano E, Paludetti G, Marchese MR. Objective and subjective assessment of tracheoesophageal prosthesis voice outcome. Journal of Voice. 2012;26(5):607-13.

17. Yan N, Ng ML, Wang D, Zhang L, Chan V, Ho RS. Nonlinear dynamical analysis of laryngeal, esophageal, and tracheoesophageal speech of Cantonese. *Journal of Voice*. 2013; 27(1):101-10.
18. Luczaj J, Kosztyla-Hojna B. Voice prosthesis in patients after total laryngectomy. *Otolaryngol Pol*. 2003;57(6):897-903.
19. *Jornal do CFFa*. 2008;5(39):8-11.
20. Simpson CB, Postma GN, Stone RE, Ossof RH. Speech outcomes after laryngeal cancer management. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 1997;30(2):241-58.
21. Gates G, Ryan W, Cooper J. Current states of laryngectomy rehabilitation. I Results of therapy. *Am J Otolaryngol*. 1982;3(1).
22. Martin, H. Rehabilitation of the laryngectomy. *Cancer*. 1963;6:823-41
23. Gardner WH. Adjustment problems laryngectomized women. *Arch Otolaryn.* 1966;83:57-68.
24. Hung-Tao H, Yi-Shing L, Yuan-Ching C, Jeng-Chien Y, and Kwang-Yi T. Voice and swallowing after laryngopharyngectomy and free ileocolic flap reconstruction for hypopharyngeal cancer. *Annals of Plastic Surgery*. 2009;62(4):390-4.