

AValiação DA ORIENTAÇÃO SISTEMATIZADA NA REABILITAÇÃO DA VOZ DE PACIENTES LARINGECTOMIZADOS

Olga Maimoni Aguillar *
Emilia Luigia Saporiti Angerami **

AGUILLAR, O. M. & ANGERAMI, E. L. S. Avaliação da orientação sistematizada na reabilitação da voz de pacientes laringectomizados. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(1):47-60, 1983.

Nenhuma cirurgia realizada atualmente produz mais profundas alterações fisiológicas e psíquicas que a laringectomia. Estas pessoas, após a cirurgia, vêem-se impossibilitadas de falar, respiram através da traqueostomia, tem alteração do olfato e do paladar e, na maioria das vezes, suspeitam de que possuem câncer. O propósito deste trabalho, é testar o método de aprendizagem da voz esofágica com a finalidade de ajudar a reabilitação do paciente laringectomizado. Concluímos que o método utilizado para adquirir a voz esofágica teve resultados satisfatórios; que o enfermeiro é profissional capaz de orientar esse aprendizado e que além do problema de comunicação, muitos outros afligem o paciente laringectomizado.

INTRODUÇÃO

Ao iniciarmos nossa carreira profissional, trabalhamos por alguns anos como enfermeira de campo no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Durante este período, tivemos a oportunidade de observar que pacientes submetidos à ressecção total da laringe por câncer saíam com alta hospitalar, afásicos, deprimidos, sentindo todo o peso das limitações conseqüentes à cirurgia. A assistência ambulatorial oferecida nos retornos pós-alta prendia-se quase que exclusivamente aos cuidados com o local cirúrgico, incluindo troca de cânula de traqueostomia, aspiração de secreções ou sessões de radioterapia.

Em outubro de 1979, fomos solicitados pelo Serviço de Cirurgia Maxilo-buco-cervical do Hospital das Clínicas, para fazer o seguimento pós-cirúrgico de pacientes submetidos à ressecção total da laringe, pois os membros da equipe cirúrgica sentiam-se insatisfeitos no que se referia à reabilitação destes pacientes.

* Enfermeira. Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

** Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aceitamos a solicitação que nos foi feita e resolvemos caminhar junto ao paciente laringectomizado, rumo à sua reabilitação. Como vários autores ^{8,11,17,23} parecem unânimes em afirmar que o desenvolvimento da voz é a chave para a adaptação do indivíduo à sua nova maneira de viver, desde que a forma de comunicação entre as pessoas, principalmente as ocidentais, é basicamente verbal, decidimos, então, ajudar o paciente laringectomizado a falar novamente.

Para desenvolver este trabalho, o primeiro passo foi prepararmo-nos, buscando conhecer mais profundamente os fundamentos teóricos da patologia, assim como conceitos gerais de reabilitação e, em particular, o da reabilitação da voz.

Entramos em contato com pessoas laringectomizadas, que já estavam adaptadas em seu meio ambiente, inclusive conversando bem, e procuramos conhecer sua história, a fim de termos subsídios práticos para cuidar, com segurança, de nossos pacientes.

Abordaremos a seguir, alguns aspectos do câncer de laringe para melhor compreensão dos problemas do paciente portador dessa doença.

Etiologia e Incidência da Patologia

O câncer de laringe ocorre predominantemente no sexo masculino (95%), no grupo etário de 50-70 anos ^{8,17,19}, e sua incidência tem sido freqüentemente relacionada ao hábito excessivo do fumo e do álcool ^{8,10,15}, assim como a infecções crônicas do trato respiratório, deficiências alimentares e poluição do ar.

Dados de 1975, da Divisão Nacional do Câncer, revelam que, no Brasil, ocorrem 1.300 casos ao ano dessa doença na laringe; nos Estados Unidos, em 1968, a incidência já era de 3.000 casos/ano. Sabe-se, ainda, que em grupos asiáticos que têm por hábito mascar fumo, a incidência é muito alta ¹⁷. Por outro lado, na Bélgica esse número cai para 100 casos ao ano ⁴.

Atualmente, muitas têm sido as campanhas empreitadas no sentido de combate ao fumo, como uma forma de prevenção primária do câncer do aparelho respiratório.

Sintomatologia e Diagnóstico

A rouquidão persistente pode ser o único sintoma que leva a pessoa a procurar assistência; entretanto, pode haver também dispnéia e disfagia por compressão, quando o tumor é de grande tamanho, podendo o paciente referir sensação de um "bolo" na garganta. Alguns ainda referem dor persistente que irradia para o ouvido.

O diagnóstico é estabelecido através de: anamnese, palpação de glânglios, radiografias, exames laringoscópicos e biópsia para exame anátomo-patológico.

Em estudo¹⁹ realizado sobre as reações do paciente em face do diagnóstico e a indicação de cirurgia, foi constatado que, de 70 pacientes, 51 apresentaram depressão aguda e 3 tentaram suicídio.

A maioria destes indivíduos apresentava, até então, rouquidão persistente, o que na realidade não os preocupava muito e repentinamente se encontraram entre duas alternativas de escolha: a morte precoce ou a remoção total da laringe. Isto, para o paciente, é um choque do qual nunca se recupera completamente.

Tratamento

O tratamento radiocirúrgico tem sido o mais utilizado. A irradiação pré-operatória alcançou grande importância na atualidade e, com ela, foram conseguidos melhores resultados quanto à ausência de sintomas durante 5 anos ou mais²⁰.

A irradiação pré-operatória é feita nos tumores com o objetivo de: dificultar sua propagação pela rede linfática, debilitar sua vitalidade, testar se é sensível à radiação e tornar operáveis tumores inoperáveis pela sua extensão.

A cirurgia realizada é a laringectomia total, que pode ser acompanhada ou não, da retirada de glânglios linfáticos cervicais, se já houver metástase, ou como medida preventiva. A traqueostomia, quando necessária, é feita antes ou concomitantemente à cirurgia. O fluxo respiratório é, então, desviado e o paciente passa a respirar pela traqueostomia; ele deve permanecer por algum tempo com sonda nasogástrica, até que haja cicatrização dos tecidos e possa alimentar-se por via oral.

A perda da voz acontece devido a interrupção do fluxo de ar vindo dos pulmões, e à extirpação das cordas vocais que modulam esta corrente de ar, determinando os sons.

HUNT⁹ afirma que nenhuma cirurgia realizada hoje em dia produz tão profundas alterações psicológicas e fisiológicas como a laringectomia.

Para LARSEN¹⁰, a desfiguração e o dano funcional, que são seqüelas freqüentes da cirurgia de cabeça e pescoço, podem ser traumáticas tanto para o paciente como para sua família e seus amigos.

Repentinamente a pessoa fica impossibilitada de se comunicar verbalmente; os alfabetizados, já no pós-operatório imediato, utilizam-se da escrita, mas, os que não têm este recurso lançam mão de gestos, na tentativa, às vezes infrutífera, de se fazerem compreender.

Reabilitação

LARSEN¹⁰ afirma que as medidas de apoio e reabilitação deveriam ser iniciadas mesmo antes do tratamento.

Alguns itens citados como componentes da reabilitação do paciente devem ser revistos pelo enfermeiro, tais como: 1) auxiliar o pa-

ciente a compreender e enfrentar a situação, esclarecendo suas dúvidas; 2) orientá-lo e estimulá-lo na execução do auto-cuidado, favorecendo sua independência; 3) estar atento para detecção precoce de possíveis transtornos psicológicos; 4) iniciar a reeducação vocal logo que possível (quando reiniciada a alimentação via oral); 5) orientar a família quanto às limitações do paciente e os cuidados de que necessita caso este não possa ou não queira fazê-los sozinho (demonstrar cuidados com a cânula e o local da traqueostomia e outros cuidados que se façam necessários).

O laringectomizado diariamente irá defrontar-se com o fato de que já não pode mais falar, cantar, tomar banho de chuveiro, nadar, sorver um suco, soprar uma sopa, gritar de raiva ou de medo, e nem mesmo chorar. Terá, ainda, diminuição do paladar e do olfato, e a traqueostomia incômoda atrairá olhares curiosos que o induzirão a disfarçá-la.

Temos o depoimento de um paciente laringectomizado, Elsie¹³ que diz: “Não poder gargalhar é frustrante; cantar uma canção especial me é negado, nadar é impossível, assim como sentir uma fragância preferida. Porque eu não posso respirar pela boca e pelo nariz, não posso sorver sopa na colher, ou soprar uma vela de aniversário. A perda do gosto é sensível; chamar por socorro, em caso de urgência, nunca será tarefa para mim”.

Apesar de trazer todas essas limitações à vida, a cirurgia é a melhor opção, pois o câncer de laringe é dos mais facilmente curáveis¹³ e a expectativa de vida^{8,17} tem aumentado a cada ano, devido ao avanço da tecnologia e da ciência.

Em painel realizado sobre a reabilitação do paciente laringectomizado, STOOL²⁰ comenta que o grau de ansiedade destas pessoas varia de acordo com profissão, temperamento, posição que ocupa na sociedade e tipo de relacionamento interpessoal que mantém; acredita que certas mudanças de personalidade, temporárias, podem e devem ser esperadas e afirma que estas são resultado do medo.

HUNT⁷ afirma que os laringectomizados podem apresentar distúrbios emocionais de diferentes graus, devido ao medo da palavra câncer e da morte, ou da insatisfação pela perda da voz, ou medo da incapacidade de restabelecer as velhas amizades e ser rejeitado pela sociedade. O autor é de opinião que reabilitar este paciente seria conseguir o seu retorno à sociedade e à realização de atividades, o mais próximo possível do normal.

Na tentativa de facilitar a adaptação do paciente laringectomizado, muitos pesquisadores têm descrito uma série de métodos para o desenvolvimento de sua voz. A locução sussurrada através da cavidade buco-faríngea é um deles. Os pacientes aprendem sozinhos este tipo de voz, denominada “átona”, já nos primeiros dias após a cirurgia. É considerada por BERENDES² e SMITH¹⁸, como solução de urgência e como de pior tipo para o entendimento; outro método é o uso de aparelhos auxiliares. Encontram-se no comércio, vários tipos de mecanismos a

pilha ou bateria de vibração ou amplificação^{10,11,21,22}, mas são muito limitados, dando conotação de dependência do homem à máquina, além do fato dos sons serem artificiais e chamarem bastante atenção.

BERENDES² recomenda que, antes de utilizar aparelhos auxiliares, o paciente seja treinado a desenvolver a voz esofágica, pois estará utilizando seus próprios recursos e sentirá mais auto-confiança. Entretanto, em casos em que não consiga sucesso com essa voz, deverá ser orientado no sentido de utilizar aparelhos que o possibilitem se comunicar verbalmente.

Há ainda os métodos cirúrgicos para desenvolver a voz. Consistem na recanalização da corrente de ar para o esôfago, por meio de construção de um tubo sob a pele, para onde é dirigido o ar vindo dos pulmões^{3,6,22}. O refluxo de alimentos e secreções do esôfago para o pulmão, entretanto, parece ser um problema sempre presente em todas as técnicas preconizadas. BERENDES² considera o método cirúrgico um recurso a ser utilizado caso outros não sejam possíveis.

Voz esofágica é a denominação criada por SEEMAN em 1914, quando iniciou seus estudos¹⁶; na falta da laringe para levar o ar até os pulmões, o esôfago serve como reservatório de ar. Com treinamento adequado, o paciente aprende a levar o ar até o esôfago e em seguida expeli-lo. Com o estreitamento da zona superior do esôfago, no momento de expelir o ar, forma-se uma pseudo voz, que posteriormente se transforma em palavras compreensíveis^{1,2,3,5,16}.

Alguns autores^{2,23} afirmam que, das várias alternativas, esse é o mais satisfatório método de comunicação para tais pacientes.

Pelo exposto, observa-se que a voz esofágica é a fala de primeira escolha, pois é realizada com a utilização dos próprios recursos do paciente.

Entretanto, DAMSTÉ⁵ e outros ressaltam que uma das grandes dificuldades encontradas para desenvolver esse método é a falta de educadores.

Poderia a enfermeira, na falta de fonoaudiólogo, preparar-se para desempenhar esse papel de educador e complementar, assim, toda uma programação de reabilitação desse paciente?

NOGUEIRA¹⁵ comenta que a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, levando em consideração os aspectos físicos, mentais e sociais é a finalidade de toda atividade dos profissionais de saúde, quer seja ela exercida em hospitais, quer em consultórios, ambulatórios, centros de saúde ou na própria comunidade.

Definição do Problema

Observamos que pacientes laringectomizados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, não recebiam treinamento para reabilitação da

voz; muitos utilizavam a locução sussurrada que aprendem sozinhos já no pós-operatório e é de difícil entendimento; outros tentavam usar aparelho vibrador, mas com pouco sucesso e alto custo para o seu poder aquisitivo.

Finalidade e Objetivo

A finalidade do presente trabalho é participar da reabilitação do paciente laringectomizado, ajudando-o a adquirir nova voz e a conseguir o seu retorno à vida normal, ou o mais próximo possível desta com uma forma de comunicação compreensível.

O objetivo do presente trabalho é testar o método para adquirir a voz esofágica.

METODOLOGIA

Nossa população constou de pacientes atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, cuja amostra foi constituída de 15 pacientes submetidos à laringectomia total.

O material utilizado constou de: a) ficha de controle (Anexo I); b) roteiro de orientações para treino no domicílio (Anexo II); c) prontuários médicos (consultados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto).

Foi realizado com cada paciente uma entrevista antes de ser iniciado o treinamento; os recém-operados foram entrevistados na enfermaria onde se encontravam internados e os já operados há algum tempo, no ambulatório do Hospital, na ocasião do seu retorno para controle. Esta entrevista abordou os seguintes aspectos: a) importância da fala como instrumento para o relacionamento humano; b) a viabilidade do laringectomizado tornar a falar; c) a gradualidade do restabelecimento da voz e concretização deste mediante esforço próprio.

Terminada a exposição, era solicitado ao paciente que se manifestasse sobre seu interesse em participar ou não do programa de treinamento.

Ao recém-operado, era explicado que esse treinamento só poderia ser iniciado quando ele pudesse alimentar-se por via oral, pois no momento estava recebendo alimentação por sonda.

Estando o paciente de alta, voltávamos a falar com ele e, quando possível também com a família, no sentido de marcar o início do tratamento e solucionar qualquer dúvida encontrada.

As sessões de treinamento foram realizadas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, semanalmente e com a duração máxima de uma hora. Nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, procedência, data da cirurgia, início do treinamento, resultados da entrevista, retornos, evolução do desempenho do paciente e outras ocorrências foram anotados na ficha controle (Anexo I).

Além do treino semanal, realizado juntamente com o reeducador, ao paciente também era recomendado e supervalorizado o treinamento em casa, para o qual ele recebia orientações que se encontram no Anexo II.

Como critério de avaliação da qualidade da voz, utilizamos os seguintes conceitos:

Muito Bom: O paciente consegue falar, quando quer, frases completas com tonalidade constante.

Bom: O paciente consegue falar, quando quer, frases completas, mas com tonalidade irregular.

Regular: O paciente nem sempre consegue falar frases completas e apresenta ruídos colaterais.

Fraco: O paciente fala palavras isoladas, não consegue formar frases.

Péssimo: O paciente é incapaz de formar palavras.

O prontuário médico de cada paciente foi consultado para complementar dados pessoais, assim como para levantamento de antecedentes relevantes no desenvolvimento da recuperação da fala.

Foi executado, como plano piloto, o treinamento dos cinco primeiros pacientes, com o objetivo de preparo do reeducador, além de testagem da técnica e do instrumento.

A técnica utilizada para a reabilitação da voz do paciente laringectomizado é descrita a seguir.

Orientação Sistematizada ao Paciente Laringectomizado

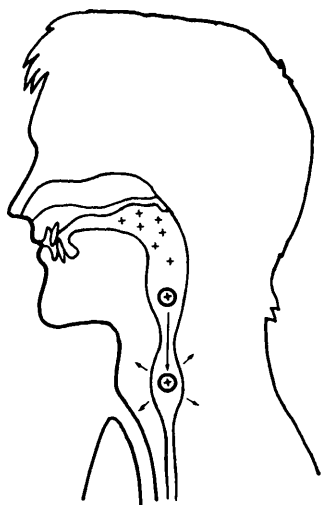
Sessão I — Explicar ao paciente o seguinte: 1) a voz que aprenderá será produzida em consequência do ar que, uma vez engolido, será expelido pelo esôfago; 2) no princípio será um simples arroteo que mais tarde dará origem aos sons. Em seguida, mostrar-lhe a gravura que ilustra a explicação realizada.

Pedir ao paciente que abra a boca, feche-a, engula o ar que ficou dentro dela e imediatamente elimine-o, abrindo a boca. É conveniente que o reeducador faça junto as primeiras tentativas, para mostrar ao paciente como fazer, dar-lhe maior confiança e também deixá-lo mais à vontade.

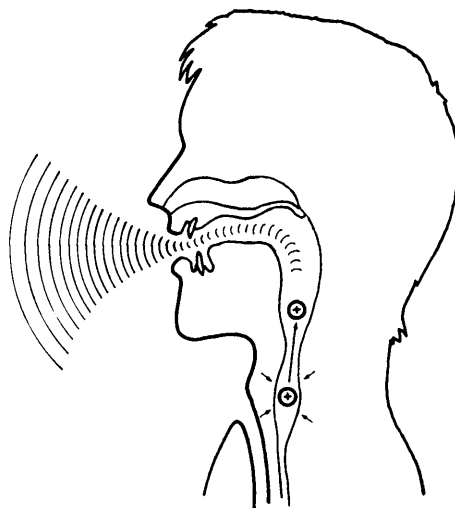
Nessa sessão, pedir para o paciente tentar produzir barulho, sem a preocupação com a modulação do som.

Repetir o procedimento, quantas vezes forem necessárias.

Uma vez tendo alcançado o objetivo proposto, orientar o paciente para o treino em casa, fazendo-lhe as recomendações do Anexo II. Pedir para que em casa treine pronunciar: — a a a a . . ; e e e e No início de todas as sessões é feita reavaliação da sessão anterior e do



PRIMEIRO TEMPO



SEGUNDO TEMPO

(LE HUCHE)¹²

treino no domicílio. Tendo o paciente alcançado os objetivos propostos, passará aos exercícios da sessão seguinte; caso contrário, permanecerá no mesmo estágio de treinamento mais uma semana, ou até que o resultado dos treinos seja satisfatório.

Em todas as sessões é feita a recomendação do Anexo II.

Sessão II — O objetivo é pronunciar “ei, oi, eu, ui”.

Sessão III — O objetivo é pronunciar “meu, seu, teu, leu”.

Sessão IV — O objetivo é pronunciar “bom dia, boa noite, tudo bem, boa tarde, até logo”. Nesta sessão, podemos ainda, pedir ao paciente para que treine pronunciar nomes de pessoas da família.

Sessão V — O objetivo é pronunciar “como vai, muito obrigado, eu vou bem”.

Sessão VI — Nesta sessão, se o paciente for alfabetizado, podemos pedir que pratique leitura de jornal ou revistas de seu agrado, em voz alta; se não souber ler, pode-se estimulá-lo a conversar com pessoas da família ou amigos.

Sessão VII — A partir desta sessão, iniciar o aprimoramento da voz esofágica em relação a altura e rapidez entre as tomadas de ar e a emissão de sons, assim como desenvoltura para falar com estranhos. Nesta fase, para incentivar rapidez, o paciente é orientado a pronunciar os números.

Sessão VIII — Uma vez alcançados os objetivos propostos para a sessão anterior, marcar retornos com intervalo de um mês. Em seguida, dar alta ao paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do trabalho de reabilitação do laringectomizado são obtidos a longo prazo e, por isso mesmo, exigem tanto do paciente como do enfermeiro muita persistência, cooperação e principalmente uma relação interpessoal efetiva. cremos, outrossim, que na maioria das vezes, no final, os resultados são muito gratificantes para ambos.

Dos quinze pacientes com quem trabalhamos, 13 eram do sexo masculino e 2 do sexo feminino. A idade variou de 46 a 82 anos, sendo que a maior incidência foi na faixa etária dos 50 aos 70 anos, dados estes que coincidem com os da literatura.

Todos foram fumantes e a maioria afirmou que ingeria bebida alcoólica com freqüência, vindo corroborar a teoria de que a incidência do câncer de laringe está relacionada ao hábito do fumo e do álcool.

Tivemos somente um paciente com idade avançada (82 anos) e encontramos algumas dificuldades no seu treinamento, talvez pela deficiência auditiva ou pela possível esclerose própria da idade.

Quanto à ocupação tivemos lavrador, vendedor, motorista, faxineiro, pintor de paredes, músico, professor e prendas domésticas que eram na maioria, ocupação manual ou técnica; a escolaridade estava em concordância com o fator ocupacional, pois dos 15 pacientes a escolaridade de 11 era primeiro grau incompleto e apenas um de nível universitário; três eram analfabetos.

Quanto à procedência, havia pacientes de Ribeirão Preto e também das cidades da região, como Franca, Sertãozinho, Tambaú, Ibitinga, Pontal, Altinópolis, Monte Alto, Olímpia, Santa Rosa do Viterbo e Guataparã. Este foi um dos fatores que dificultou o treinamento, uma vez que os pacientes tinham que se deslocar de suas cidades até Ribeirão Preto, semanalmente. Pertencendo a maioria a nível sócio-econômico baixo, o transporte constituiu problema. Alguns utilizaram-se de ambulâncias das prefeituras de suas cidades que vêm semanalmente trazer pacientes aos retornos ambulatoriais do Hospital das Clínicas, outros conseguiram passe para ônibus, junto ao Serviço Social das Prefeituras e alguns ainda, tiveram que arcar com as próprias despesas.

Do total de pacientes, 3 (20%) abandonaram o treinamento devido aos fatores: procedência, complicações da doença ou falta de motivação. Dos que deram continuidade ao treinamento, 5 foram classificados como bons, 4 como regulares e 3 como fracos.

Nenhum paciente foi classificado como muito bom, pois todos apresentaram irregularidade na tonalidade da voz ou ruídos indesejáveis. Entretanto, os regulares e bons, num total de 9 pacientes, adqui-

riram padrão de voz com a qual conseguem estabelecer conversação não muito distante da normal, o que lhes permite a convivência social.

Segundo AMORIM¹, 20% dos pacientes laringectomizados nunca aprendem a voz esofágica sem que seja identificada uma causa específica para o fato.

O tempo de treinamento gasto para os que foram classificados como bons e regulares variou de dois a seis meses. Esta variação se deu em função de fatores intercorrentes na saúde que, em muitos casos, obrigaram o paciente a faltar aos retornos e mesmo o impossibilitaram de treinar no domicílio. Tivemos um paciente que iniciou o treinamento cinco anos após a laringectomia e permaneceu dois anos em treinamento. Ele utilizava aparelho vibrador externo como método para falar; procurou-nos por não estar satisfeito com a forma pela qual falava. Ele foi alertado para o fato de que muito provavelmente, não conseguiria desenvolver a voz esofágica, segundo informações que tínhamos de reeducadores experientes, mas, devido a sua insistência, iniciamos orientação para a aprendizagem. Demonstrando grande força de vontade e persistência e contrariando nossas expectativas, ele desenvolveu qualidade de voz que consideramos boa, o que lhe tem proporcionado muita satisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, pudemos observar a interferência de vários fatores na evolução do aprendizado da voz esofágica, que são descritos a seguir.

Procedência. A distância entre o local de treinamento e a residência dos pacientes ocasionou muitas vezes o não comparecimento aos retornos.

Fatores intercorrentes. A radioterapia e os efeitos colaterais, exere-se de nódulos cervicais, infecções do trato respiratório e até o óbito, contribuíram para o prolongamento ou interrupção do treinamento.

Tempo de pós-operatório. Pacientes que iniciaram o treinamento logo após a cirurgia, tiveram mais sucesso que os que o iniciaram muitos meses após; acreditamos ser pelo fato destes já estarem habituados à fala labial.

Nível Sócio-Econômico. O baixo poder aquisitivo da quase totalidade dos pacientes foi em parte responsável pela demora no seu restabelecimento pós-cirúrgico, pois provavelmente não tinham condições de alimentação adequada e suficiente; além disso, alguns como os lavradores, precisaram voltar ao trabalho antes de estar em condição física satisfatória, trabalho esse que favorece a entrada de poeira e microorganismos pela traqueostomia, provocando infecções freqüentes do trato respiratório e interrupções no treinamento.

Motivação. Pudemos observar que a motivação é fator muito importante; alguns pacientes entrevistados não tiveram interesse sequer em

iniciar o treino, talvez por acharem a voz esofágica antiestética, indesejável, ou então por saberem que não haveria um resultado imediato, não se sentindo, portanto, motivados em aprendê-la.

CONCLUSÕES

Do exposto, podemos concluir o que segue.

O método utilizado para a aquisição da voz esofágica teve resultados satisfatórios.

Mediante preparação prévia e tendo em mãos o instrumento de orientação, o enfermeiro é profissional capaz de treinar pacientes laringectomizados a adquirir voz esofágica dentro de seu programa de reabilitação.

As necessidades básicas afetadas do laringectomizado, transcendem a esfera da comunicação, os problemas de auto-imagem, auto-cuidado, assim como das relações interpessoais têm preocupado muito estes pacientes que necessitam urgentemente da nossa atenção.

Acreditamos que a reeducação da voz seja o ponto de partida para a reabilitação do laringectomizado, mas concomitantemente sentimos a necessidade da interação enfermeiro-paciente, para ambos atingirem o objetivo proposto.

AGUILLAR, O. M. & ANGERAMI, E. L. S. Evaluation of systematic orientation for speech rehabilitation on laryngectomized patients. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 17(1):47-60, 1983.

None of the surgeries performed today produces greater physiological and psychological changes than laryngectomy. After surgery, patients find themselves to be unable to speak, breathing through tracheotomy, with decreased smell and taste and most of the times suspecting they have cancer. The purpose of this work is to test the method learning of esophageal speech intended to assist in rehabilitating laryngectomized patients. We have concluded that the method used to develop esophageal speech had satisfactory results; that the nurse has the skill required to guide this learning and to help laryngectomized patients with communication difficulties along with many others inherent to this condition.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMORIN, A. **Fonoaudiologia geral**. São Paulo, Pioneira, 1972. p. 23-7.
2. BERENDES, J. et alii. **Tratado de otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro, Científico-Médica, 1970. p. 1229-35.
3. DAMSTÉ, H. Rehabilitation after laryngectomy. **Rehab. Lit.**, Chicago, 27:266-8, 1966.
4. ————. The esophageal speech after laryngectomy. 1958. (Thesis-Univer. of Groningen).
5. ————. Methods of restoring the voice after laryngectomy. **Laryngoscope**, Saint Louis, 85:549-55, 1975.
6. EDWARDS, N. Post laryngectomy. **Laryngoscope**, Saint Louis, 85:690-9, 1975.

7. HUNT, R. B. Rehabilitation of the laryngectomy. **Laryngoscope**, Saint Louis, 74:382-95, 1964.
8. KING, P. S. et alii. Rehabilitation and adaptation of laryngectomy patients. **Amer. J. Phys. Med.**, Baltimore, 47:192-203, 1968.
9. KOYAMA, et alii. Mechanics of voice production. III-Efficiency of voice production. **Laryngoscope**, Saint Louis, 82(2):210-7, 1972.
10. LARSEN, G. L. Rehabilitation for the patient with head and neck cancer. **Amer. J. Nurs.**, New York, 82(1):119-22, Jan. 1982.
11. LAWLESS, C. A. Helping patient with endotracheal and tracheostomy tubes communicate. **Amer. J. Nurs.**, New York, 75(12):2151-8, Dec. 1975.
12. LE HUCHE, F. **A voz sem laringe**. São Paulo, Andrei, 1980. 126 p.
13. NICHOLSON, E. M. Personal notes of a laryngectomee. **Amer. J. Nurs.**, New York, 75(12):2157-8, Dec. 1975.
14. OWIETT, A. Speech rehabilitation. **Nurs. Mirror**, Sussex, 141(23):53-4, Dec. 1975.
15. NOGUEIRA, M. J. C. Enfermagem preventiva. **Enf. Novas Dimens.**, São Paulo, 5(3):161-2, maio/jun. 1979.
16. PAPARELLA, M. M. & SHUMRICK, D. **Otolaryngology**. London, Saunders, 1973. v. 3, p. 661-2.
17. QUEIRÓS, J. B. Alteraciones de la palabra y del language. In: ALONSO, J. **Tratado de otorrinolaringología X broncoesofalagia**. 2. ed. Madrid, Paz Montalvo, 1964, cap. 2, 4. p. 1-83.
18. SAKO, K. et alii. Speech and vocational rehabilitation of the laryngectomized patients. **J. Surg. Oncol.**, New York, 6:197-202, 1974.
19. SMITH, D. et alii. Assistencia del pacient laringectomizado. In: _____, **Enfermeria quirurgica**. 3. ed. México, Interamericana, 1971. p. 500-9.
20. STITT, A. Life without a larynx. **Emergency Med.**, New York, 3:167-76, 1971.
21. STOOL, B. Psychological factors determining the sucess or failure of the rehabilitation program of laryngectomized patients, in panel discussion: rehabilitation of the post laryngectomized patient. **Laryngoscope**, Saint Louis, 68:2101-7, 1958.
22. TAIT, V. Speaking after laryngectomy. **Nurs. Mirror**, Sussex, 133(13):22-3, Sept. 1971.
23. TAUB, S. & SPIRO, R. H. Vocal rehabilitation of laryngectomees: preliminary report of a new technic. **Amer. J. Surg.**, New York, 124:87-90, 1972.
24. WINANS, C. S. et alii. Esophag'al determinants of a laryngeal speech. **Arch. Otolaryng.** Chicago, 99:10-4, 1974.

ANEXO I

FICHA CONTROLE

1. IDENTIFICAÇÃO:

| | |
|---------------|---------------|
| Nome: | Registro: |
| Sexo: | Idade: |
| Estado Civil: | Escolaridade: |
| Profissão: | Procedência: |

2. DATA DA CIRURGIA/...../.....

3. ENTREVISTA:

Data/...../.....

Resultado da Entrevista:

Dias de pós-operatório:

| sessão nº | dias de pós-operatório | AVALIAÇÃO | retorno |
|-----------|------------------------|-----------|---------|
| | | | |

ANEXO II

Observações para o treino no domicílio:

- a) Cinco minutos de exercícios de hora em hora é mais eficiente que uma hora consecutiva;
- b) Procurar dar à última sílaba da palavra um som forte;
- c) Nos treinos em casa o paciente poderá fazê-lo frente a um espelho, o que lhe mostrará alguns defeitos que poderá estar cometendo e mesmo contrações faciais desnecessárias;
- d) Todas as grandes emoções podem alterar a voz;
- e) Logo ao acordar o paciente poderá apresentar dificuldades maiores para falar;
- f) Tomar refrigerante, ou mesmo outra bebida qualquer, facilitará o treinamento.