

Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço

Alternative communication technology applied in laryngectomized people due to head and neck cancer

Cristiane A. Gomes¹; Fernanda C. Rugno¹; Gabriela Rezende¹; Renata C. Cardoso¹; Marysia M.R.P. De Carlo²

RESUMO

Modelo do estudo: Revisão Integrativa da Literatura. **Objetivo:** sintetizar os principais resultados de pesquisas e publicações relacionados ao uso de tecnologias de comunicação alternativa por pessoas com restrições de sua capacidade de comunicação, particularmente daquelas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. **Método:** estudo baseado em levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS, SCIELO e CINAHL, através do uso dos descritores: "Head and Neck Neoplasms", "Head and Neck Cancer", "Quality of Life" e "Communication", seus correspondentes em português e seus cruzamentos. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos, publicados no período de 2004 à 2014, categorizados em duas unidades de análise: I: Impacto do adoecimento e do tratamento na qualidade de vida e aspectos físicos, funcionais e sintomas (N=5), II: Aspectos psicossociais relacionados ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço (N=9). Os artigos indicaram que o adoecimento e o tratamento do câncer causam alterações corporais, por vezes traumáticas, com impactos importantes sobre os aspectos funcionais e estéticos, com alterações da fala, da alimentação e aparência física, além de afetar fatores psicológicos. A laringectomia é altamente estressante e compromete a comunicação e as interações sociais, particularmente em relação a seus familiares e equipe de saúde. Essas consequências manifestam-se na vida cotidiana desses sujeitos, incluindo respostas emocionais que variam de forma singular a cada indivíduo. O uso de recursos de comunicação alternativa pode favorecer a participação social ativa por parte de pessoas com dificuldades de comunicação e favorecer, assim, sua qualidade de vida (QV). **Conclusão:** O uso de recursos alternativos para a comunicação, por parte de laringectomizados parciais ou totais, favorece o exercício da autonomia, a manutenção da capacidade de comunicação, a ativa participação social e melhora da QV da pessoa com câncer.

Palavras-chave: Comunicação. Qualidade de Vida. Câncer de Cabeça e Pescoço.

ABSTRACT

Study design: Integrative literature review. **Aims:** To summarize the main results of research and publications related to the use of alternative communication technologies for people with restrictions on their communication skills, particularly those laryngectomized with head and neck cancer. **Method:** This study was based on bibliographic research in electronic databases: PubMed, LILACS, SCIELO and CINAHL

1. Terapeuta ocupacional, pós-graduanda pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
2. Professora doutora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Nota: Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Correspondência
Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
Departamento de Neurociências e Ciênc. do Comportamento
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre,
14049-900, Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil.

Recebido em 13/07/2015
Aprovado em 29/04/2016

through the use of the following descriptors: "Head and Neck Neoplasms", "Head and Neck Cancer", "Quality of Life" and "Communication", their corresponding in Portuguese and their crosses. **Results:** Selected 14 articles published in the period from 2004 to 2014, categorized into two units of analysis: I: Illness and treatment impact on quality of life and physical aspects, functional and symptoms (N = 5), II: Psychosocial aspects related to the treatment of head and neck cancer (N = 9). The articles indicated that the disease and the treatment of cancer cause body changes, at times traumatic, with important impacts on the functional and esthetic aspects, with speech, nutrition and physical appearance alterations, besides affecting the psychological factors. The laryngectomy is highly stressing and compromises the communication and social interactions, particularly in relation to their families and the health team. The consequences are manifested in everyday life of these subjects, including emotional responses ranging in a singular way to each individual. The use of alternative communication resources can encourage active social participation by people with communication difficulties and favor therefore their quality of life (QoL). **Conclusion:** The use of alternative resources for communication, by partial or total laryngectomized favors the exercise of the autonomy, maintaining communication skills, active social participation and improves QoL in person's with cancer.

Keywords: Communication. Quality of Life. Head and Neck Cancer.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),¹ o câncer é uma das principais causas de mortes no mundo; foi responsável por 7,6 milhões (13%) das mortes ocorridas em 2008 e tem uma estimativa, de que em 2030, esse número chegue a 13,1 milhões de mortes. Cerca de 30% dessas mortes estão relacionadas a fatores de risco comportamentais e alimentares, como tabagismo e uso de álcool, falta de atividade física, alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e legumes.

Nas últimas quatro décadas, o câncer tornou-se um evidente problema de saúde pública mundial. No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 e 2015 apontam a ocorrência de aproximadamente 576.580 novos casos de câncer, incluindo os cânceres de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema no país.²

A expressão "Câncer de Cabeça e Pescoço" é utilizada para descrever tumores malignos do trato aerodigestivo superior que inclui a cavidade nasal, seios da face, lábios, boca, glândulas salivares, garganta ou laringe.³ Esse tipo de câncer representa aproximadamente 5% dos casos de tumores malignos e ocupa a quinta posição na lista de neoplasias mais frequentes no mundo, havendo uma incidência mundial de 780 mil novos casos por ano, dentre esses, 1,7% corresponde à população do Brasil.^{4,5}

A estimativa para o ano de 2014 no Brasil foi de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral

em homens e 4.010 em mulheres, somando-se a estes 6.870 casos novos de câncer de laringe em homens e 770 em mulheres.¹ A incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade e sua ocorrência é maior em pessoas acima de 50 anos.⁶

O prognóstico é bom se a doença for diagnosticada em estágios iniciais, com a diminuição do sofrimento do paciente por perdas de funções e mutilação, diminuição do custo do tratamento e melhor qualidade de sobrevivência.⁷ Porém, a taxa de mortalidade é estimada em 12.300 mortes por ano e a sobrevivência é de apenas 40 a 50% dos pacientes diagnosticados, sendo que o uso de tabaco e álcool simultaneamente aumenta em até 30 vezes o risco para o desenvolvimento de câncer.⁶

O câncer de laringe é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço, 25% desses tumores são malignos e compreendem 2% de todas as doenças malignas. Pode ocorrer em uma das três porções em que se divide o órgão: laringe supraglótica, glote e subglote. Aproximadamente 2/3 dos tumores surgem na corda vocal verdadeira, localizada na glote, e 1/3 acomete a laringe supraglótica (acima das cordas vocais). O tipo histológico prevalente, em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma epidermoide.¹

O tratamento para carcinomas de cabeça e pescoço é baseado na associação entre radioterapia, quimioterapia, cirurgia para a retirada do tumor e/ou reconstrutiva (dependendo da localização e extensão do tumor) e reabilitação.⁸ Como a preser-

vação da voz é importante na QV do paciente, algumas vezes a radioterapia pode ser empregada primeiro, deixando a cirurgia para quando a radioterapia não for suficiente para controlar o tumor.¹

A realização da laringectomia traz mudanças temporárias ou permanentes na vida do sujeito acometido e causa medo, pela possibilidade de desfiguramento da face. Pode ocorrer a remoção total ou parcial da laringe, órgão nasal responsável pela vocalização, podendo incluir a cartilagem tireoide, cordas vocais e epiglote. Na laringectomia parcial a traqueostomia é temporária, permanecendo de 7 a 30 dias. A laringectomia total provoca afasia (perda da capacidade de comunicar-se através da voz laríngea) e a traqueostomia é definitiva e permanente, que provoca alteração fisiológica da respiração e pode ocasionar alterações também na frequência cardíaca, cefaleia, náusea, vômito e anorexia.^{9,10}

Suas consequências interferem de forma negativa na vida diária desses sujeitos, como diminuição do paladar, limitações em atividades físicas que requerem esforço respiratório e dificuldade motora do ombro e pescoço se houver ressecção ganglionar. Pode incluir menor disposição física, psicológica e vitalidade e respostas emocionais como ansiedade, depressão e alterações da imagem corporal, autoestima e autoconceito.^{7,11,12}

Pessoas com câncer de cabeça e pescoço apresentam sintomatologias variadas, dependendo do estadiamento da doença, do local e extensão do tumor; os carcinomas laríngeos são os que se manifestam precocemente e causam o sintoma mais comum: a rouquidão⁽⁴⁾. Uma das alterações mais significativas é a perda da capacidade de comunicação verbal, mas podem ocorrer também disfunções na mastigação, deglutição e fala, assim como dispneia, halitose, perda de peso, queimação e dor.

Seja qual for o tipo de câncer e o protocolo adotado, os processos de adoecimento e tratamento trazem consigo alterações na vida do sujeito que afetam sua rotina, suas capacidades físicas e funcionais e sua qualidade de vida.³

Qualidade de vida e o uso de recursos de tecnologia de comunicação alternativa por pessoas com Câncer de Cabeça e Pescoço

A comunicação é uma necessidade básica do ser humano, que possibilita interações sociais; é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, de modo que as próprias men-

sagens e seu intercâmbio exerçam influência no comportamento das pessoas nele envolvidas.³

Conceitualmente, há dois tipos de comunicação: a verbal que se dá através das palavras expressadas pela fala ou escrita e a não verbal, referente a gestos, silêncio, postura corporal, expressões faciais e outros.³ Quando impedido de estabelecer uma comunicação com o meio, o sujeito pode sofrer consequências tanto nos aspectos psicológicos quanto sociais, o que traz alterações na sua qualidade de vida.

A definição do termo Qualidade de Vida (QV) apoia-se na compreensão que o sujeito possui de suas necessidades fundamentais, incluindo seu estado físico, emocional, social e capacidade funcional.¹³ A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".¹

Já o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido usado de forma semelhante à definição geral de QV, no entanto aborda mais diretamente os aspectos relacionados às doenças e/ou às intervenções em saúde.¹⁴ A QVRS está centrada na avaliação subjetiva do sujeito em relação ao impacto do seu estado de saúde e sua capacidade de viver plenamente.¹⁵ Portanto, o conceito de QVRS se refere a percepção que cada pessoa tem sobre o impacto dos aspectos clínicos e não clínicos que influenciam sua saúde em relação à saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social e aspectos relacionados à doença.¹⁶

Para que o cuidado ao paciente seja eficaz, é importante que a equipe esteja em sintonia em suas intervenções, compreendendo-o integralmente, com atenção à sua qualidade de vida.¹⁷ Além de controlar a doença e os sintomas, o tratamento oncológico deve considerar as modificações sofridas na vida das pessoas acometidas e contemplar os recursos de Tecnologia Assistiva no processo de reabilitação, para preservar a funcionalidade do sujeito e garantir uma melhor QV.^{18,19}

O tipo de tecnologia assistiva que se destina especificamente à compensação das perdas nas habilidades de comunicação é denominado Tecnologia Comunicação Alternativa (CA). Os recursos alternativos para a comunicação devem ser apresentados aos pacientes mesmo antes da laringec-

tomia e são necessários desde o início do pós-operatórios. Contudo, apesar de sua relevância ao proporcionar um aumento da qualidade de vida, manutenção da capacidade funcional e facilitar a interação social da pessoa adoecida, é um tema ainda é pouco explorado na literatura científica na área oncológica.

Sistemas de comunicação podem ser auxiliares ou suplementares, variando de acordo com a necessidade de cada pessoa. Seu uso permite que os pacientes laringectomizados, seja laringectomia parcial ou total, manifestem suas escolhas, de acordo com seus desejos, além de favorecerem sua participação social ativa. Possibilitam, ainda, a comunicação através de linguagem escrita ou de sinais, gestos, expressões faciais, uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, como também através do uso de sistemas mais sofisticados, como comunicadores de voz, computadores e *tablets*.²⁰

A comunicação escrita, com o uso de lápis ou caneta e papel, têm desvantagens devido a possíveis limitações educacionais, à dificuldade de sua utilização, devido à posição dorsal ou lateral da pessoa no leito e às suas características dos materiais, como a quebra do grafite (no caso do uso de lápis), a necessidade de quantidade suficiente de papel e de um suporte adaptado.²¹

Dentre os novos recursos tecnológicos disponíveis, podemos citar o SCALA, *Boardmaker*, *Speaking Dynamically Pro*, *Amplisoft* e o *Livox*®, apresentados a seguir:

- O Sistema de Comunicação Alternativa Scala foi desenvolvido inicialmente para letramento de crianças com autismo, mas busca também atender padrões de acessibilidade e ser aplicado a usuários com outras demandas. Possui um módulo de construção de pranchas de comunicação e um de narrativa visual de construção de histórias.²²
- *Boardmaker* é um programa de computador, desenvolvido para criação de pranchas de comunicação alternativa. Contém um banco de dados de imagens com mais de 4500 símbolos de comunicação pictórica – PCS, que permite trabalhar com imagens de qualquer tamanho, organizar, redimensionar e inserir novas imagens e criar histórias, jornais, cartas e outros materiais escritos com reforço em símbolos.²³
- O *Speaking Dynamically Pro* é um software com mais de 100 funções programáveis, que permite a criação personalizada de atividades de comunicação e educacionais. **Pode ser utilizado de forma associada ao *Boardmaker***; quando juntos, esses recursos facilitam a construção de pranchas de comunicação, permitindo, a partir da seleção do símbolo, a geração de fala através do texto (emissão de uma voz pré-gravada da mensagem escolhida).²³
- O *Amplisoft* é uma prancha livre de comunicação formada por um conjunto de símbolos com significados próprios que quando combinados criam frases e expressões. Foi desenvolvido na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para pessoas com dificuldades motoras que necessitem de auxílio de outras pessoas para se comunicar.²⁴
- O *Livox*® é um software de comunicação alternativa para *tablets*, desenvolvido no Brasil (em português) por uma equipe formada por analistas de sistemas, fonoaudiólogas e terapeutas ocupacionais.²⁵ Favorece a comunicação de pessoas com problemas parciais ou totais na fala ou linguagem, promovendo aprendizagem e inclusão social. Diferentemente de outros softwares de comunicação alternativa, o *Livox*® não necessita de conexão com internet para criar ou editar itens e fornece uma conversão de texto em sons naturais, símbolos e personalização individual para cada usuário, de forma total e simplificada.

Assim, pessoas com diferentes patologias podem usar sistemas de comunicação, de acordo com suas características e necessidades, como no caso das pessoas com câncer e laringectomizadas, possibilitando uma melhor adaptação às suas novas condições de vida. Porém, o acesso a essa tecnologia não é universal e pode implicar em custos significativos para a pessoa e/ou para os serviços assistenciais.

A legislação brasileira garante ao cidadão o direito a acessibilidade, bem como acesso a ajudas técnicas ou tecnologias assistivas. O Decreto nº 5296, de 02 de dezembro de 2004, publicado no D.O.U. de 3/12/2004, estabeleceu critérios para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.²⁶

O direito à acessibilidade é uma forma de garantir a inclusão de todas as pessoas em quaisquer ambientes ou atividades, inclusive de pessoas que não tem a habilidade de falar, temporária ou permanentemente. Entretanto, há necessidade da busca de evidências científicas na literatura sobre o tema da qualidade de vida e recursos de tecnologia alternativa de comunicação.

O objetivo da revisão de literatura, que será apresentada a seguir, é sintetizar os principais resultados de pesquisas relacionados à importância do uso de tecnologias de comunicação alternativa por pessoas com restrições de sua capacidade de comunicação, particularmente daquelas com câncer de cabeça e pescoço laringectomizadas, o que poderá direcionar melhores práticas de saúde junto a essa população.

Material e Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foi utilizada a estratégia PICO²⁷ (acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" ou desfechos) para a definição da seguinte questão norteadora da revisão: "Quais as evidências disponíveis na literatura relacionadas à QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, submetidos à laringectomia, e ao uso de recursos de comunicação alternativa em seu tratamento?"

As bases de dados eletrônicas selecionadas para a busca bibliográfica foram: PubMed, LILACS

(Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), no período de janeiro de 2004 a julho de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores: "Head and Neck Neoplasms", "Head and Neck Cancer", "Quality of Life" e "Communication", com seus cruzamentos acompanhados da expressão booleana AND. Assim, buscou-se ampliar o campo da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa fase do processo de elaboração da revisão integrativa.

No levantamento inicial, foram identificados 6409 artigos, apresentados na Tabela 1.

Foram critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol; realizados com seres humanos; estudos de fonte primária; cuja proposta principal é avaliar a QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço; e que abordassem aspectos da QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço laringectomizadas que apresentem dificuldade de comunicação verbal. Após a seleção inicial do material, foram aplicados os critérios de exclusão: artigos repetidos nas diferentes bases de dados, estudos de fonte secundária, com enfoque em procedimentos cirúrgicos, tratamento farmacológico, aspectos bioquímicos e moleculares do câncer de cabeça e pescoço.

O material final da revisão foi composto por 14 artigos, selecionado por meio de consenso entre dois revisores envolvidos na pesquisa, apresentado na Tabela 2.

Tabela 1: Resultados da busca bibliográfica nas bases de dados – Cruzamento de Descritores Segundo a Base/Banco de Dados

Cruzamentos dos Descritores	PUBMED	LILACS	SCIELO	CINAHL	TOTAL
"Head and Neck Neoplasms OR "Head and Neck Cancer" AND "Communication"	98	1	0	47	346
"Head and Neck Neoplasms OR "Head and Neck Cancer" AND "Quality of Life"	1058	30	1	330	1419
"Communication" AND "Quality of life"	2810	70	112	1396	4388
"Head and Neck Neoplasms OR "Head and Neck Cancer" AND "Quality of life" AND "Communication"	99	2	1	354	456
TOTAL	4065	103	114	2127	6409

Tabela 2: Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Crítérios utilizados para exclusão	Pubmed(n)	Lilacs(n)	SciELO(n)	Cinahl(n)	Total(n)
Artigos identificados	4065	103	114	2127	6409
Exclusão dos artigos repetidos	2879	76	61	1012	4028
Exclusão de artigos de estudos secundários	2389	69	54	986	3498
Exclusão de artigos após leitura dos títulos	395	23	11	68	497
Exclusão dos artigos após leitura dos resumos íntegra (incompatibilidade com o tema)	185	12	6	34	237
Exclusão dos artigos não relacionados ao tema após da leitura em sua íntegra	9	3	0	6	18
Após consenso entre pesquisadores	8	2	0	4	<u>14</u>

Resultados

Os artigos selecionados que compuseram esta revisão da literatura, foram divididos em duas Unidades de Análise, que serão apresentadas a seguir.

Unidade I: Impacto do Adoecimento e do Tratamento na QV e Aspectos Físicos, Funcionais e Sintomas. (N=5)

Nesta unidade foram incluídos 5 artigos (apresentados na tabela 3, na página seguinte), que abordam questões voltadas ao impacto sofrido pelo sujeito no processo de adoecimento e tratamento, e o quanto isto pode afetar a QV, relacionados aos aspectos físicos, funcionais e sintomas. Os estudos também abordaram questões relacionadas à avaliação da QV.

Foram identificados vários questionários específicos para avaliação de QV para a prática em oncologia. Entre os mais comuns podemos citar o EORTC QLQ-C-30, seu módulo EORTC QLQ-HN35 e o FACT-HN, que inclui o FACT-G; eles foram utilizados de forma comparativa em um estudo⁽²⁸⁾ e demonstraram serem bons para essa avaliação, porém de formas distintas em seus aspectos, direcionando os resultados para áreas diferentes.

O EORTC QLQ-HN35 dá uma visão focada nos aspectos físicos e sintomáticos do sujeito, enquanto que o FACT-HN dá um olhar mais multidimensional, numa perspectiva mais abrangente dos diferentes domínios.

Ao utilizar em seu estudo o EORTC-QLQ 30 e EORTC QLQ-HN 35, Melo Filho et al⁽¹⁸⁾ propuseram

que pessoas com câncer lidam com o impacto do tratamento sobre aspectos funcionais e estéticos, o que pode desencadear uma diminuição significativa na QV, durante o processo do adoecer e tratamento, ocorrendo alterações significativas, especificamente com um declínio das funções físicas no período inicial do tratamento e da função social após o tratamento. Mesmo que o sujeito obtenha uma melhor resposta em relação ao tratamento, não necessariamente isto está relacionado a uma melhor QV.

Ao delinear um perfil nosológico de pessoas com câncer de cabeça e pescoço,²⁹ destacam-se as lesões tumorais e a metástase local, sendo a cavidade oral o sítio de localização mais comum e sintomas locais os mais expressivos. Os autores constataram que, com o avanço da doença, os enfermos trazem dificuldades em relação ao ambiente extra-hospitalar, devido a alterações e sentimentos de constrangimento ocasionadas pelo tratamento.

Em conformidade com o estudo anterior, Machado et al.³⁰ buscaram definir o perfil, a QV e os aspectos físicos e biopsicossociais de pessoas com câncer e observaram que a prevalência de sujeitos do sexo masculino com idade superior a 61 anos e com baixa escolaridade foi significativa, além de terem realizado tratamento cirúrgico como única modalidade de tratamento, o que também foi observado em outro estudo,³¹ que avaliou os fatores relacionados ao tumor e a QV de pessoas que receberam tratamento definitivo. Foi referido sintomas como dor, perda de peso e disfagia, o que os impediam de realizar suas atividades diárias fora do

ambiente hospitalar. Apesar dos estudos mostrarem um declínio em relação aos aspectos funcionais dessas pessoas, em ambos, alguns sujeitos conseguiram realizar atividades cotidianas como a de autocuidado.

Quando se trata de sintomas físicos e sintomas emocionais, indubitavelmente se fala em QV. Os autores sugerem que uma das preocupações associada ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço é, além de controlar a doença, preservar a funcionalidade do sujeito, e com o uso dos questionários EORTC QLQ-30 e o EORTC QLQ-HN-35, observaram escores menores naqueles que receberam diagnósticos tardios. Embora os resultados desses estudos evidenciem perdas moderadas em alguns aspectos, quando aplicados questionários capazes de identificar esses fatores, aumenta-se a chance de olhar para essa população, comparar resultados e interpretá-los de forma mais ampla, favorecendo a QV dos mesmos.³¹

Unidade II: Aspectos Psicossociais Relacionados ao Tratamento de Câncer de Cabeça e Pescoço (N=9)

Na unidade II foram incluídos 9 artigos, que abordam questões relacionadas aos aspectos psicossociais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço e o impacto na QV, como as consequências, dificuldades e os sentimentos enfrentados diante do processo de adoecimento. A tabela 4, da página seguinte, apresenta resumidamente informações relevantes dos estudos desta Unidade quanto a seus objetivos, procedimentos metodológicos e desfechos.

Para a realização desses estudos foram utilizadas estratégias como entrevistas qualitativas e aplicação de escalas e medidas que avaliam a QV, desde o período inicial do tratamento até longo prazo.

Sintomas como depressão e fadiga influenciam de forma negativa a QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço.³² Autores aplicaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a escala de fadiga PIPER e o Questionário FACT-HN com um grupo de sujeitos e observaram que a influência negativa desses sintomas na QV dos sujeitos foi relevante, principalmente durante o tratamento com radioterapia.

Buscando identificar e avaliar a presença de sintomas emocionais, alguns autores³³ considera-

ram que a relação entre sofrimento psicológico e QV é mais complexa do que se propõe originalmente. Neste estudo cerca de 22% dos sujeitos apresentaram sofrimento clinicamente significativo, relacionados a sintomas específicos que, muitas vezes, tinham dificuldade de comunicar à equipe.

Outro estudo³⁴ propõe que as pessoas sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço possuem um sofrimento psicológico substancial a efeitos secundários do tratamento, ao analisar a QV a longo prazo de 212 sujeitos, observou que aqueles que possuíam tumores em estágios iniciais e que foram tratados apenas com cirurgia apresentaram melhores níveis de QV, quando comparados aqueles que receberam outros tratamentos além da cirurgia. As modificações das funções básicas sofridas pelos sujeitos em tratamento, afetam a QV, o que acaba interferindo no processo de reabilitação.¹⁹

Os autores confirmam que os instrumentos para avaliar QV detectam problemas que, muitas vezes, não compreendem variáveis clínicas específicas da doença e tanto as questões relacionadas ao tratamento, pós-tratamento, retorno a sociedade, quanto às reações emocionais são vivenciadas de forma subjetiva por cada sujeito.

Buscando identificar essas experiências e percepções, autores³⁵ observaram que, o impacto que a percepção alterada na sociedade tem sobre a vontade de voltar a se envolver em atividades e a modalidade do tratamento altera a capacidade do indivíduo de retomar antigos relacionamentos. Em um estudo, os autores³⁶ notaram que, apesar de uma minoria dos sujeitos demonstrarem resiliência e criatividade na reintegração em suas comunidades, as dificuldades de voltar para casa e as mudanças no estilo de vida, afetam o estado emocional de todos. As preocupações e desafios não estão limitados apenas a um aspecto do sujeito, mas englobam uma série complexa de temas. O estudo traz que as definições de intimidade, os desafios enfrentados para manter ou recuperar relacionamentos com familiares ou amigos estão diretamente relacionados com o tipo de relação que existia antes do tratamento.³⁷

Finalizando esta unidade de análise, foram localizados artigos que compararam a QV em períodos distintos do tratamento de câncer de cabeça e pescoço. Ronis et al.³⁸ ao aplicarem o questionário de QV SF-36 em pessoas antes e após um ano

Tabela 3: Unidade I - Caracterização dos artigos que compreendem esta unidade de análise: Impacto do adocimento e do tratamento na QV e aspectos físicos, funcionais e sintomas.

Autor	País/ Ano	Objetivo	Sujeitos	Metodologia	Desfechos
Silveira A. et al ⁽²⁸⁾	Portugal, 2009	Comparar 2 questionários de QV: o EORTC QLQ-C30 e o seu módulo específico -EORTC QLQ-H&N35, e o questionário FACT-H&N, que inclui o FACT-G.	102 sujeitos com câncer de cabeça e pescoço	Estudo comparativo que utilizou a versão portuguesa do OQLQ-C30 (versão 3) da EORTC e o seu módulo específico para cabeça e pescoço: QLQ-H&N35 e o FACT-H&N (versão 4). Foram feitas as correlações de Pearson e a de Spearman. A consistência interna foi avaliada através do coeficiente alpha de Cronbach.	Os instrumentos avaliaram diferentes aspectos da QV. O questionário QLQ-C30 da EORTC volta-se aos aspectos físicos e sintomáticos dos sujeitos enquanto o FACT-H&N dá uma visão multidimensional do conceito, numa perspectiva mais abrangente dos diferentes domínios.
Melo Filho MR.et al ⁽¹⁸⁾	Brasil, 2013	Avaliar a QV de pacientes em tratamento de carcinoma de células escamosas em cabeça e pescoço.	29 pacientes com idade média de 57 anos	Estudo analítico prospectivo Os sujeitos responderam os questionários Quality of Life Core Questionnaire - Cancer 30 e ao Quality of Life Questionnaire – Head and Neck, European Organization for the Research and Treatment of Cancer em três momentos: início, metade e final do tratamento. Foi realizado teste de Friedman, significância: 0,05.	Houve altas médias para as funções física, cognitiva, social; melhora no estado de saúde geral e declínio da função social ao longo do tratamento e diferença significativa para gosto e cheiro, deglutição), tosse, e perda de peso. Houve redução significativa da QV em relação a alguns sintomas comuns decorrentes do tratamento do câncer, que não ocorreram na avaliação das outras dimensões.
Luca MD, et al ⁽²⁹⁾	Brasil, 2011	Identificar as características nosológicas de clientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos.	77 pacientes do INCA, no período de março a agosto de 2011.	Estudo descritivo, através da técnica de autorrelato. A população do estudo foi composta por clientes com câncer localizado na cabeça e pescoço, com metástase local e/ou à distância, que se encontram em fase avançada da doença, em tratamento paliativo e com acompanhamento na modalidade ambulatorial. Utilizou-se como critério o <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS) igual ou acima de 50.	Os sujeitos apresentaram problemas familiares e sociais e de autoimagem alterada por desenvolverem, com o avanço da doença, lesões tumorais expostas e com odor fétido. Essas pessoas utilizam dispositivos para alimentação e ventilação artificial, fato incoerente no ambiente fora do hospital. Então, há necessidade da orientação de enfermagem sobre os cuidados em domicílio e fortalecimento da autoestima.
Machado B. et al ⁽³⁰⁾	Brasil, 2009	Avaliar a QV dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço assistidos no Instituto Maranhense de Oncologia, São Luís-MA	100 pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer de cabeça e pescoço.	Estudo descritivo transversal de caráter quantitativo. Utilizou-se a Escala de Qualidade de Vida idealizada por Font13 e modificada por Costa Neto.	Predomínio de sujeitos do sexo masculino, com idade superior a 61 anos e ensino fundamental incompleto. 56% realizaram a cirurgia como única modalidade de tratamento. Os principais sintomas relatados foram: dor, perda de peso, distúrgia e xerostomia. Houve perdas moderadas nos fatores físicos e psicológicos e 46% relataram dificuldades em realizar atividades diárias, que influenciaram na QV e na evolução do tratamento.
Alicikus ZA. et al ⁽³¹⁾	Turquia, 2008	Avaliar o paciente com câncer de cabeça e pescoço e fatores relacionados a sua QV diante do tratamento definitivo.	Participaram 110 pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço.	Estudo transversal. Utilizou-se o instrumento European Organisation for Research and Treatment of Cancer QoL Core Questionnaire (QLQC-30) e seu módulo para Câncer de Cabeça e pescoço (QLQ-H&N35)	A localização do tumor e a modalidade de tratamento são fatores importantes relacionados a QV em pacientes submetidos a tratamentos definitivos.

Tabela 4: Caracterização dos artigos relacionados a aspectos psicossociais relacionados ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

Autor	País/Ano	Objetivo	Sujeitos	Metodologia	Desfechos
Sawada NO. et al. ⁽³²⁾	Brasil, 2012	Avaliar a prevalência de depressão e fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante o tratamento radioterápico e relacioná-los com a QV	41 sujeitos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço.	Estudo prospectivo com uso dos instrumentos: Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Fadiga de Piper - revisada e o Functional Assessment Cancer Therapy Head and Neck (FACT-H & N)	Os níveis de depressão e fadiga aumentaram durante o tratamento de radioterapia e houve uma piora da QV dos sujeitos no meio e final do tratamento, demonstrando a correlação entre esses sintomas e a influência dos mesmos na QV do paciente.
Bombau MCC. et al. ⁽³³⁾	Canadá, 2011	Identificar a presença de angústia nos pacientes com Câncer de cabeça e pescoço e proporcionar uma dimensão crítica que influencia e avaliando a QV.	49 sujeitos adultos, diagnósticos dos com câncer.	Estudo transversal que utilizou os instrumentos: Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18), e o EORTC general QoL assessment tool (EORTC-QLQ-C30) e HNCa module (EORTC-QLQ-H&N35).	Houve presença de sofrimento clinicamente significativo nos sujeitos, a presença de angústia estava relacionada a sintomas específicos o que afetava a QV do sujeito.
Chaukar DA. et al. ⁽³⁴⁾	Índia, 2009	Analisar a QV a longo prazo de pacientes sobreviventes ao câncer de cabeça e pescoço.	212 sobreviventes ao câncer de cabeça e pescoço, após 1 ano do tratamento.	Estudo prospectivo transversal. Utilizou os instrumentos: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 e o Quality of Life Questionnaire Head and Neck Cancer Module.	Pacientes que tiveram tumores em estágio inicial e tratados apenas com cirurgia demonstraram melhor QV quando comparados aqueles que receberam vários tratamentos, como radioterapia e quimioterapia.
Silveira A. et al. ⁽¹⁹⁾	Brasil, 2012	Analisar a QVRS de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no contexto clínico e epidemiológico.	380 pacientes com câncer de cabeça e pescoço.	Utilizou-se a versão portuguesa publicada e validada do European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30).	Pacientes mulheres apresentaram piores resultados em relação a sua QV do que pacientes do sexo masculino. O diagnóstico precoce e a localização do tumor estão frequentemente relacionado com uma melhor QV.
O'Brien K. et al. ⁽³⁵⁾	Inglaterra, 2012	Relatar percepções acerca das mudanças nas relações sociais de sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço.	16 sujeitos sobreviventes ao câncer.	Estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas abertas com pacientes que estavam no pós tratamento pelo menos há 1 ano.	Definições de intimidade dos pacientes são diretamente relacionadas com o tipo de relação antes do tratamento. Sua percepção atual da doença tem impacto sobre a vontade do sujeito de voltar a se envolver socialmente.
Dooks P. et al. ⁽³⁶⁾	Canadá, 2010	Descrever as experiências de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e como se reintegram a comunidade após a laringectomia.	9 pacientes através de amostra intencional.	Estudo qualitativo, onde utilizou-se o método de descrição interpretativa de Sally Thorne.	Os laringectomizados enfrentam mudanças no estilo de vida relacionadas com a perda de voz, preocupação com imagem corporal, dificuldade de alimentação. É necessário apoio familiar e da equipe para melhor readaptação.
Sample CJ. et al. ⁽³⁷⁾	USA, 2008	Explorar as mudanças e desafios no estilo de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço após o tratamento.	Foram selecionados 10 participantes.	Abordagem qualitativa, através de uma entrevista semiestruturada. Utilizou-se o método de análise temática.	As preocupações pós tratamento e os desafios a serem enfrentados devem ser considerados no tratamento, não sendo apenas limitado a um aspecto de vida, mas sim como um tema complexo que deve ser melhor explorado.
Ronis D. et al. ⁽³⁸⁾	USA, 2008	Comparar a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, antes e após um ano do tratamento.	316 pacientes recém diagnosticados com esse câncer.	Estudo prospectivo de coorte. Utilizou-se a escala de QV SF-36 e a Head and Neck Quality of Life (HNQoL)	O uso de tabaco e sintomas de depressão foram os principais preditores da má QV no início do tratamento. A QV piorou após o período de 1 ano de tratamento, porém os sintomas relacionados a saúde mental melhoraram.
Scharfo OM. et al. ⁽³⁹⁾	Holanda, 2009	Observar os efeitos longitudinais do tratamento do câncer de cabeça e pescoço e avaliar a QV após 2 anos do diagnóstico.	177 paciente para tratamento primário de câncer.	Estudo observacional, longitudinal. Utilizou-se os questionários: Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire-30 (EORTC QLQ-30).	Observou-se melhor funcionamento emocional e estado global de saúde, e piora no aspectos sociais. Houve presença de percepções negativas sobre a duração da doença e pior QV. Sentimentos de incertezas e expectativas negativas também se fizeram presentes.

de tratamento, perceberam que a QV diminuiu de forma considerável, e que fatores de tratamento como o posicionamento do tubo de alimentação, quimioterapia e radioterapia, fazem com que os sujeitos vivenciem sintomas depressivos. Já Scharlo et al.³⁹ referem que os sujeitos melhoraram no funcionamento emocional e na saúde em geral, porém pioraram no funcionamento social apresentando dificuldades em interação com a comunidade. As pessoas têm suas percepções negativas em relação a sua doença e aceitação do senso comum, esses resultados ilustram os efeitos negativos da incerteza e expectativas quanto ao futuro da doença.

Discussão

O Câncer de Cabeça e Pescoço e a realização da laringectomia afetam a capacidade de comunicação da pessoa acometida e sua qualidade de vida (QV), tema que tem sido abordado na literatura científica considerando, de forma singular, as consequências do adoecimento e do tratamento deste tipo de tumor.

Os estudos citados nesta revisão de literatura mostraram que as preocupações e desafios do tratamento devem ser considerados dentro de um contexto biopsicossocial onde um olhar mais voltado para identificação precoce desses sentimentos, e não apenas no controle de sintomas, o que pode beneficiar o sujeito desde o início do tratamento e a longo prazo.

A dificuldade de comunicação decorrente da laringectomia é um fator altamente estressante e que, somada às alterações corporais, por vezes traumáticas, impacta negativamente sua QV e interações sociais, particularmente em relação a seus familiares e equipe de saúde. As dificuldades de comunicação podem levar a pessoa a se sentir frustrada e humilhada, a uma identificação equivocada das condições de saúde do enfermo e, consequentemente, a equívocos no planejamento do tratamento, que poderão não alcançar os resultados terapêuticos esperados.^{9,20,40}

Quando não ocorre a introdução de recursos e serviços de comunicação alternativa no tratamento desses pacientes, a comunicação básica entre eles e suas família e a equipe de cuidado acaba se baseando no uso de sistemas simbólicos não apoiados, como movimentos labiais e gestos. Essa forma de

comunicação limita a interação do paciente no seu processo de recuperação, por se tratarem de repostas pouco específicas, podem ser mal interpretadas pelo interlocutor, contribuindo para o aumento da frustração e angústia.^{41,42}

As pessoas devem ter acesso a serviços que proporcionem melhorias relacionadas ao seu bem estar e QV, recuperação e retorno ao seu contexto social. Porém, ainda é grande a dificuldade de acesso a recursos de Comunicação Alternativa e Ampliada e seu uso em oncologia é pouco explorado. Isso pode estar associado ao custo de recursos tecnológicos de comunicação alternativa, que muitas vezes não são gratuitos.

O adoecimento caracteriza-se pelo declínio das funções físicas, alterações emocionais e estéticas e das interações sociais, que levam a uma perda significativa da QV.^{18,29,43} A perda da capacidade de comunicação, mesmo quando momentânea, deve ser vista como um das consequências mais importantes da laringectomia. O tratamento de pessoas com comprometimentos da capacidade de comunicação devido ao câncer de cabeça e pescoço e laringectomizadas é bastante complexo e é importante que elas sejam bem compreendidas tanto pela equipe multiprofissional de saúde como pelos seus familiares.^{40,44}

Numa perspectiva multidimensional e com ênfase na integralidade, o tratamento deve incluir a disponibilização e uso de recursos tecnológicos de comunicação alternativa que sejam adequados às características e necessidades do sujeito. O acompanhamento de uma equipe multiprofissional que tenha como foco o uso de recursos tecnológicos terapêuticos ou assistivos, composta por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais, que sejam responsáveis pela avaliação, indicação, customização do vocabulário e treinamento do paciente desde o período pré-operatório. Além da orientação da forma de comunicação do paciente com a equipe de saúde e sua família, podendo melhorar a qualidade de vida desta população.^{43,44}

A comunicação alternativa vem ganhando espaço tanto na área da educação, quanto da saúde e desperta interesse de pessoas de quaisquer idades, que podem construir novas maneiras de se comunicar e aprender. Com o avanço tecnológico, outros recursos, como softwares ou aplicativos, estão sendo disponibilizados para o uso de pessoas

com dificuldades na fala e transformando o modelo de CA, antes restrito ao uso de cartões impressos e pranchas. O acesso a novas tecnologias de comunicação alternativa, aliadas ao uso de dispositivos móveis, tem tido repercussões muito favoráveis.^{45,46}

Por fim, a pessoa com câncer é sujeito de sua história e, mesmo que tenha uma doença incapacitante, crônica e limitante, sempre haverá possibilidade de adaptação e inclusão sociofamiliar e de manutenção da dignidade, melhorando sua QV.^{17,47}

Conclusão

A Comunicação Alternativa destina-se especificamente à compensação das perdas nas habilidades de comunicação e o uso, por parte de laringectomizados parciais ou totais, de recursos alternativos para a comunicação é necessário desde os primeiros dias de pós-operatórios, pois favorece o exercício da autonomia, a manutenção da capacidade de comunicação, a ativa participação social e melhora da QV da pessoa com câncer.

Por meio dessa revisão pode-se verificar a importância desses recursos por pessoas laringectomizadas. O impacto deste recurso alternativo favorece a manutenção da capacidade de comunicação e interação social da pessoa com câncer e lhe proporciona melhor QV. Os estudos sugerem um olhar mais voltado para a avaliação da QV de pessoas com câncer de cabeça e pescoço, visando diminuir o impacto que o adoecimento e tratamento pode trazer.

Porém, foi possível detectar lacunas no conhecimento produzido e há necessidade de mais estudos voltados para o uso de recursos de comunicação alternativa com pacientes com câncer. A grande maioria das publicações estudadas é internacional, o que aponta a necessidade de realização de novas pesquisas nacionais com rigor metodológico, que ofereçam evidências científicas relativas ao tema. Espera-se que um maior acesso e conhecimento, por parte dos profissionais da saúde, em relação aos recursos de Comunicação Alternativa e Ampliada contribua, de fato, para o seu uso em oncologia.

Agradecimento

À CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - pelo financiamento (bolsa de estudos) que permitiu o desenvolvimento da pesquisa que deu origem a este estudo.

Referências

1. World Health Organization. Cancer. 2014. [Acesso em 10 nov 2014] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
2. BRASIL. Instituto Oncoguia, 2014. [Acesso em 10 nov 2014]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/cancer-home/cancer-de-cabeca-e-pescoco/3/122/>
3. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
4. Vilar CMC, Martins IM. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: Vieira, et al. (Org.). Oncologia Básica. Piauí. Fundação Quixote. 2012; p. 9-22.
5. Colombo J, Rahal P. Alterações Genéticas e Câncer de Cabeça e Pescoço. Rev Bras Cancerol. 2009; 55:165-74.
6. Alvarenga LDM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008; 74:68-73.
7. Campos JLG, Salles Chagas JF, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007; 36:65-8.
8. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. Braz J Otorhinolaryngol. 2013; 79: 239-47.
9. Melles AM, Zago MMF. A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. Rev Latinoam Enferm. 2001; 9:73-9.
10. Blondis MN, Jackson BE. Nonverbal communication with patients: back to the human touch. 2. ed. New York: John Wiley, 1982.
11. Schilder P. A imagem do corpo: As energias construtivas da psique. (1ª ed.) São Paulo: Martins Fontes; 2005.
12. Oliveira RA. O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. Revista Portuguesa de Psicossomática (Portugal). 2004; 6:63-67.
13. Neri AL. Qualidade de Vida na Velhice. In: Rebelatto JR, et al. Fisioterapia Geriátrica. Barueri-SP: Manole; 2004; 1-29.
14. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20:580-8.
15. Makluf ASD, Dias RC, Barra ADA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Rev Bras Cancerol. 2006; 52:49-58.
16. Fayers PM, Machin D. MultiItem scales. quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons 2000: 72-247.

17. Othero MB, Costa DG. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. *Rev Prat Hosp*. 2007; 9:157-60.
18. Melo Filho MR, Rocha BA, Oliveira Pires MB, Fonseca ES, Freitas EM, Junior HM, Santos FBG. Quality of life of patients with head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013; 79:82-8.
19. Silveira A, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, Pimentel FL. Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15:38-48.
20. Pelosi MB. Projeto de pesquisa e extensão: implementação da comunicação alternativa para os pacientes com dificuldade de fala no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro; 2011 [Acesso em: 09 Nov 2014]. Disponível em: <https://drive.google.com/viewerng/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFFpbx0ZWNUb2xvZ2lhYXNzaXN0aXZhdWZyanxneDo1MTcyNDExNzBkY2Y1NjZl>
21. Zago MMF, Sawada NO. Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada. *Rev Esc Enferm USP*. 1998; 32:67-72.
22. Passerino LM, Bez MR. Projeto SCALA - Sistema de Comunicação Alternativa para Letramento de Pessoas com Autismo [Internet]. 2012 [Acesso em 28 dez 2014]. Disponível em: <http://scala.ufrgs.br/siteScala/projetoScala/?q=content/bem-vindo-%C3%A1-p%C3%A1gina-do-projeto-scala>.
23. Sartoretto ML, Bersch R. Assistiva – Tecnologia e Comunicação [Internet]. 2014 [Acesso em 28 dez 2014]. Disponível em: <http://www.assistiva.com.br/ca.html>
24. Nohama P, et al. Amplisoft [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 05 mai 2010 [Acesso em 28 dez 2014]. Disponível em: <http://www.ler.pucpr.br/amplisoft/>
25. LIVOX. Quem somos. Recife/PE. (Acesso em Nov 2014). Disponível em: <http://www.agoraeuconsigo.org>.
26. BRASIL. Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 - DOU de 3/12/2004 –que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Legislação Federal, Brasília, DF; 2 Dez 2004.
27. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14:124-31.
28. Silveira A, Ribeiro C, Gonçalves J, Oliveira A, Silva I, Lopes C, Pimentel FL. Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Rev Port Saúde Pública*. 2009; 8:59-66.
29. Luca MD, Santos ID, Berardinelli LMM. (2012). Características nosológicas de clientes com câncer em cuidados paliativos: autorrelato através da consulta de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20:293-9.
30. Machado BCP, Gonçalves LM, Júnior JR SB, Cruz MCFN. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2009; 11:62-8.
31. Alicikus ZA, Akman F, Ataman OU, Dag N, Orcin E, Bakis B, Kinay M. Importance of patient, tumour and treatment related factors on quality of life in head and neck cancer patients after definitive treatment. *Eur Arch Oto-rhinolaryngol*. 2009; 266:1461-8.
32. Sawada NO, Paula JM, Sonobe HM, Zago MMF, Guerrero GP, Nicolussi AC. Depression, fatigue, and health-related quality of life in head and neck cancer patients: a prospective pilot study. *Support Care Cancer*. 2002; 20:2705-11.
33. Bornbaum CC, Fung K, Franklin JH, Nichols A, Yoo J, Doyle PC. A descriptive analysis of the relationship between quality of life and distress in individuals with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2012;20:2157-65.
34. Chaukar DA, Walvekar RR, Das AK, Deshpande MS, Pai PS, Chaturvedi P, et al. Quality of life in head and neck cancer survivors: a cross-sectional survey. *Am J Otolaryngol*. 2009; 30:176-80.
35. O'Brien K, Roe B, Low C, Deyn L, Rogers SN. An exploration of the perceived changes in intimacy of patients' relationships following head and neck cancer. *J Clin Nurs*. 2012; 21:2499-508.
36. Dooks P, McQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer*. 2012; 20:489-98.
37. Semple CJ, Dunwoody L, George Kernohan W, McCaughan E, Sullivan K. Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *J Adv Nurs*. 2008; 63:85-93.
38. Ronis DL, Duffy SA, Fowler KE, Khan MJ, Terrell JE. Changes in quality of life over 1 year in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 134:241-48.
39. Scharloo M, de Jong RJB, Langeveld TP, Van Velzen-Verkaik E, Doorn-op den Akker MM, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer*. 2010; 18:1137-45.
40. Moss TP. The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment. *Body Image*. 2005; 2:151-9.
41. Kleinpell RM, et al. Improving Communication in the ICU, *Advance for Respiratory Care and Sleep Medicine*. 2009. [acesso em 25 mai 2014]. Disponível em: <http://respiratory-care-sleep-medicine.advanceweb.com/article/improving-communication-in-the-icu-6.aspx>.
42. Pelosi MB, Nascimento JS, Souza VLV. Prancha de comunicação para pacientes hospitalizados. *Cad Ter Ocup UFScar*. 2014; 22(Supl. Especial): 292-300.
43. Sonobe HM, Hayashida M, Mendes AC, Zago MMF. O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. *Rev Bras Cancerol*. 2001; 47:425-33.
44. Pelosi MB. Proposta de implementação da Comunicação Alternativa e Ampliada nos hospitais do município do Rio de Janeiro. *Temas Desenvol*. 2005; 14:47-53.
45. Pelosi MB. Dispositivos Móveis para a comunicação alternativa: primeiros passos. In: Passerino LM (Org.). *Comunicar para Incluir*. Porto Alegre: CRBF; 2013: 371-80.
46. Bez MR, Passerino LM, Viccari RM. Scalando em Tablets: comunicação alternativa em foco. In: *Educação e Contemporaneidade: contextos e singularidades*. Bahia: EDUFBA; 2012:223-48.
47. Matos RED, Soares E, Castro MED, Fialho AVDM, Caetano JA. Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17:176-81.