

DESENVOLVIMENTO DA VOZ ESOFÁGICA EM FALANTE DE MANDARIM SOB A ÓTICA DA COGNIÇÃO E AUTONOMIA

Development of esophageal voice in a Madarin's speaking person through the cognition and autonomy perspective

Katia Nemr ⁽¹⁾, Alexandra de Oliveira Santos ⁽²⁾, Abrão Rapoport ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: relatar a fonoterapia em falante de mandarim, laringectomizado total, analisando sua evolução sob a ótica da cognição e autonomia. **Métodos:** relato de caso retrospectivo de dados de prontuário de indivíduo do gênero masculino, 68 anos, chinês, submetido à laringectomia total e radioterapia por sarcoma de laringe. Alfabetizado na China, demonstrava total desconhecimento do português brasileiro. A voz esofágica, única alternativa para o caso, foi iniciada com tradução (fato que não se confirmou, devido às significativas dificuldades de interlocução entre paciente e familiares). A fonoterapia foi realizada com linguagem gestual, apoio de figuras, modelo de voz emitido pela terapeuta e protocolo de controle. **Resultados:** o paciente conseguiu emitir o som esofágico antes da 10a sessão, mas não a fala fluente, desistindo na 14a. sessão. **Conclusão:** o paciente emitiu o som esofágico; e o fato de não ter desenvolvido a fala fluente pode ter relação com exercício do princípio da autonomia. A falta de domínio da língua portuguesa não deve ser considerada impedimento do desenvolvimento da voz esofágica.

DESCRITORES: Laringectomia; Voz Alaríngea; Cognição

■ INTRODUÇÃO

A voz esofágica continua sendo a mais utilizada alternativa de adaptação fonoaudiológica em nosso meio, especialmente em indivíduos submetidos à laringectomia total sem condições sócio-econômicas ou orgânicas de adaptação de prótese traqueo-esofágica. Ela tem sido tema de estudos na busca de justificativas para os fracassos e alternativas que aumentem o sucesso terapêutico.

Nas pesquisas que têm buscado respostas para o questionamento do porque alguns pacientes fracassam, enquanto outros desenvolvem a voz com pequenos esforço ¹, alguns fatores determinantes do sucesso terapêutico têm sido apontados na literatura.

Em estudo sobre os fatores determinantes da reabilitação vocal do laringectomizado², observou-se em relação às variáveis pessoais, clínicas e fonoaudiológicas, uma associação do desenvolvimento da voz esofágica com maior nível de escolaridade, atendimento fonoaudiológico pré-cirúrgico, e ausência de metástases, recidiva e segunda lesão. Este mesmo estudo analisou os fatores psico-sociais dos sujeitos com e sem voz esofágica, apontando como fator prognóstico satisfatório características de personalidade que geram estratégias positivas de enfrentamento do processo de adoecimento e cura, como a externalização de sentimentos.

Pesquisas sobre a cognição do indivíduo laringectomizado, comprovaram que o maior nível de escolaridade é fator facilitador do aprendizado da voz esofágica e que as relações de causalidade, necessárias para este aprendizado só se estabelecem a partir do adequado estímulo cognitivo³⁻⁴. Nestes estudos, indivíduos considerados inicialmente como fracassos terapêuticos absolutos conseguiram desenvolver a voz esofágica.

A avaliação das condições do segmento faringo-esofágico (SFE) e seu comportamento na introdução e expulsão do ar mostrou que bons falantes apresentam reservatório de ar e SFE vibrante⁵.

-
- (1) Fonoaudióloga Responsável pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Heliópolis e Docente do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis. Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.
 - (2) Fonoaudióloga Assistente do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Heliópolis. Especialista em Motricidade Oral.
 - (3) Cirurgião de Cabeça e Pescoço Coordenador do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis. Livre docente em Medicina pela Universidade de São Paulo.

Pesquisa demonstrou pela manometria maior pressão intra-esofágica durante a fonação em bons falantes⁶.

Em outra pesquisa não se observou evolução de alterações motoras do esôfago conseqüentes à laringectomia em duas manometrias realizadas com intervalo de seis a doze meses⁷.

Em relato de caso observou-se que houve possibilidade de desenvolvimento de voz esofágica mesmo na presença de paralisia bilateral do nervo hipoglosso⁸.

As questões da bioética também têm sido apontadas na prática profissional e, mais especificamente na cancerologia, visando a melhor qualidade de vida aos indivíduos que necessitam de adaptação fonoaudiológica. Dentre os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, este último tem papel fundamental na interrelação entre a proposta terapêutica e a aderência ao tratamento pelo paciente. É, nesta relação, que o indivíduo exercita sua liberdade de escolha⁹. Em pesquisa que objetivou identificar como os pacientes submetidos à laringectomia parcial ou total têm compreendido as informações referentes ao procedimento cirúrgico, a autora concluiu que a autonomia dos sujeitos não tem sido adequadamente considerada pela equipe¹⁰.

A abordagem fonoaudiológica com o paciente laringectomizado total desde o período pré-operatório tem sido discutida não só no Brasil¹¹. Da mesma forma, pesquisas sobre qualidade de vida dos laringectomizados têm sido desenvolvidas¹²⁻¹⁵.

Apesar das pesquisas nessa área estarem avançando, há ainda um universo a ser desvendado e, neste sentido, casos que apontem caminhos reflexivos e investigações com grandes casuísticas podem auxiliar e direcionar o fonoaudiólogo na compreensão da evolução da terapia para o desenvolvimento da voz esofágica.

No universo da cirurgia de cabeça e pescoço, frente às grandes mutilações advindas como tratamento oncológico, buscar alternativas que viabilizem uma comunicação efetiva e que atenda às necessidades do indivíduo é sinônimo de melhor qualidade de vida.

O objetivo deste estudo é relatar o caso de um falante de mandarim submetido a fonoterapia para desenvolvimento da voz esofágica, analisando sua evolução sob a ótica da cognição e da autonomia.

■ MÉTODOS

Relato de caso de um sujeito, gênero masculino, 68 anos, amarelo, procedente de Taiwan, China, portador de sarcoma de laringe, submetido à laringectomia total em 14/06/04 e radioterapia pós-operatória (6000 cGy) em região cervical, por lesão úlcero-vegetante de comissura anterior de pregas vocais, compromete-

tendo seu terço anterior com extensão para subglote em um centímetro.

Os dados foram colhidos do prontuário do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Heliópolis.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Heliópolis com número 395.

Descrição do caso:

Evolução médica: Traqueostomia prévia devido à dispnéia e radiodermite em grau severo durante a radioterapia. Atualmente mantém acompanhamento médico sem sinais de recidiva.

História fonoaudiológica: Realizado atendimento pré-cirúrgico durante a internação com informações verbais e por meio de manual de orientação¹⁶. Este atendimento foi realizado na presença de um dos filhos médico. Devido à informação dada pelo mesmo quanto à falta de compreensão da língua portuguesa pelo paciente, foram utilizadas imagens como instrumento facilitador da compreensão das alterações advindas da laringectomia total, que demonstram a estrutura cervico-facial normal, na presença do tumor e a estrutura anatômica após a cirurgia³.

Todas as alternativas de adaptação fonoaudiológica foram apresentadas: a prótese traqueo-esofágica foi contra-indicada para adaptação imediata no ato cirúrgico e após, descartada pela família diante do custo da prótese e da necessidade de trocas periódicas. A eletrolaringe foi descartada pelo paciente que se recusou a testá-la. A voz esofágica, num primeiro momento mostrou ser uma alternativa também improvável devido à barreira da língua (mandarim). Contudo, a família insistiu na tentativa de desenvolvê-la e com gestos afirmativos diante da interlocução de familiares, esta opção parecia aceita pelo paciente.

As informações eram transmitidas pela equipe de fonoaudiologia nos diversos encontros pré e pós-operatórios durante a internação, utilizando como metodologia a linguagem gestual e o uso de imagens visando estabelecer um vínculo comunicativo eficiente. Esses atendimentos foram realizados na presença de familiares (esposa e filho médico) que auxiliavam na tradução. Contudo, o grau de compreensão por parte do paciente mostrou-se indefinido, não ficando claro se o paciente foi para a cirurgia com plena compreensão da perda irreversível da voz laríngea, da traqueostomia definitiva e do processo de fonoterapia para a aquisição de uma nova alternativa vocal.

Durante a internação todas as informações foram repetidas nos atendimentos pós-operatórios, porém os cuidadores apresentavam dificuldades com a fluência da língua portuguesa, cuja compreensão também se mostrava insatisfatória (esposa e segundo filho).

Após a alta médica, o paciente foi encaminhado

para o Serviço de Fonoaudiologia a fim de que fosse estudada a melhor alternativa de comunicação.

■ RESULTADOS

A seqüência do acompanhamento fonoaudiológico no período após a alta hospitalar iniciou-se com a presença da esposa como acompanhante, com quem o diálogo se mostrou muito difícil, tanto em relação à compreensão, quanto à emissão. Devido a esta dificuldade, foi solicitada a presença do filho médico (único membro familiar que demonstrou boa comunicação em ambas línguas) e também para que fosse reforçado com ele a necessidade de higienização intra-oral e da traqueostomia, que não estava sendo realizada conforme orientações da equipe, bem como para definição da melhor alternativa comunicativa.

No encontro seguinte, estiveram presentes os dois filhos do paciente. Devido às argumentações do filho médico para que fosse iniciada a terapia para desenvolvimento da voz esofágica, que referiu ser esta a vontade do pai e, levando-se em consideração que o mandarim, composto por grande número de vocábulos monossilábicos, poderia ser um fator facilitador do desenvolvimento da voz esofágica fluente, optou-se por iniciar a fonoterapia. Ficou acordado que para que se efetivasse tal tentativa, o segundo filho acompanharia as sessões, sendo este o único que teria disponibilidade de tempo para acompanhá-lo, auxiliá-lo nos exercícios em casa e traduzir as orientações da terapeuta na fonoterapia. Durante esta sessão, com a tradução feita pelo filho médico, pareceu à equipe que o paciente havia compreendido as alternativas apresentadas e concordado com o seguimento do caso. Nesta ocasião eles foram apresentados para o grupo de laringectomizados e as primeiras orientações fonoterápicas foram dadas, com as explicações dos métodos de aquisição por figuras e por emissões, da terapeuta e de pacientes do grupo.

No retorno seguinte, o filho que fazia a tradução durante a fonoterapia, mostrou apenas uso da linguagem gestual com o pai. Ao ser questionado, alegou que desconhecia o mandarim e que essa era a única forma de comunicação entre ambos. Foi solicitada novamente a presença do filho médico, sem sucesso após várias tentativas, sendo que os demais familiares alegavam que ele não tinha disponibilidade de tempo para acompanhar o pai.

Diante deste novo fato, optou-se pelo atendimento individual com a pesquisadora responsável, que utilizaria a mesma metodologia que vinha sendo empregada com linguagem gestual, imagens e modelo de voz produzida pela mesma visando facilitar a pista visual e auditiva. Este atendimento era realizado em sala anexa à do atendimento em grupo que acontecia simultaneamente, sendo que o atendimento indi-

vidual iniciava-se após a realização dos exercícios de alongamento e relaxamento realizados em conjunto.

A partir da 3a. sessão, o paciente emitiu o som esofágico pelo método da deglutição de ar. O filho que acompanhava as sessões foi orientado a acompanhar o treino em casa, preencher o protocolo elaborado pela terapeuta, e trazê-lo na sessão seguinte. Este protocolo constava de anotações da frequência, da efetividade nos exercícios orientados e das emissões conseguidas ao longo da semana. O objetivo deste protocolo era facilitar a compreensão por parte da terapeuta quanto à evolução da terapia fora da sessão e controlar a sistematicidade dos exercícios³.

Durante a fonoterapia, o paciente se submeteu a extrações dentárias e na 10ª sessão fonoaudiológica, o filho referiu que o pai não queria treinar em casa devido à dificuldade de emissão pela falta dos dentes. Esse fato se repetiu nas quatro sessões seguintes. Em todos os retornos a fonoaudióloga responsável repetia todas as explicações utilizando o apoio de figuras, baseando-se no protocolo utilizado em pesquisa anterior³.

Na 14ª sessão, durante um momento em que o filho se ausentou da sala de terapia, o paciente dirigiu-se às figuras e por meio de articulação e linguagem gestual, fez-se entender com as seguintes mensagens compreendidas pela terapeuta: "que ele havia cortado a garganta e que por isso não poderia mais falar", que era diferente dos demais membros do grupo". Chamou-se então um paciente do grupo, bom falante e a fonoaudióloga explicou que ambos haviam feito a mesma cirurgia. O paciente demonstrou espanto com as explicações.

Foi a primeira manifestação comunicativa efetiva do paciente que havia conseguido se fazer entender. Surgiu então a seguinte questão: ele não teria compreendido as alterações decorridas da cirurgia e, portanto, não havia estabelecido as relações de causalidade necessárias para o novo padrão de voz? Ou tal atitude estava sendo uma forma dele demonstrar que não acreditava no sucesso e na efetividade do trabalho, apontando, neste caso, para a falta de aderência ao tratamento? Nesta mesma sessão, após as explicações, o paciente conseguiu ótimas emissões com as vogais, contudo, não retornou às sessões seguintes.

Cinco meses depois, durante um retorno médico, o paciente solicitou ajuda da fonoaudióloga para se fazer entender com a equipe de apoio do ambulatório, pois estava desacompanhado. Demonstrou, neste momento, ótima compreensão da língua portuguesa. A fonoaudióloga responsável, após auxiliá-lo na questão específica, questionou-o sobre os motivos do abandono da fonoterapia. Para que a resposta fosse o mais efetiva e fidedigna possível (sim ou não), foram apresentadas as alternativas: se queria apren-

der a nova voz, ao que ele respondeu que sim; e se ele achava que não conseguiria aprender, concordando afirmativamente com esta segunda colocação.

Foi oferecido a ele o reinício da fonoterapia, caso quisesse. Diante da oferta, o paciente sorriu, demonstrando certo agradecimento e provável declínio ao convite, pois não retomou o tratamento.

Em síntese, o paciente conseguiu emitir o som esofágico, mas não a fala fluente, abandonando a fonoterapia na 14a. sessão.

■ DISCUSSÃO

A idade, o gênero e a macroscopia da lesão neste caso estão compatíveis com os achados da literatura que aponta a faixa etária entre 60 e 70 anos para tumores glóticos, com macroscopia vegetante¹⁷. Contudo, o tipo histológico de sarcoma se configura como um caso raro já que o carcinoma epidermóide como o tipo mais freqüentemente encontrado nestes tumores¹⁷⁻¹⁸.

Em relação à evolução médica, a traqueostomia prévia é compatível com quadro de dispnéia, mais freqüente nos tumores que acometem a glote com invasão à subglote¹⁷⁻¹⁸.

Quanto ao atendimento pré-cirúrgico, o uso de imagens e do manual de orientação¹⁶ têm auxiliado em muito a prática fonoaudiológica e mostrou ter valor prognóstico no desenvolvimento da voz esofágica². Esse instrumento de auxílio é especialmente favorável no caso de pacientes analfabetos.

No caso relatado, a intenção do uso do manual e de figuras foi minimizar a barreira comunicativa devido à comunicação exclusiva pelo mandarim. Apesar do paciente ser alfabetizado na sua língua mãe, o recurso das imagens teve como objetivo estabelecer a compreensão dos aspectos pertinentes à proposta cirúrgica e à fonoterapia. Mesmo com aparente entendimento por parte do paciente diante das informações que lhe eram transmitidas, as dúvidas da equipe de fonoaudiologia em relação à real compreensão pode ter sido prejudicada pelas intervenções familiares, que, em princípio pareceriam satisfatórias, mas que em momento posterior mostrou não ser tão efetiva.

Além disso, deve-se considerar que o período pré-cirúrgico traz consigo inseguranças naturais e receios que, muitas vezes, limitam a compreensão das informações dadas pela equipe. O impacto do diagnóstico e da mutilação em alguns casos favorece o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que podem limitar a interação comunicativa. Associado a isso, a cognição, muitas vezes já prejudicada em alguns indivíduos, pode agravar essa dificuldade de compreensão. No caso específico, a insegurança gerada com a falta de

domínio do português e as informações repassadas pela família podem ter comprometido este percurso, ao ponto da equipe não ter ficado completamente segura se o paciente foi para a cirurgia com a necessária compreensão do processo pós-operatório.

No momento em que o paciente foi para fonoterapia para que a melhor alternativa de comunicação fosse estudada, observa-se que diante das possibilidades, a voz esofágica mostrou-se como única opção, fato muito freqüente na nossa prática, seja por impedimentos clínicos, seja por limitação financeira.

O fato de um dos filhos ser médico, dominar fluentemente tanto o português brasileiro como o mandarim (ao menos esta era a sensação em relação às emissões, já que nenhum membro da equipe tinha conhecimento do mandarim), e ter livre trânsito com a equipe para discutir o caso, fez com que a opção pela fonoterapia se tornasse o caminho de opção viável. No decorrer, porém, os desajustes comunicativos na dinâmica familiar ficaram evidentes, bem como o limitado papel e participação deste filho no processo de adaptação fonoaudiológica.

O segundo filho, acompanhante durante a fonoterapia, além de demonstrar dificuldades claras de comunicação com o pai, expôs para membros da equipe problemas na dinâmica familiar que apontavam claramente a necessidade de apoio psicológico e psiquiátrico, alternativa descartada pelo mesmo.

Apesar das dificuldades iniciais, a intervenção fonoaudiológica individual e a manutenção do contato parcial com o grupo de laringectomizados mostrou-se eficiente, já que o paciente emitiu o som esofágico na 3a. sessão e desta, até a 14a, última em que o paciente esteve presente, o som estava cada vez mais sistemático e claro.

O método da deglutição mostrou-se mais efetivo neste caso, especialmente pelas pistas visuais que oferece. Este método descrito por Gutschmann¹⁹, consiste em que o paciente abra a boca, tome ar, feche a boca selando fortemente os lábios, engula o ar impulsionando sua introdução no esôfago, e em seguida expulsa o ar com a emissão de uma vogal aberta. Apesar das desvantagens do método apontadas na literatura²⁰⁻²³, parece consenso que é um método de fácil compreensão e execução^{2,21,23}. Apesar do método da injeção de ar também ter sido estimulado, foi com o da deglutição que o paciente conseguiu melhor emissão.

O fato da terapeuta produzir a voz ajudou no apoio visual e auditivo e a linguagem gestual dava os reforços positivos às emissões conseguidas pelo paciente. Esta estratégia aponta para a necessidade, em casos especiais, de que o fonoaudiólogo saiba fazer a voz pelos diversos métodos, sendo

que a não execução, torna a terapia limitada e, muitas vezes um dos fatores que pode contribuir para o insucesso. Mesmo com a possibilidade de apresentar outros pacientes emitindo a voz, quando o profissional consegue emití-la é sempre conveniente. Reforça esta idéia o fato de que nem sempre o recurso de outros falantes é possível, especialmente nas terapias individuais, realizadas em consultórios. Este recurso como um diferencial nos índices de sucessos ou insucessos preconizados na literatura deve ser melhor investigado.

A limitada evolução e o não desenvolvimento da voz fluente parece ter relação com três aspectos.

O primeiro diz respeito à interrupção do treino em casa (o filho referiu que o paciente teria alegado dificuldades na emissão com a ausência de dentes). As falhas ou ausência de dentes mostra-se na prática fator limitante à pressão bilabial e propulsão do ar para o esôfago, podendo desfavorecer as emissões; contudo, este aspecto deve ser melhor investigado, já que por outro lado, o bom desempenho observado nas sessões não reforçava esta argumentação. A sistematicidade dos exercícios fora das sessões foi um dos aspectos abordados em pesquisa anterior³, demonstrando direta relação deste treino com o sucesso da voz esofágica.

Na 14a. sessão, a questão apontada frente à forma como o paciente se fez entender diante das figuras remete ao segundo aspecto a ser considerado: ele não teria compreendido as alterações decorridas da cirurgia e, portanto, não havia estabelecido as relações de causalidade necessárias para o novo padrão de voz, ou estava sendo uma forma dele demonstrar que não acreditava no sucesso e na efetividade do trabalho, apontando, neste caso para a falta de aderência ao tratamento. A hipótese mais provável, apesar do espanto demonstrado com as explicações, aponta para a segunda alternativa, já que o paciente estava emitindo o som esofágico de forma cada vez mais sistemática. Porém, até este momento a barreira da língua pareceria ser um fator importante neste processo e por mais efetiva que fosse a metodologia e o empenho da terapeuta, a comunicação entre ambos se dava de forma limitada.

O terceiro aspecto refere-se à possibilidade de que a desistência da fonoterapia tenha ocorrido pelo exercício do princípio da autonomia, já que nesta ocasião demonstrou ótima compreensão do português estando sozinho. Teria ele então compreendido todas as informações anteriores em que a fonoaudióloga explicava para a família e esta traduzia a ele?

Haveria, neste caso, uma associação de fatores cognitivos, bioéticos, comunicativos e familiar que podem ter interferido na evolução do caso?

Mesmo que essas perguntas não estejam cla-

ramente respondidas, neste caso, o princípio da autonomia deve ser considerado em todas as circunstâncias que envolvam participação do paciente; e, para que esta se dê de maneira efetiva, a equipe deve estar preparada para lidar com situações difíceis como a relatada neste estudo.

Retomando a circunstância de opção pela voz esofágica, observamos que pela insistência familiar, aparentemente essa era também a vontade do paciente. Porém, devemos considerar que a autonomia do paciente possa não ter sido efetivamente considerada, nem pelos familiares, nem pela equipe. O impedimento da língua para a comunicação direta entre fonoaudióloga e paciente; a interlocução familiar, que no decorrer da fonoterapia se mostrou bastante complexa e pouco efetiva, podem ter sido determinantes do estabelecimento de uma idéia equivocada de que a fonoterapia para o desenvolvimento da voz esofágica era a vontade do paciente. A questão da autonomia, bem como da vulnerabilidade do paciente podem, ao menos em parte, explicar a evolução do caso. Se o exercício da autonomia só é possível caso as alternativas estejam tão claras que o direito de opção do sujeito esteja garantido, neste caso, a equipe não estava segura de que este princípio estava sendo totalmente respeitado^{9,10,24-25}.

Outro aspecto que parece relevante neste relato é que o impedimento da língua pode ser contornado de maneira efetiva com metodologias adequadas de fonoterapia, já que o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para buscar alternativas comunicativas que possibilitem ao paciente compreender as informações e garantir que ele consiga se fazer entender. Essa é uma prática constante na fonoaudiologia em oncologia, especialmente em hospitais públicos, com pacientes analfabetos que se vêem privados da comunicação após cirurgias de cabeça e pescoço, seja por não terem a possibilidade da escrita como alternativa, ou mesmo pelas limitações da articulação impostas pelos curativos e cuidados pós-operatórios durante a internação^{3,26}.

Além da voz esofágica, existem outras alternativas de adaptação vocal após laringectomias totais, dentre elas as próteses traqueoesofágicas e o eletrolaringe, cada uma apresentando vantagens e desvantagens²⁷⁻³⁰. A opção deve ser feita com estudo criterioso daquela que mais se adequa às necessidade de cada sujeito, levando consideração suas condições cognitivas, sócio-econômicas-culturais, e deve ser definida em conjunto pelo paciente, familiares e profissionais que o assistem visando sua reintegração social a partir de uma melhor qualidade de vida.

■ CONCLUSÃO

A comunicação em outra língua não parece ter sido fator relevante de impedimento para aquisição da voz esofágica, uma vez que o paciente conseguiu

se fazer entender, emitiu o som esofágico antes da 10a. sessão, mas não desenvolveu a fala fluente, abandonando a fonoterapia na 14a. sessão, ao que parece por vontade própria.

ABSTRACT

Purpose: to report the speech pathology therapy in a Mandarin speaker, total laryngectomee, analyzing the evolution under a cognition and autonomy perspective. **Method:** relate of retrospective case about a male gender individual, 68 years-old, Chinese, submitted to a total laryngectomy and radiotherapy due to larynx sarcoma.. Alphabetized in China, he demonstrated no knowledge of Brazilian Portuguese language. The esophageal voice, only alternative for the case, was initiated with translation (fact that was not confirmed, due to the significant difficulties of interlocution between the patient and his family members). The speech pathology therapy was realized with gesture language, image support, voice model emitted by the therapist and control protocol. **Results:** the patient was able to emit the esophageal sound before the 10th session, but not the fluent speech, the patient gave up in the 14th session. **Conclusion:** the patient emitted the esophageal sound and the fact that he did not develop the fluent speech is maybe related to the employment of the autonomy's principle. The fact that someone does not have knowledge of the Portuguese language should not be considered a barrier for developing esophageal voice.

KEYWORDS: Laryngectomy; Speech, Alaryngeal; Cognition

■ REFERÊNCIAS

- 1 - Mahieu HF. Voice and speech rehabilitation following gectomy. Groningen: Groningen University Hospital; 1988. 177 p.
- 2 - Nemr NK. A outra voz: estudo dos fatores determinantes da adaptação vocal do laringectomizado [mestrado]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992.
- 3 - Nemr NK. A epistemologia genética de Jean Piaget na adaptação do laringectomizado [doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
- 4 - Nemr K, Ramozzi-Chiarottino Z. Fatores cognitivos na adaptação vocal após laringectomia total. Rev Bras Otorrinolaringol 2002; 68(6):805-10.
- 5 - Fouquet ML. Relação entre a avaliação videofluoroscópica do esôfago e a qualidade vocal esofágica [mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
- 6 – Dantas RO, Aguiar-Ricz LN, Oliveira EC, Mello-Filho FV, Mamede RCM. Pressão intra-esofágica durante a produção da voz esofágica em pacientes laringectomizados com e sem recuperação da capacidade de comunicação oral. Arq Gastroenterol 2001; 38(3):158-61.
- 7 - Dantas RO, Aguiar-Ricz LN, Ramos FS, Oliveira EC, Mello-Filho FV, Mamede RCM. Evolução das alterações motoras do esôfago de pacientes laringectomizados. Gastroenterol Endosc Dig 2000; 19(5):199-202.
- 8 – Greco AM, Nemr K, Kohle J, Ribeiro S, Curioni O. Voz esofágica após faringolaringectomia e paralisia bilateral do hipoglosso: relato de caso. Pró-fono 2003; 15(1):41-4.
- 9 - Nemr K, Rapoport A. Fonoaudiologia em cabeça e pescoço: aspectos bioéticos. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, II Congresso Sulamericano de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, II Congresso de Fonoaudiologia em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Minas Gerais; 1999.
- 10- Paixão AO. Consentimento informado em laringectomizados: estudo em um hospital escola. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001; 9(2):104-9
- 11 – Sinkiewicz A, Betlejewski S, Betlejewski A, Mackiewicz H. Proposal of rehabilitation standard after laryngectomy. Otolaryngol Pol 2004; 58(4):753-6.
- 12 – Moreno AB, Lopes CS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. Cad Saúde Púb 2002; 18(1):81-92.
- 13 – Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. Clinics 2005; 60(2):135-42.
- 14 – Stankovic P, Djukic V, Janosevic LJ, Arsovic N. The analysis of the quality of life in laryngectomized patients. Acta Chir Iugosl 2004; 51(1):43-7.
- 15 – Udaka T, Fujiyoshi T, Fujimura T, Yamamoto F, Sasaki S, Okamoto M, Suzuki H. Rehabilitation and return-to-work after laryngectomy: the role of industrial otolaryngologists. J UOEH 2004; 26(2):253-8.

- 16 - Nemr K, Salomão L. Manual de orientação ao laringectomizado. São Paulo: Hospital Heliópolis; 2002.
- 17- Carvalho MB. Epidemiologia, patologia, diagnóstico e estadiamento clínico dos tumores malignos da laringe. In: Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 18 - Kowalski LP. Câncer de cabeça e pescoço. In: De Angelis EC, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000.
- 19 - Gustsmann H. Stimme und sprche ohne kehlkopf. Z Laryng 1908; 1:221-42.
- 20 - Behlau MS, Pontes P, Ziemer R. Reabilitação vocal do paciente laringectomizado. In: Ferreira LP. Trabalhando a voz. São Paulo: Summus; 1988. p. 139-54.
- 21 - Fúria CLB, Mourão LF, De Angelis EC. Reabilitação fonoaudiológica das laringectomias totais. In: De Angelis EC, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p. 227-38.
- 22 - Gonçalves MIR, Behlau MS. Laringectomia total: perspectivas de reabilitação vocal. In: Lopes Filho O. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997. p. 1063-78.
- 23 - Camargo ZA. Reabilitação fonoaudiológica em câncer de cabeça e pescoço. In: Pinho SMR. Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz. São Paulo: Guanabara Koogan; 1998. p. 99-114.
- 24 - Bittar NME. Avaliação da vulnerabilidade em pacientes portadores de câncer de laringe [mestrado]. São Paulo (SP): Hospital Heliópolis; 2005.
- 25 - Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Apresentando a bioética. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 15-8.
- 26-Nemr K. Câncer de cabeça e pescoço. In: Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 103-20.
- 27-Costa CC, Rapoport A, Chagas JFS, Oliveira IB, Castro P, Magna LA. Reabilitação vocal de laringectomizados com prótese traqueoesofágica. Rev Bras Otorrinolaringol 2001; 67(5):707-14.
- 28-Kruschewsky LS, Freitas LSC. Complicações decorrentes do uso de prótese vocal. Acta Cir Bras 2002; 17(3):116-20.
- 29-Juarbe C. Overview of results with traqueo-esophageal pucture after total laryngectomy . Bol Assoc Méd PR 1989; 81(11):455-7.
- 30-Wannmacher L, Figueiredo ES. Estudo de inteligibilidade da fala eletrolaríngea de laringectomizados totais. Pró-fono 1999; 11(2):22-6.

RECEBIDO EM: 10/05/05

ACEITO EM: 25/10/05

Endereço para correspondência:
Rua Cônego Xavier, 276 – 10º. andar
São Paulo – SP
CEP: 04231-030
Tel: (11) 62152837
E-mail: knemr@uol.com.br