

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Rafael de Oliveira Ambrósio

**Considerações sobre o planejamento multiprofissional entre dentista,
fonoaudiólogo e psicólogo nas reabilitações com próteses bucomaxilofaciais:
uma revisão sistematizada**

Governador Valadares

2022

Rafael de Oliveira Ambrósio

**Considerações sobre o planejamento multiprofissional entre dentista,
fonoaudiólogo e psicólogo nas reabilitações com próteses bucomaxilofaciais:
uma revisão sistematizada**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Jean Soares Miranda

Governador Valadares

2022

Ambrósio, Rafael de Oliveira.

Considerações sobre o planejamento multiprofissional entre dentista, fonoaudiólogo e psicólogo nas reabilitações com próteses bucomaxilofaciais: uma revisão sistematizada. / Rafael de Oliveira Ambrósio. -- 2022.

41 p.

Orientador: Jean Soares Miranda

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2022.

1. Prótese maxilofacial. 2. Odontologia. 3. Fonoaudiologia. 4. Psicologia. 5. Equipe multidisciplinar. I. Miranda, Jean Soares, orient. II. Título.

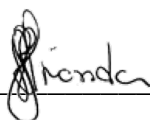
Rafael de Oliveira Ambrósio

**Considerações sobre o planejamento multiprofissional entre dentista,
fonoaudiólogo e psicólogo nas reabilitações com próteses bucomaxilofaciais:
uma revisão sistematizada**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 21 de junho de 2022

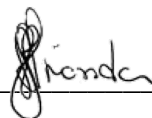
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jean Soares Miranda – Orientador(a)

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

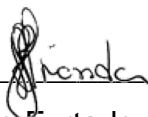
Prof Jean Assina por Prof Cleidiel



Prof. Dr. Cleidiel Aparecido Araujo Lemos

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Prof Jean Assina por Prof Rodrigo



Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dedico este trabalho à minha família e à minha companheira de vida Nayane, que
caminharam todo esse percurso junto a mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me fortalecido e me conduzido durante todo o caminho acadêmico e a Santa Teresinha do Menino Jesus que intercedeu por mim.

Aos meus pais, que me deram toda a base de valores e apoio para poder seguir meus sonhos e trilhar meus caminhos.

À minha companheira fiel, minha noiva Nayane, por sempre acreditar em mim, mesmo nos momentos mais difíceis da caminhada, e que me acompanhou desde o ensino médio, me ajudando no processo de amadurecimento e propósito.

Aos meus familiares, principalmente minha avó Dadá, tia Érika, Rodrigo e minha irmã Marina, que foram meu amparo quando precisei.

Ao meu eterno amigo, irmão e anjo da guarda Lucas Braga, que nos deixou durante a caminhada e hoje está ao lado do Pai, essa conquista é nossa.

Aos meus amigos que mostraram que os verdadeiros amigos são aqueles que não só estão comigo nos momentos difíceis, mas comemoraram as vitórias juntos comigo, e entendem momentos de renúncia.

Aos meus colegas Romero Gomes, Viviane Feliciano, Gustavo Oliveira, Sabrina Gomes, Leiliane de Oliveira e a Prof. Dra. Alexa Magalhães Dias por colaborarem com a escrita do artigo.

Aos mestres universitários que fizeram parte diretamente da minha formação como profissional da odontologia, principalmente ao meu orientador Jean, que nessa reta final agregou muito na prática clínica quanto no aprendizado na área da pesquisa.

RESUMO

Introdução: O percentual de indivíduos acometidos por lesões neoplásicas tem aumentado nos últimos anos. Assim, a procura por reabilitações com próteses bucomaxilofaciais têm sido mais expressiva. Nesse processo, o cirurgião-dentista, em consonância com fonoaudiólogos e psicólogos deve desenvolver um plano de tratamento coerente e funcional para restauração aloplástica do defeito maxilofacial.

Objetivos: Revisar os aspectos psicológicos e fonoaudiológicos envolvidos no processo reabilitador, com próteses bucomaxilofaciais, de pacientes submetidos à cirurgias de ressecção de tumores, ressaltando a importância da atuação multiprofissional durante o atendimento desses pacientes. **Material e métodos:** A

revisão da literatura foi realizada através de pesquisas em quatro nas bases de dados: Embase, Scopus, Pubmed e Google Scholar. Foram utilizados os seguintes descritores: *maxillofacial prosthesis, maxillofacial prosthodontics, maxillofacial prosthetics, facial prosthesis, psychology, speech therapy, speech-language-hearing e maxillary speech*. Foram incluídos estudos que abordaram os aspectos psicológicos ou fonoaudiológicos relacionados à reabilitação com próteses bucomaxilofaciais em pacientes submetidos a cirurgia de ressecção de tumor em região de cabeça e/ou pescoço. **Resultados:** A busca primária resultou em 1.702 artigos. No entanto, apenas 37 estudos se enquadraram nos critérios de inclusão para leitura na íntegra e tratamento de resultados. **Conclusão:** O atendimento multiprofissional é de suma importância para reabilitação aloplástica de pacientes com defeitos bucomaxilofaciais, pois favorece o restabelecimento de funções orais, tais como a mastigação, fala e deglutição. Além disso, o tratamento psicológico é essencial para reinserção do paciente na sociedade, uma vez que proporciona melhoria da qualidade de vida, oferecendo ao indivíduo mecanismos para aceitação do tratamento e adequado enfrentamento da mutilação bucomaxilofacial.

Palavras-chave: Prótese maxilofacial; Odontologia; Fonoaudiologia; Psicologia; Equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: The percentage of individuals affected by neoplastic lesions has increased in recent years. Thus, the search for rehabilitation with maxillofacial prostheses has been more expressive. In this process, the dentist, in agreement with speech therapists and psychologists, must develop a coherent and functional treatment plan for alloplastic restoration of the maxillofacial defect. **Objectives:** To review the psychological and speech therapy aspects involved in the rehabilitation process, with maxillofacial prostheses, of patients undergoing tumor resection surgery, emphasizing the importance of multidisciplinary work during the care of these patients. **Material and methods:** The literature review was carried out through searches in four databases: Embase, Scopus, Pubmed, and Google Scholar. The following descriptors were used: maxillofacial prosthesis, maxillofacial prosthodontics, maxillofacial prosthetics, facial prosthesis, psychology, speech therapy, speech-language-hearing, and maxillary speech. Studies that addressed the psychological or speech therapy aspects of rehabilitation with maxillofacial prostheses in patients undergoing tumor resection surgery in the head and/or neck region were included. **Results:** The primary search resulted in 1,702 articles. However, only 37 studies met the inclusion criteria for full reading and treatment of results. **Conclusion:** Multiprofessional care is extremely important for the alloplastic rehabilitation of patients with maxillofacial defects, as it favors the restoration of oral functions, such as chewing, speaking and swallowing. In addition, psychological treatment is essential for the patient's reintegration into society. It improves the quality of life, offering the individual mechanisms for acceptance of treatment and adequate coping with maxillofacial mutilation.

Keywords: Maxillofacial prosthesis; Dentistry; Speech-language-hearing; Psychology; Multidisciplinary team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	ARTIGO CIENTÍFICO.....	10
3	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30
	ANEXO A – Normas do Periódico.....	34
	ANEXO B – Carta de Aceite.....	39

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o conceito de saúde engloba mais do que apenas a ausência de doença. Esse engloba o bem-estar físico, mental e social. Assim, a reabilitação de lesões bucomaxilofaciais são sempre desafiadoras, pois além da mutilação o paciente pode também enfrentar fortes dilemas psicológicos e mentais (DE CARVALHO, 2019). Nas reabilitações intra ou extraorais, o cirurgião-dentista que atua como protesista bucomaxilofacial é responsável pela restauração facial e estomatognática através de substitutos artificiais de estruturas da cabeça e pescoço, contribuindo para recuperação da função, estética, saúde psicológica e estado de saúde geral dos indivíduos (RODRIGUES; RODRIGUES; DE OLIVEIRA, 2019).

Nota-se que o percentual de indivíduos acometidos por neoplasias malignas têm aumentado nos últimos anos (RODRIGUES; RODRIGUES; DE OLIVEIRA, 2019). Globalmente, a estimativa para o ano de 2018 foi de 890.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço, representando o sétimo câncer mais frequente no mundo (BRAY et al., 2018). No Brasil, estima-se que para cada ano do biênio 2018-2019 foram diagnosticados 11.200 novos casos em homens e 3.500 em mulheres (BRAY et al., 2018 e SANTOS, 2018). As neoplasias mais frequentemente encontradas são o Carcinoma de Células Escamosas, Carcinoma Espinocelular e Adenocarcinoma das Glândulas salivares, dentre outros (CARVALHO et al., 2019).

O aumento da incidência de neoplasias têm gerado a necessidade de aprimorar os métodos de reabilitação aloplástica, a fim de restaurar as mutilações geradas pelas cirurgias de ressecção dos tumores (RODRIGUES; RODRIGUES; DE OLIVEIRA, 2019). Visto que as mutilações faciais nem sempre podem ser corrigidas cirurgicamente, por falta de tecido doador ou devido a outras limitações, como o estado de saúde e a idade dos pacientes (CARVALHO et al., 2019); os defeitos podem ser substituídos aloplasticamente por próteses bucomaxilofaciais (PBMF), proporcionando simultaneamente a reabilitação funcional e a reparação estética (SIMÕES et al., 2009 e REZENDE, 1997).

No entanto, essas reabilitações poderão envolver diferentes especialidades e vários profissionais da saúde. O acompanhamento do paciente deve ser realizado de forma integrada, para garantir não apenas a reconstrução do defeito, mas para permitir também sua nutrição e bem estar psicológico. Assim, é indicado que fonoaudiólogos e psicólogos trabalhem de maneira harmônica e coerente com o

cirurgião-dentista, para desenvolver um plano de tratamento que seja funcional e executável durante todo o processo de reabilitação (CABRERA DÍAZ; JORIS FORKER; SARTORIO FREIRE, 2018).

Apesar do protesista ser o responsável direto por essa reabilitação, é indispensável o envolvimento do psicólogo (CARDOSO et al., 2007), pois os pacientes portadores de mutilações faciais não raramente apresentam significativas alterações comportamentais, como depressão, vergonha, ansiedade, timidez, passividade, revolta e baixa autoestima. Se esses comportamentos não forem trabalhados, a reabilitação não atingirá o objetivo de reintegrar o mutilado ao ambiente social e familiar (FIGUEIREDO et al., 2005). Por outro lado, o fonoaudiólogo pode atuar, principalmente em reabilitações que envolvam próteses obturadoras, nasais e faciais extensas. Nesses casos, seu papel é essencial para o restabelecimento de uma fala compreensível, envolvendo terapias com exercícios musculares específicos (CABRERA DÍAZ; JORIS FORKER; SARTORIO FREIRE, 2018).

A partir do exposto, esse estudo revisou a literatura sobre os aspectos psicológicos e fonoaudiológicos envolvidos na reabilitação com PBMF, de pacientes mutilados por cirurgias de ressecção de tumores. Foi ressaltado a importância da interação multiprofissional entre cirurgião-dentista, fonoaudiólogo e psicólogo não somente durante o processo reabilitador, mas também ao longo do período de acompanhamento e preservação da prótese.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo científico aceito para publicação/publicado no periódico Revista Sul-Brasileira de Odontologia. A estruturação do artigo baseou-se nas instruções aos autores preconizadas pelo periódico (ANEXO A).

Considerações Sobre o Planejamento Multiprofissional entre Dentista, Fonoaudiólogo e Psicólogo nas Reabilitações com Próteses Bucomaxilofaciais: uma Revisão Sistematizada

Considerations About Multiprofessional Planning Among Dentists, Speech Therapists and Psychologists in Rehabilitations with Maxillofacial Prosthesis: a Systematized Review

RESUMO

Introdução: O percentual de indivíduos acometidos por lesões neoplásicas tem aumentado nos últimos anos. Assim, a procura por reabilitações com próteses bucomaxilofaciais têm sido mais expressiva. Nesse processo, o cirurgião-dentista, em consonância com fonoaudiólogos e psicólogos deve desenvolver um plano de tratamento coerente e funcional para restauração aloplástica do defeito maxilofacial. **Objetivos:** Revisar os aspectos psicológicos e fonoaudiológicos envolvidos no processo reabilitador, com próteses bucomaxilofaciais, de pacientes submetidos à cirurgias de ressecção de tumores, ressaltando a importância da atuação multiprofissional durante o atendimento desses pacientes. **Material e métodos:** A revisão da literatura foi realizada através de pesquisas em quatro nas bases de dados: Embase, Scopus, Pubmed e Google Scholar. Foram utilizados os seguintes descritores: *maxillofacial prosthesis, maxillofacial prosthodontics, maxillofacial prosthetics, facial prosthesis, psychology, speech therapy, speech-language-hearing e maxillary speech*. Foram incluídos estudos que abordaram os aspectos psicológicos ou fonoaudiológicos relacionados à reabilitação com próteses bucomaxilofaciais em pacientes submetidos a cirurgia de ressecção de tumor em região de cabeça e/ou pescoço. **Resultados:** A busca primária resultou em 1.702 artigos. No entanto, apenas 37 estudos se enquadraram nos critérios de inclusão para leitura na íntegra e tratamento de resultados. **Conclusão:** O atendimento multiprofissional é de suma

importância para reabilitação aloplástica de pacientes com defeitos bucomaxilofaciais, pois favorece o restabelecimento de funções orais, tais como a mastigação, fala e deglutição. Além disso, o tratamento psicológico é essencial para reinserção do paciente na sociedade, uma vez que proporciona melhoria da qualidade de vida, oferecendo ao indivíduo mecanismos para aceitação do tratamento e adequado enfrentamento da mutilação bucomaxilofacial.

Palavras-chave:

Prótese maxilofacial; Odontologia; Fonoaudiologia; Psicologia; Equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: The percentage of individuals affected by neoplastic lesions has increased in recent years. Thus, the search for rehabilitation with maxillofacial prostheses has been more expressive. In this process, the dentist, in agreement with speech therapists and psychologists, must develop a coherent and functional treatment plan for alloplastic restoration of the maxillofacial defect. **Objectives:** To review the psychological and speech therapy aspects involved in the rehabilitation process, with maxillofacial prostheses, of patients undergoing tumor resection surgery, emphasizing the importance of multidisciplinary work during the care of these patients. **Material and methods:** The literature review was carried out through searches in four databases: Embase, Scopus, Pubmed, and Google Scholar. The following descriptors were used: maxillofacial prosthesis, maxillofacial prosthodontics, maxillofacial prosthetics, facial prosthesis, psychology, speech therapy, speech-language-hearing, and maxillary speech. Studies that addressed the psychological or speech therapy aspects of rehabilitation with maxillofacial prostheses in patients undergoing tumor resection surgery in the head and/or neck region were included. **Results:** The primary search resulted in 1,702 articles. However, only 37 studies met the inclusion criteria for full reading and treatment of results. **Conclusion:** Multiprofessional care is extremely important for the alloplastic rehabilitation of patients with maxillofacial defects, as it favors the restoration of oral functions, such as chewing, speaking and swallowing. In addition, psychological treatment is essential for the patient's reintegration into society. It improves the quality of life, offering the individual mechanisms for acceptance of treatment and adequate coping with maxillofacial mutilation.

Keywords:

Maxillofacial prosthesis; Dentistry; Speech-language-hearing; Psychology; Multidisciplinary team.

INTRODUÇÃO

Atualmente o conceito de saúde engloba mais do que apenas a ausência de doença. Esse engloba o bem-estar físico, mental e social. Assim, a reabilitação de lesões bucomaxilofaciais são sempre desafiadoras, pois além da mutilação o paciente pode também enfrentar fortes dilemas psicológicos e mentais [9]. Nas reabilitações intra ou extraorais, o cirurgião-dentista que atua como protesista bucomaxilofacial é responsável pela restauração facial e estomatognática através de substitutos artificiais de estruturas da cabeça e pescoço, contribuindo para recuperação da função, estética, saúde psicológica e estado de saúde geral dos indivíduos [35].

Nota-se que o percentual de indivíduos acometidos por neoplasias malignas têm aumentado nos últimos anos [35]. Globalmente, a estimativa para o ano de 2018 foi de 890.000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço, representando o sétimo câncer mais frequente no mundo [6]. No Brasil, estima-se que para cada ano do biênio 2018-2019 foram diagnosticados 11.200 novos casos em homens e 3.500 em mulheres [6,31]. As neoplasias mais frequentemente encontradas são o Carcinoma de Células Escamosas, Carcinoma Espinocelular e Adenocarcinoma das Glândulas salivares, dentre outros [9].

O aumento da incidência de neoplasias têm gerado a necessidade de aprimorar os métodos de reabilitação aloplástica, a fim de restaurar as mutilações geradas pelas cirurgias de ressecção dos tumores [35]. Visto que as mutilações faciais nem sempre podem ser corrigidas cirurgicamente, por falta de tecido doador ou devido a outras limitações, como o estado de saúde e a idade dos pacientes [9]; os defeitos podem ser substituídos aloplasticamente por próteses bucomaxilofaciais (PBMF), proporcionando simultaneamente a reabilitação funcional e a reparação estética [39, 32].

No entanto, essas reabilitações poderão envolver diferentes especialidades e vários profissionais da saúde. O acompanhamento do paciente deve ser realizado de forma integrada,

para garantir não apenas a reconstrução do defeito, mas para permitir também sua nutrição e bem estar psicológico. Assim, é indicado que fonoaudiólogos e psicólogos trabalhem de maneira harmônica e coerente com o cirurgião-dentista, para desenvolver um plano de tratamento que seja funcional e executável durante todo o processo de reabilitação [11].

Apesar do protesista ser o responsável direto por essa reabilitação, é indispensável o envolvimento do psicólogo [8], pois os pacientes portadores de mutilações faciais não raramente apresentam significativas alterações comportamentais, como depressão, vergonha, ansiedade, timidez, passividade, revolta e baixa autoestima. Se esses comportamentos não forem trabalhados, a reabilitação não atingirá o objetivo de reintegrar o mutilado ao ambiente social e familiar [12]. Por outro lado, o fonoaudiólogo pode atuar, principalmente em reabilitações que envolvam próteses obturadoras, nasais e faciais extensas. Nesses casos, seu papel é essencial para o restabelecimento de uma fala compreensível, envolvendo terapias com exercícios musculares específicos [11].

A partir do exposto, esse estudo revisou a literatura sobre os aspectos psicológicos e fonoaudiológicos envolvidos na reabilitação com PBMF, de pacientes mutilados por cirurgias de ressecção de tumores. Foi ressaltado a importância da interação multiprofissional entre cirurgião-dentista, fonoaudiólogo e psicólogo não somente durante o processo reabilitador, mas também ao longo do período de acompanhamento e preservação da prótese.

METODOLOGIA

Para pesquisa da literatura, foram realizadas buscas manuais nas bases de dados Embase, Scopus, Pubmed e Google Scholar através da combinação dos descritores: “*maxillofacial prosthesis*”, “*maxillofacial prosthodontics*”, “*maxillofacial prosthetics*”, “*facial prosthesis*”, “*psychology*”, “*speech therapy*”, “*speech-language-hearing*” e “*maxillary*

speech". As estratégias de busca estão descritas na Tabela I. Os resultados somados totalizaram 1.702 artigos, publicados até janeiro de 2021.

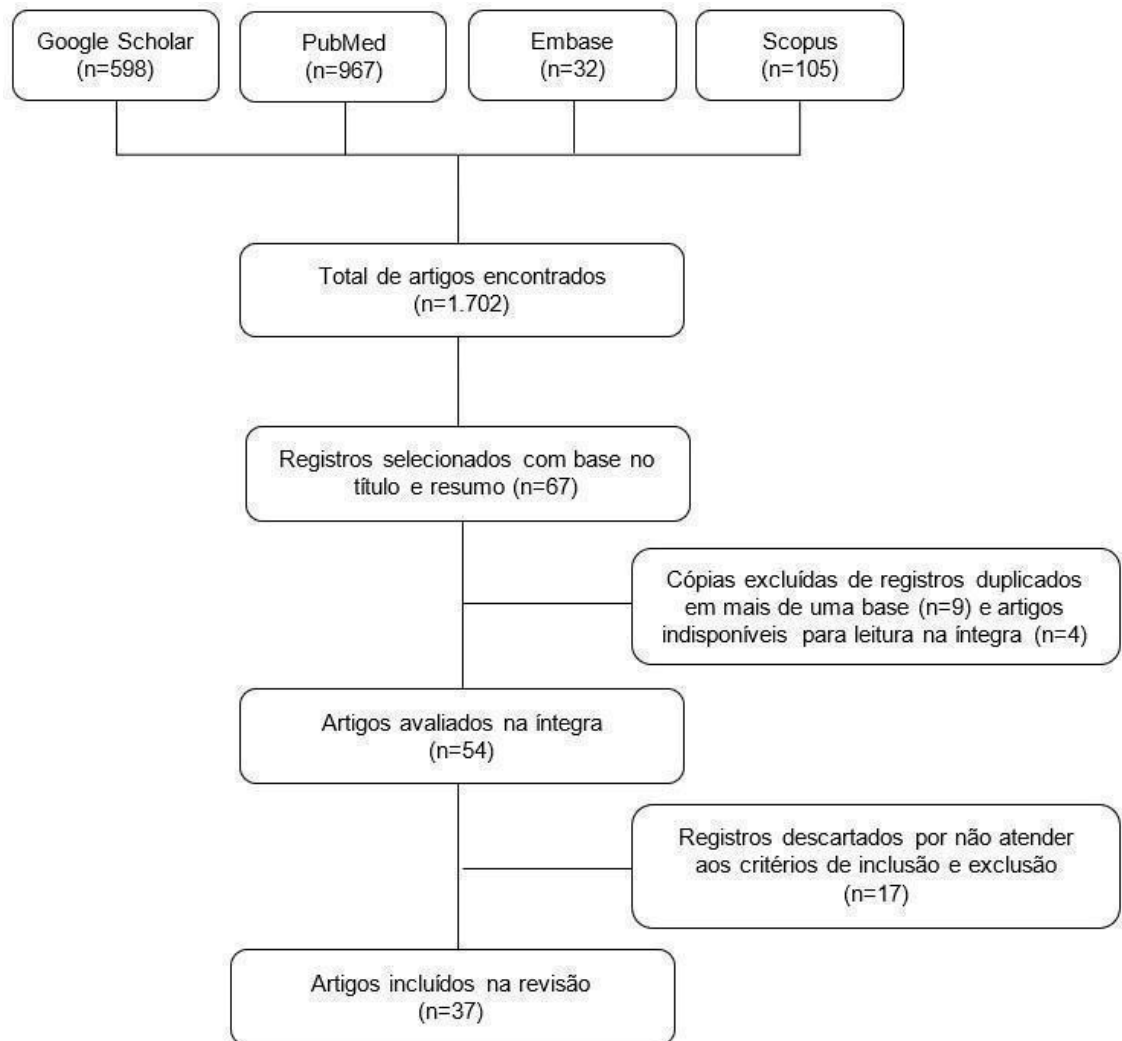
Tabela I – Estratégias de Busca Eletrônica nas bases de dados utilizadas para confecção desta revisão.

Base de dados	Estratégia de Busca
Google Scholar	["maxillofacial prosthesis" OR "maxillofacial prosthodontics" OR "maxillofacial prosthetics" OR "facial prosthesis"] + ["psychology" OR "speech therapy" OR "speech-language-hearing" OR "maxillary speech"]
PubMed	((maxillofacial prosthesis OR maxillofacial prosthodontics OR maxillofacial prosthetics OR facial prosthesis) AND (psychology OR speech therapy OR speech-language-hearing OR maxillary speech))
Embase	((maxillofacial prosthesis OR maxillofacial prosthodontics OR maxillofacial prosthetics OR facial prosthesis) AND (psychology OR speech therapy OR speech-language-hearing OR maxillary speech))
Scopus	((maxillofacial prosthesis OR maxillofacial prosthodontics OR maxillofacial prosthetics OR facial prosthesis) AND (psychology OR speech therapy OR speech-language-hearing OR maxillary speech))

Foram incluídos artigos publicados em inglês, português e espanhol. Os artigos duplicados, encontrados em mais de uma base de dados, tiveram uma das cópias excluídas. Os artigos que não foram encontrados para leitura na íntegra também foram removidos, bem como os estudos que não abordavam os aspectos psicológicos ou fonoaudiológicos relacionados ao uso de prótese bucomaxilofacial, por indivíduos submetidos a ressecção de tumores de cabeça e pescoço.

Após leitura na íntegra, foram selecionados os artigos que continham aspectos relacionados à abordagem do psicólogo e do fonoaudiólogo no processo de reabilitação, com prótese bucomaxilofacial, de pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas para tratamento de câncer de cabeça e pescoço. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, mantiveram-se 37 artigos, os quais compuseram essa revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de revisão sistematizada da literatura.



REVISÃO DE LITERATURA

As PBMFs são importantes na reabilitação de deformidades em cabeça e pescoço decorrentes de problemas oncológicos. Sendo indicadas quando a cirurgia plástica para reconstrução não é viável, quando a recorrência da malignidade é provável e quando a radioterapia está sendo administrada. Nesses casos, a reabilitação com PBMF torna-se o tratamento de escolha, para restaurar a estética e, a saúde geral e psicológica dos indivíduos [2]. Ao longo dos anos, vem sendo demonstrado que essas próteses podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes [23, 10].

Entretanto, para obter um resultado efetivo é de extrema importância uma abordagem

multiprofissional durante o processo de reabilitação [2].

Abordagem Fonoaudiológica

Pacientes com defeitos cirúrgicos causados pelo tratamento de tumores maxilares, normalmente consideram o uso da prótese obturadora como uma intervenção eficaz na melhora da fala [20, 40, 27, 24]. A melhora da deglutição e o maior controle do bolo alimentar foram observadas durante o uso de próteses de abaixamento ou remodelagem palatal em pacientes com ressecção da língua. No entanto, a contribuição do fonoaudiólogo nessa reabilitação é essencial. Em casos de ressecção do palato mole, o qual nem sempre pode ser obliterado completamente por próteses obturadoras e elevadoras de palato, pode haver a manutenção de som anasalado. Assim, a emissão do som deve ser trabalhada pelo fonoaudiólogo com o intuito de controlar o fluxo de ar nasal, a pressão do ar intra oral e a exibição do sinal de fala, aumentando a eficácia do palato mole remanescente no fechamento da via aérea nasal [30, 16].

Somado a isso, o aprofundamento cirúrgico da faringe durante a ressecção de tumores maxilares pode prejudicar o fechamento da válvula palatofaríngea e, portanto, resultar em hipernasalidade e emissões nasais [20]. As vantagens adquiridas pelo uso de próteses obturadoras associadas a terapia fonoaudiológica para fala são notórias [41], pois diminuem a nasalização e normalizam gradativamente a fala [43, 34, 46]. Em um relato sobre indivíduos que apresentavam disfunção velofaríngea, observa-se que a utilização de prótese obturadora implicou na melhoria das condições de hipernasalidade e fluxo de ar nasal excessivo. Para aferição das condições de fala dos pacientes usuários de próteses, os fonoaudiólogos podem realizar o “teste de inteligibilidade de frase” [40, 37]. Esse procedimento pode ser auxiliado através de avaliações acústicas aeromecânicas e perceptivas, podendo incluir o uso de um nasômetro, a fim verificar a ressonância e equilíbrio da fala. Alguns sistemas

computadorizados, como o PERCI-SARS (Microtronics Corporation, Chapel Hill, NC, EUA), são usados para estimar a área do orifício velofaríngeo (VPO) durante a fala. Também podem ser utilizados softwares, como o CAIDS (Pro-Ed, Austin, Texas, EUA) que mensuram a inteligibilidade da fala [33].

Neste ínterim, o tratamento da fala antes da reabilitação protética também é indicado, pois após a cirurgia de ressecção de tumores intra-orais é comum o paciente perder pontos de referências da cavidade oral para a emissão dos sons de fonemas [11]. Estudos forneceram relatos de planejamentos reabilitadores protéticos de pacientes com glossectomia. Em seus casos, a terapia de fala após a cirurgia de ressecção foi realizada para melhorar a inteligibilidade da fala e estabilizar os movimentos compensatórios para produção de consoante, sendo que o fonoaudiólogo também auxiliou o cirurgião-dentista nos ajustes da prótese, através do registro funcional do contorno palatal. A continuidade do tratamento da fala foi indicada para aprimorar a aprendizagem dos movimentos compensatórios que permitiam a produção da fala [25].

No entanto, para que a reabilitação auxilie o paciente nos movimentos de deglutição e na reprodução da correta fonação, a ação conjunta entre o cirurgião-dentista e o fonoaudiólogo deve ocorrer desde o planejamento protético [11, 22], pois mesmo com uma prótese bem adaptada, os pacientes maxilectomizados podem apresentar estresse psicológico significativo durante a fala [42]. Em um estudo conduzido para a confecção de um obturador faríngeo, o fonoaudiólogo atua auxiliando o cirurgião-dentista na adaptação funcional da prótese [11]. No momento da moldagem, foi avaliada a capacidade de articulação de palavras através da repetição de frases e movimentos orais. Neste caso, foram trabalhados fonemas de articulação como “K”, “G” e “J”, em combinação com vogais “E” e “I” e fonemas de transição “CH”, “Y” e “N”. Também foi analisada a capacidade de deglutição e a presença ou ausência de refluxo nasal. O acompanhamento fonoaudiológico foi realizado antes da cirurgia,

para comparar os registros pré e pós-operatório, sendo observados ganhos funcionais com a reabilitação multiprofissional.

Diante de tantos desafios, muitos pacientes fazem terapia fonoaudiológica para melhorar a inteligibilidade da fala devido a situações como: disartria, hipernasalidade, regurgitação oronasal e disfagia orofaríngea, que, apesar de reduzida com a utilização prótese, pode continuar ocorrendo. Neste contexto, é ressaltado que após a adaptação da prótese, a fonoterapia deve prosseguir com exercícios de aumento do fluxo aéreo oral e sobrearticulação [11, 25, 6, 9].

Aspectos psicológicos

A face é importante desde os contatos interpessoais mais superficiais até os relacionamentos mais íntimos [5]. Portanto, os pacientes que apresentam defeitos faciais possuem comprometimentos estéticos e funcionais que refletem no psicológico [23, 13]. Além disso, a dificuldade durante a fala e alimentação estão associadas ao isolamento e ao comportamento de evitar situações sociais [41].

Em um estudo recente, observou-se que os pacientes que utilizavam próteses obturadoras, estética e funcionalmente satisfatórias, nem sempre apresentavam maior autoconfiança e envolvimento social, sendo necessário integrar um terapeuta na equipe de trabalho, para oferecer um atendimento personalizado a subjetividade de cada indivíduo. Adicionalmente, têm relatos que o psicólogo deve ser um membro obrigatório da equipe multiprofissional para fornecer apoio ao paciente mesmo antes de iniciar a terapia odontológica, a fim de facilitar a superação dos medos e fantasias e, conseqüentemente, melhorar sua aceitação frente ao ocorrido. O que, por fim, também contribui para o planejamento e execução do tratamento protético [11].

A abordagem psicológica de indivíduos que sofreram desfiguração após a ressecção

deum tumor é necessária pois comumente eles possuem medo de morrer, incertezas de como lidar com a mutilação e com a prótese utilizada para restauração do defeito [44]. Os pacientes com defeitos maxilofaciais enfrentam problemas relacionados à qualidade de vida mesmo após a reabilitação protética [19, 14]. Em conjunto com o tratamento reabilitador protético, o paciente deve ser contemplado com abordagens que levem em consideração suas preocupações psicossociais e espirituais [18], pois mesmo após a recuperação estética proporcionada pelo uso da prótese, a terapia psicológica é que vai permitir e auxiliar a reinserção do paciente a vida social e ao ambiente familiar [15].

Nesse contexto, o tratamento implementado deve ser capaz de proporcionar ao paciente maior autoconfiança, a qual é parcialmente fornecida pela instalação da prótese bucomaxilofacial [44]. No entanto, é necessário haver um vínculo entre o tratamento restaurador e o tratamento psicoterapêutico, para restabelecer a auto-estima do paciente [45].

DISCUSSÃO

É indubitável que o processo de tratamento com PBMF exige, em todas as etapas, um trabalho multiprofissional, pois mesmo com a substituição da estrutura perdida é provável que ainda existam dificuldades relacionadas a fala, mastigação, deglutição e socialização [20, 43, 34, 21, 14, 7]. Assim, é necessário um trabalho de aceitação e de adequação da função após a reabilitação aloplástica.

No entanto, com a metodologia empregada, foram encontrados poucos estudos que abordassem simultaneamente, o tratamento psicológico e fonoaudiológico, desses pacientes (Tabela II).

Tabela II – Síntese dos artigos incluídos na revisão.

Autor	Ano	Tipo de estudo	Resultados
-------	-----	----------------	------------

Cantor e Curtis ⁷	1971	Revisão de literatura	Pacientes submetidos à mandibulectomia apresentam alterações nos movimentos mandibulares, na fala, respiração, mastigação, no controle de saliva e psicológicas, as quais a reabilitação protética não é capaz de reestabelecer sozinha.
Bailey e Edwards ⁵	1975	Revisão de Literatura	O dentista deve estar preocupado com as expectativas do paciente, características de personalidade e capacidade de aceitar e integrar a prótese. Considerações psicológicas devem resultar em maior eficácia no tratamento e reabilitação.
Hufnagle <i>et al.</i> ²⁰	1978	Revisão de Literatura	A reabilitação protética resulta na melhora da fala, mas o treinamento desta pode ser necessário, visto que pode ocorrer simultaneamente à insuficiência palatofaríngea, alteração no padrão articulatorio, ressonância hiponasal ou hipernasal e emissão nasal.
Olson e Shedd ³⁰	1978	Estudo Observacional	Dos pacientes mutilados e reabilitados entrevistados, 92% apresentaram alterações na fala. A metade dos deles relataram dificuldades para empurrar o bolo alimentar. 43% manifestaram dificuldades para mastigar, e quase a metade já experimentaram algum episódio de depressão.
Gillis <i>et al.</i> ¹⁴	1979	Estudo Observacional	Pacientes com câncer de cabeça e pescoço, reabilitados proteticamente ou não, apresentaram alterações na qualidade de vida. Mudanças na fala e na mastigação foram constatadas mesmo após a reabilitação protética. Demonstrando a importância de um acompanhamento psicológico.
Lauciello <i>et al.</i> ²⁵	1980	Relato de caso	A terapia da fala logo após a ressecção cirúrgica do tumor, associada com a reabilitação protética adequada e a continuidade da terapia fonoaudiológica, melhoraram significativamente as funções orais.
Knowles <i>et al.</i> ²²	1984	Relato de caso	Próteses para pacientes com glossectomia parcial melhoraram significativamente a fala e a deglutição nesses pacientes. A presença do fonoaudiólogo durante o diagnóstico e após a reabilitação protética foi essencial, pois apenas a prótese pode não melhorar significativamente a fala.
Logemann <i>et al.</i> ²⁶	1989	Estudo Observacional	O uso de prótese resultou em melhor eficiência de deglutição, aumento da duração do contato da língua com a parede da faringe e melhorou a velocidade de movimento do bolo alimentar das valéculas para o seio piriforme.
Arcuri <i>et al.</i> ⁴	1991	Relato de caso	A prótese mandibular possibilitou a redução da xerostomia e também diminuiu os erros articulatorios de muitas letras. Evidenciando a importância da reabilitação envolvendo especialistas em cirurgia, prótese dentária, fonoaudiologia e nutricionista.
Van Doorne <i>et al.</i> ⁴⁴	1994	Revisão de Literatura	Pacientes com os defeitos faciais passam por um período psicologicamente extremamente difícil, por lidar com a possibilidade de morte e devido a necessidade de aceitação de que seu rosto está desfigurado, o que gera implicações sociais.
Umino <i>et al.</i> ⁴³	1998	Estudo Observacional	A inteligibilidade da fala foi alterada em pacientes submetidos a maxilectomia, mesmo com uso de uma prótese.
Moroi <i>et al.</i> ²⁹	1999	Estudo Observacional	A reabilitação protética em pacientes que passaram por ressecções cirúrgicas de cabeça e pescoço devido a tumores malignos é importante não apenas para melhoria durante a alimentação, como para qualidade de vida

			geral.
Sullivan <i>et al.</i> ⁴⁰	2002	Estudo Observacional	A prótese obturadora foi uma intervenção eficaz para reabilitar os defeitos do seio maxilar e rebordo alveolar, auxiliando no desempenho da fala.
Rieger <i>et al.</i> ³⁴	2003	Estudo Observacional	Após um fonoaudiólogo verificar a inteligibilidade da fala dos pacientes, constatou-se que mesmo após a instalação do obturador palatino, é possível identificar a insatisfação de alguns pacientes em relação às suas funções fisiológicas e também com a estética.
Hertrampf <i>et al.</i> ¹⁹	2004	Estudo Observacional	Pacientes com defeitos maxilofaciais após tratamento de tumores malignos precisam de cuidados psicológicos desde o diagnóstico até após o tratamento reabilitador protético. Terapias para dor e problemas de fala também devem ser oferecidos.
Vigarios <i>et al.</i> ⁴⁵	2004	Revisão de Literatura	Durante o processo de reabilitação, a prótese maxilofacial, além de seus papéis estéticos e funcionais, se apresenta como uma extensão do trabalho psicoterapêutico realizado ao longo do tratamento.
Koshino <i>et al.</i> ²³	2006	Estudo Observacional	Evidenciou-se que há uma conexão entre saúde fisiológica e a psicológica, sendo as próteses maxilomandibulares capazes de melhorar significativamente a qualidade de vida.
Sell <i>et al.</i> ³⁷	2006	Estudo Observacional	A cirurgia é a primeira escolha de tratamento para Disfunção Velofaríngea mas o manejo protético pode ser uma alternativa útil quando a primeira opção está contra-indicada, podendo ser uma solução temporária útil e usada para avaliar os benefícios potenciais da intervenção cirúrgica em alguns casos. Este tratamento requer a experiência combinada de uma equipe interdisciplinar envolvendo o fonoaudiólogo, o ortodontista/protesista, o técnico maxilofacial e o endoscopista.
Goiato <i>et al.</i> ¹⁵	2009	Revisão de Literatura	A reabilitação por meio de aloplastia ou restauração protética proporciona condições satisfatórias de estética e bem-estar e reintegra o indivíduo no meio familiar e social. A inspeção regular reduz as complicações das próteses maxilofaciais.
Irish <i>et al.</i> ²¹	2009	Estudo transversal	Mesmo com o tratamento protético de defeitos maxilares e palatinos pós ressecção de tumores malignos, ainda existem obstáculos que afetam a qualidade de vida desses pacientes, que inclusive os fazem evitar situações sociais, entre esses se destacam a dificuldade em falar e se alimentar.
Depprich <i>et al.</i> ¹⁰	2011	Estudo Observacional	O comprometimento da ingestão, da fala, da aparência, a extensão da terapia e a existência de dor interferem na qualidade de vida dos mutilados.
Rieger <i>et al.</i> ³³	2011	Estudo Observacional	Não foram encontradas diferenças entre a reconstrução cirúrgica ou intervenção protética de defeitos maxilares nos quesitos atratividade facial e inteligibilidade da fala.
Ugawa <i>et al.</i> ⁴²	2011	Ensaio clínico	Biomarcadores salivares foram utilizados com o objetivo de verificar o estresse durante a fala em pacientes maxilectomizados, concluindo que os pacientes, usuários ou não de prótese, ainda carregavam tensões psicológicas ao falarem.
Kumar <i>et al.</i> ²⁴	2012	Estudo Observacional	Os pacientes que foram submetidos à maxilectomia apresentaram alterações significativas na inteligibilidade da fala, na articulação de palavras e na

			nasalância. A reabilitação com obturador palatino oco possibilitou uma melhora nessas funções fisiológicas.
Haralur e Shah ¹⁸	2013	Relato de Caso	A reabilitação protética foi uma alternativa viável após uma tentativa de reconstrução cirúrgica mal sucedida. A prótese pós-operatória em paciente terminal ajudou na recuperação fisiológica e psicológica.
Lu <i>et al.</i> ²⁷	2013	Estudo Observacional	Após a ressecção de um tumor na região maxilar, alterações mastigatórias e fonéticas foram observadas. A reabilitação com implante zigomático e prótese nesses pacientes contribuiu para a melhora dessas funções fisiológicas e consequentemente aumentou a qualidade de vida.
Seignemartin <i>et al.</i> ³⁶	2015	Estudo transversal retrospectivo	Ao associar a qualidade de vida com uma escala de funcionamento do obturador, notaram que a compreensibilidade na fala está associada com o escore geral da qualidade de vida em pacientes reabilitados com uma prótese obturadora.
Adaki <i>et al.</i> ¹	2016	Relato de Caso	Em uma reabilitação protética após uma hemimandibulectomia conseguiu-se restaurar a mastigação, fala, deglutição e estética. No entanto, o acompanhamento com o fonoaudiólogo foi recomendado para que ajustes da prótese, no intuito de acomodar o aumento da mobilidade ou hipertrofia dos tecidos articulares, fossem realizadas de acordo com o auxílio do fonoaudiólogo.
Francis ¹³	2017	Relato de Caso	A reabilitação com um obturador de bulbo oco e uma prótese facial foi necessária após uma hemimaxilectomia. A prótese facial ajudou no reestabelecimento da autoconfiança e o obturador amenizou o problema de regurgitação e nasalização.
Ahila e Jagdish ²	2018	Revisão de Literatura	Abordagem multidisciplinar é necessária durante o procedimento de reabilitação a fim obter resultados eficazes. Próteses maxilofaciais auxiliam a limitar a deficiência do paciente, melhorar a função e o estado psicológico.
Díaz <i>et al.</i> ¹¹	2018	Relato de Caso	O atendimento multiprofissional, envolvendo cirurgião bucomaxilofacial, protético, fonoaudiólogo e psicólogo, foi fundamental para o sucesso da terapêutica empreendida em um paciente com perda significativa da estrutura velopalatina.
Hagio <i>et al.</i> ²⁴	2018	Estudo Observacional	Pacientes que utilizam alguma prótese maxilar devido a uma mutilação por câncer bucal, tiveram as funções articulatórias, mastigatória e de deglutição melhoradas. Já as mandibulares auxiliaram apenas na deglutição. Gerando melhora na qualidade de vida em ambos os grupos
Sumita <i>et al.</i> ⁴¹	2018	Estudo observacional	O tratamento protético afetou de forma positiva a inteligibilidade da fala em pacientes maxilectomizados.
Wu <i>et al.</i> ⁴⁶	2018	Estudo de Coorte	Com as próteses obturadoras, a inteligibilidade de fala dos pacientes com defeito palatino efetivamente melhorou. Ocorreu diminuição da nasalização, restauração da capacidade de controlar o grau de avanço da língua em relação à sua posição neutra e a função de fala gradualmente retornou ao normal.
Semple <i>et al.</i> ³⁸	2019	Estudo observacional	Foram avaliados pacientes usuários de obturadora, pós maxilectomia, por 5 anos. Observou-se que quando a prótese apresentava uma qualidade e

			funcionalidade satisfatória resultava em uma melhor confiança e envolvimento social do paciente. Entretanto, o estado emocional variou dentre os pacientes.
Arantes <i>et al.</i> ³	2020	Caso clínico	Pacientes sob tratamento protético pós ressecção de carcinoma espinocelular reclamaram a respeito da regurgitação oronasal, dificuldade para mastigar, engolir e falar, mesmo com uso da prótese.
Merchant <i>et al.</i> ²⁸	2020	Revisão de literatura	A intervenção psicológica no pós reabilitação maxilofacial pode contribuir para proporcionar uma maior confiança e senso de superação.

A interface entre a instalação da prótese e o tratamento psicológico, vai além dos papéis estéticos e funcionais [45]. Existem relatos que mesmo após a reabilitação protética do local mutilado, os pacientes com defeitos maxilofaciais sofrem com vários problemas relacionados à qualidade de vida [21, 19, 14]. Nesses casos, a intervenção de um psicólogo pode contribuir para tornar o tratamento mais abrangente, elevando a autoestima do paciente, aumentando seu senso de confiança e reforçando sua auto imagem [28]. Portanto, a abordagem multiprofissional se torna fundamental para a melhora da qualidade de vida do indivíduo, que muitas vezes se afasta do convívio social e familiar [14, 7]. Além disso, a terapia psicológica atua favorecendo a aderência ao tratamento, pela compreensão dos limites funcionais e das mudanças impostas pela mutilação, ou seja, pela aceitação da nova realidade [11].

A atuação do fonoaudiólogo na equipe visa o reestabelecimento da fala do paciente, auxiliando na melhora da articulação de palavras em busca da aproximação de uma condição de naturalidade [16, 25, 22]. De fato, muitos estudos relataram que a remoção de tumores orais prejudica a inteligibilidade da fala [20, 22,1,4]. Um estudo utilizou biomarcadores salivares com objetivo de verificar o estresse durante a fala em pacientes maxilectomizados, demonstrando que eles apresentavam tensão psicológica ao falarem, independente da utilização ou não de uma prótese obturadora. Portanto, para que esses indivíduos se reintegrem confortavelmente a sociedade, é essencial que eles recuperem e

reproduzam uma fala compreensível e inteligível [42, 20, 41, 22, 1, 4]; uma vez que, a fala está diretamente relacionada à qualidade de vida dos pacientes [23, 10, 24, 21, 19, 36].

Muitos estudos reportaram a necessidade de haver equipes multiprofissionais que não se limitam apenas à atuação dos cirurgiões dentistas, para reabilitação protética de pacientes mutilados por cirurgias de ressecção de tumores de cabeça e pescoço [25, 19, 29]. Uma vez que é fundamental reabilitar os aspectos funcionais (fala, deglutição e mastigação), estéticos e psicológicos do paciente, preparando-o para retomar com dignidade a sua vida profissional, social e pessoal [16].

Diante disso, é essencial formar equipes multiprofissionais que envolvam cirurgiões plásticos e bucomaxilofacial, além de protesistas, psicólogos e fonoaudiólogos. Além de estabelecer protocolos de tratamento com equipes multiprofissionais, a fim de garantir ao paciente mutilado uma reabilitação global e mais efetiva.

CONCLUSÃO

O trabalho multiprofissional entre dentistas, fonoaudiólogos e psicólogos é de suma importância, tanto para o sucesso do procedimento reabilitador quanto para a adaptação funcional e social do paciente usuário de PBMF que foi submetido a ressecção de tumores maxilofaciais. Ele favorece o reestabelecimento de funções orais, tais como a mastigação, fala e deglutição. Além disso, o tratamento psicológico é essencial para reinserção do paciente na sociedade, uma vez que proporciona melhoria da qualidade de vida, oferecendo ao indivíduo mecanismos para aceitação do tratamento e adequado enfrentamento da mutilação bucomaxilofacial. Apesar dessa constatação, nos estudos analisados observa-se que falta uma descrição mais detalhada em relação a abordagem psicoterapêutica e fonoaudiológica.

REFERÊNCIAS

1. Adaki R, Shigli K, Hormuzdi DM, Gali S. A novel speech prosthesis for mandibular guidance therapy in hemimandibulectomy patient: A clinical report. *Contemporary clinical dentistry*. 2016;7(1):118.
2. Ahila SC, Jagdish SK. Adjuvant therapy for intra oral surgical oncological defect with ancillary prosthesis: A literature review. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2018;14(2):255-9.
3. Arantes DC, Rodrigues RAA, de Arruda JAA, de Magalhães CS, Mesquita RA, dos Reis Goyatá F, et al. Maxillofacial prosthetic rehabilitation of patients with resection of squamous cell carcinoma: A report of two cases. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2020;11(3):294.
4. Arcuri MR, Perlman AL, Philippbar SA, Barkmeier JM. The effects of a maxillary speech-aid prosthesis for the combined tongue and mandibular resection patient. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1991;65(6):816-22.
5. Bailey LW, Edwards D. Psychological considerations in maxillofacial prosthetics. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1975;34(5):533-8.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. (1542-4863 (Electronic)).
7. Cantor R Fau - Curtis TA, Curtis TA. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. I. Anatomic, physiologic, and psychologic considerations. 1971(0022-3913 (Print)).
8. Cardoso MS, Araujo PG, Cardoso AJO, Cardoso SMO, Morais LCd, editors. *Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular*; 2007.
9. Carvalho GDd, Souza LFd, Ferreira TO, Bento G, Haddad MF. Prótese bucomaxilofacial: a Odontologia além da boca. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*. 2019;8(6).
10. Depprich R, Naujoks C Fau - Lind D, Lind D Fau - Ommerborn M, Ommerborn M Fau - Meyer U, Meyer U Fau - Kübler NR, Kübler Nr Fau - Handschel J, et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. 2011(1399-0020 (Electronic)).
11. Díaz CMC, Forker AJ, Freire FS. Rehabilitación multidisciplinaria mediante una prótesis obturatriz velopalatal. *Odontoestomatología*. 2018;20(31):54-64.
12. Figueiredo N, Santana T, Abreu T, Oliveira A, Cardoso M. O Impacto da Mutilação Facial do Ponto de Vista Psicossocial e os Mecanismos de Defesa Utilizados pelos Pacientes para Atenuar a Perda. *Revista integrada de odontologia - RISO*. 2010;1:9-11.
13. Francis L. Rehabilitation of a patient with facial and palatal defect - a case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017;11(3):ZD19-ZD20.
14. Gillis Re Jr Fau - Swenson WM, Swenson Wm Fau - Laney WR, Laney WR. Psychological factors involved in maxillofacial prosthetics. 1979(0022-3913 (Print)).

15. Goiato MC, Pesqueira AA, Ramos da Silva C, Filho HG, Micheline dos Santos D. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2009;62(2):175-80.
16. Groetsema WR. An overview of the maxillofacial prosthesis as a speech rehabilitation aid. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1987;57(2):204-8.
17. Hagio M, Ishizaki K, Ryu M, Nomura T, Takano N, Sakurai K. Maxillofacial prosthetic treatment factors affecting oral health-related quality of life after surgery for patients with oral cancer. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 2018;119(4):663-70.
18. Haralur SB, Shah FK. Maxillofacial prosthesis in a palliative care for terminally ill patient with squamous cell carcinoma. *BMJ Case Reports*. 2013.
19. Hertrampf K, Wenz HJ, Lehmann KM, Lorenz W, Koller M. Quality of life of patients with maxillofacial defects after treatment for malignancy. *International Journal of Prosthodontics*. 2004;17(6):657-65.
20. Hufnagle J, Pullon P, Hufnagle K. Speech considerations in oral surgery: Part II. Speech characteristics of patients following surgery for oral malignancies. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1978;46(3):354-61.
21. Irish J, Sandhu N Fau - Simpson C, Simpson C Fau - Wood R, Wood R Fau - Gilbert R, Gilbert R Fau - Gullane P, Gullane P Fau - Brown D, et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. 2009(1097-0347 (Electronic)).
22. Knowles JC, Chalian VA, Shanks JC. A functional speech impression used to fabricate a maxillary speech prosthesis for a partial glossectomy patient. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1984;51(2):232-7.
23. Koshino H, Hirai T Fau - Ishijima T, Ishijima T Fau - Tsukagoshi H, Tsukagoshi H Fau - Ishigami T, Ishigami T Fau - Tanaka Y, Tanaka Y. Quality of life and masticatory function in denture wearers. 2006(0305-182X (Print)).
24. Kumar P, Jain V Fau - Thakar A, Thakar A. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator. 2012(0973-1075 (Print)).
25. Lauciello FR, Vergo T, Schaaf NG, Zimmerman R. Prosthodontic and speech rehabilitation after partial and complete glossectomy. *The Journal of prosthetic dentistry*. 1980;43(2):204-11.
26. Logemann JA, Kahrilas PJ, Hurst P, Davis J, Krugler C. Effects of intraoral prosthetics on swallowing in patients with oral cancer. *Dysphagia*. 1989;4(2):118-20.
27. Lu Y, Wang S Fau - Yang F, Yang F Fau - Yan Q-H, Yan QH. Clinical effectiveness and influential factors of maxillary rehabilitation with zygomatic implant following tumor resection. 2013(0379-5284 (Print)).
28. Merchant A, Tabbassum R, Mistry G, Sardar C, Merchant G. Prosthodontic management

of mandibular defects subsequent to head and neck cancer-A review article. *International Journal of Oral Health Dentistry*. 2020;6(1):5-7.

29. Moroi HH, Okimoto K Fau - Terada Y, Terada Y. The effect of an oral prosthesis on the quality of life for head and neck cancer patients. 1999(0305-182X (Print)).

30. Olson MI Fau - Shedd DP, Shedd DP. Disability and rehabilitation in head and neck cancer patients after treatment. 1978(0148-6403 (Print)).

31. Renal V, Retroperitoneais T. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(1):119-20.

32. Rezende JRV, Rezende AG, Andre M, Nemr NK, Cyrillo PI, Dias RB, et al. Fundamentos da protese buco-maxilo-facial. 1997.

33. Rieger JM, Lam Tang JA, Wolfaardt J, Harris J, Seikaly H. Comparison of speech and aesthetic outcomes in patients with maxillary reconstruction versus maxillary obturators after maxillectomy. *Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2011;40(1):40-7.

34. Rieger JM, Wolfaardt Jf Fau - Jha N, Jha N Fau - Seikaly H, Seikaly H. Maxillary obturators: the relationship between patient satisfaction and speech outcome. 2003(1043-3074 (Print)).

35. Rodrigues R, Rodrigues D, Oliveira D. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial: revisão de literatura. 5ª ed: *Rev. Saúde Multidisciplinar da Faculdade de Morgana Potrich*; 2019. p. 20-7.

36. Seignemartin CP, Miranda ME, Luz JG, Teixeira RG. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. 2015(1531-5053 (Electronic)).

37. Sell D, Mars M, Worrell E. Process and outcome study of multidisciplinary prosthetic treatment for velopharyngeal dysfunction. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 2006;41(5):495-511.

38. Semple CJ, Rutherford H, Killough S, Moore C, McKenna G. Long-term impact of living with an obturator following a maxillectomy: A qualitative study. 2019(1879-176X (Electronic)).

39. Simões FG, Reis RC, Dias RBe. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na odontologia. *RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2009;6(3):327-31.

40. Sullivan M, Gaebler C, Beukelman D, Mahanna G, Marshall J, Lydiatt D, et al. Impact of palatal prosthodontic intervention on communication performance of patients' maxillectomy defects: A multilevel outcome study. *Head and Neck*. 2002;24(6):530-8.

41. Sumita YI, Hattori M, Murase M, Elbashti ME, Taniguchi H. Digitised evaluation of speech intelligibility using vowels in maxillectomy patients. *Journal of oral rehabilitation*. 2018;45(3):216-21.

42. Ugawa Y, Nishigawa G Fau - Maruo Y, Maruo Y Fau - Suwaki M, Suwaki M Fau - Minagi S, Minagi S. Salivary stress biomarker levels during speech in patients with maxillectomy defect. 2011(1097-0347 (Electronic)).
43. Umino S, Masuda G Fau - Ono S, Ono S Fau - Fujita K, Fujita K. Speech intelligibility following maxillectomy with and without a prosthesis: an analysis of 54 cases. 1998(0305-182X (Print)).
44. Van Doorne JM, van Waas MAJ, Bergsma J. Facial disfigurement after cancer resection: A problem with an extra dimension. *Journal of Investigative Surgery*. 1994;7(4):321-6.
45. Vigarios E, Fontes-Carrère M, Pomar P, Bach K. Psychology and assistance in maxillo-facial rehabilitation. *EMC-Dentisterie*. 2004;1(2):122-30.
46. Wu S, Huang X, Wang J, Hong N, Li Y. Evaluation of speech improvement following obturator prostheses for patients with palatal defect. *Journal of the Acoustical Society of America*. 2018;143(1):202-9.

3 CONCLUSÃO

O trabalho multiprofissional entre dentistas, fonoaudiólogos e psicólogos é de suma importância, tanto para o sucesso do procedimento reabilitador quanto para a adaptação funcional e social do paciente usuário de PBMF que foi submetido a ressecção de tumores maxilofaciais. Ele favorece o reestabelecimento de funções orais, tais como a mastigação, fala e deglutição. Além disso, o tratamento psicológico é essencial para reinserção do paciente na sociedade, uma vez que proporciona melhoria da qualidade de vida, oferecendo ao indivíduo mecanismos para aceitação do tratamento e adequado enfrentamento da mutilação bucomaxilofacial. Apesar dessa constatação, nos estudos analisados observa-se que falta uma descrição mais detalhada em relação a abordagem psicoterapêutica e fonoaudiológica.

REFERÊNCIAS

1. ADAKI, Raghavendra et al. A novel speech prosthesis for mandibular guidance therapy in hemimandibulectomy patient: A clinical report. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 7, n. 1, p. 118, 2016.
2. AHILA, S. C. et al. Adjuvant therapy for intra oral surgical oncological defect with ancillary prosthesis: A literature review. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 14, n. 2, p. 255, 2018.
3. ARANTES, Diandra Costa et al. Maxillofacial prosthetic rehabilitation of patients with resection of squamous cell carcinoma: A report of two cases. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 11, n. 3, p. 294, 2020.
4. ARCURI, Michael R. et al. The effects of a maxillary speech-aid prosthesis for the combined tongue and mandibular resection patient. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 65, n. 6, p. 816-822, 1991.
5. BAILEY, L. W.; EDWARDS, Darrel. Psychological considerations in maxillofacial prosthetics. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 34, n. 5, p. 533-538, 1975.
6. BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.
7. CANTOR, Robert; CURTIS, Thomas A. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. Part I. Anatomic, physiologic, and psychologic considerations. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 25, n. 4, p. 446-457, 1971.
8. CARDOSO, M. S. et al. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. **Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac**, v. 7, n. 1, p. 79-84, 2007.
9. DE CARVALHO, Gabriella Domingues et al. Prótese bucomaxilofacial: a Odontologia além da boca. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 8, n. 6, 2019.
10. DEPPECH, R. et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 40, n. 1, p. 71-79, 2011.
11. CABRERA DÍAZ, Carlos M.; JORIS FORKER, Angélica; SARTORIO FREIRE, Flavia. Rehabilitación multidisciplinaria mediante una prótesis obturatriz velopalatal. Reporte de un caso. **Odontoestomatología**, v. 20, n. 31, p. 54-64, 2018.
12. FIGUEIREDO, Nancy Gurgel et al. O impacto da mutilação facial do ponto de vista psicossocial e os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes para atenuarem a perda. **Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de**

Odontologia, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, 2005.

13. FRANCIS, Litty. Rehabilitation of a patient with facial and palatal defect-a case report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 11, n. 3, p. ZD19, 2017.

14. GILLIS JR, Robert E.; SWENSON, Wendell M.; LANEY, William R. Psychological factors involved in maxillofacial prosthetics. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 41, n. 2, p. 183-188, 1979.

15. GOIATO, Marcelo Coelho et al. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 62, n. 2, p. 175-180, 2009.

16. GROETSEMA, William R. An overview of the maxillofacial prosthesis as a speech rehabilitation aid. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 57, n. 2, p. 204-208, 1987.

17. HAGIO, Miki et al. Maxillofacial prosthetic treatment factors affecting oral health-related quality of life after surgery for patients with oral cancer. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 119, n. 4, p. 663-670, 2018.

18. HARALUR, Satheesh B.; SHAH, Farhan K. Maxillofacial prosthesis in a palliative care for terminally ill patient with squamous cell carcinoma. **Case Reports**, v. 2013, p. bcr2013009120, 2013.

19. HERTRAMPF, Katrin et al. Quality of life of patients with maxillofacial defects after treatment for malignancy. **International Journal of Prosthodontics**, v. 17, n. 6, 2004.

20. HUFNAGLE, Jon; PULLON, Peter; HUFNAGLE, Katy. Speech considerations in oral surgery: Part II. Speech characteristics of patients following surgery for oral malignancies. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 46, n. 3, p. 354-361, 1978.

21. IRISH, Jonathan et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck**, v. 31, n. 6, p. 813-821, 2009.

22. KNOWLES, John C.; CHALIAN, Varoujan A.; SHANKS, James C. A functional speech impression used to fabricate a maxillary speech prosthesis for a partial glossectomy patient. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 51, n. 2, p. 232-237, 1984.

23. KOSHINO, H. et al. Quality of life and masticatory function in denture wearers. **Journal of oral rehabilitation**, v. 33, n. 5, p. 323-329, 2006.

24. KUMAR, Pravesh; JAIN, Veena; THAKAR, Alok. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 18, n. 3, p. 207, 2012.

25. LAUCIELLO, Frank R. et al. Prosthodontic and speech rehabilitation after partial and complete glossectomy. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 43, n. 2, p. 204-211, 1980.
26. LOGEMANN, Jeri A. et al. Effects of intraoral prosthetics on swallowing in patients with oral cancer. **Dysphagia**, v. 4, n. 2, p. 118-120, 1989.
27. LU, Yu et al. Clinical effectiveness and influential factors of maxillary rehabilitation with zygomatic implant following tumor resection. **Saudi Medical Journal**, v. 34, n. 8, p. 848-853, 2013.
28. MERCHANT, Avanti et al. Prosthodontic management of mandibular defects subsequent to head and neck cancer-A.
29. MOROI, H. H.; OKIMOTO, K.; TERADA, Y. The effect of an oral prosthesis on the quality of life for head and neck cancer patients. **Journal of oral rehabilitation**, v. 26, n. 4, p. 265-273, 1999.
30. OLSON, Marian L.; SHEDD, Donald P. Disability and rehabilitation in head and neck cancer patients after treatment. **Head & neck surgery**, v. 1, n. 1, p. 52-58, 1978.
31. RENAL, Veia; RETROPERITONEAIS, Tumores. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018.
32. REZENDE, José Roberto Vidulich de. Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial. In: **Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial**. 1997. p. 212-212.
33. RIEGER, Jana M. et al. Comparison of speech and aesthetic outcomes in patients with maxillary reconstruction versus maxillary obturators after maxillectomy. **Journal of Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, v. 40, n. 1, p. 40, 2011.
34. RIEGER, Jana M. et al. Maxillary obturators: the relationship between patient satisfaction and speech outcome. **Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck**, v. 25, n. 11, p. 895-903, 2003.
35. RODRIGUES, Richard Gabriel Silva; RODRIGUES, Débora Soares; DE OLIVEIRA, Daniela Cristina. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial: revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 5, n. 1, 2019.
36. SEIGNEMARTIN, Crystianne Pacheco et al. Understandability of speech predicts quality of life among maxillectomy patients restored with obturator prosthesis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, n. 10, p. 2040-2048, 2015.
37. SELL, Debbie; MARS, Michael; WORRELL, Emma. Process and outcome study of multidisciplinary prosthetic treatment for velopharyngeal dysfunction. **International journal of language & communication disorders**, v. 41, n. 5, p. 495-511, 2006.

38. SEMPLE, Cherith J. et al. Long-term impact of living with an obturator following a maxillectomy: a qualitative study. **Journal of Dentistry**, v. 90, p. 103212, 2019.
39. SIMÕES, Fabiano Geronasso et al. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. **RSBO**, v. 6, n. 3, p. 327-32, 2009.
40. SULLIVAN, Marsha et al. Impact of palatal prosthodontic intervention on communication performance of patients' maxillectomy defects: a multilevel outcome study. **Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck**, v. 24, n. 6, p. 530-538, 2002.
41. SUMITA, Y. I. et al. Digitised evaluation of speech intelligibility using vowels in maxillectomy patients. **Journal of oral rehabilitation**, v. 45, n. 3, p. 216-221, 2018.
42. UGAWA, Yukiko et al. Salivary stress biomarker levels during speech in patients with maxillectomy defect. **Head & neck**, v. 33, n. 5, p. 620-626, 2011.
43. UMINO, S. et al. Speech intelligibility following maxillectomy with and without a prosthesis: an analysis of 54 cases. **Journal of oral rehabilitation**, v. 25, n. 2, p. 153-158, 1998.
44. VAN DOORNE, J. M.; VAN WAAS, M. A. J.; BERGSMA, J. Facial disfigurement after cancer resection: a problem with an extra dimension. **Journal of Investigative Surgery**, v. 7, n. 4, p. 321-326, 1994.
45. VIGARIOS, E. et al. Psychologie et relation d'aide en réhabilitation maxillofaciale. **EMC-Dentisterie**, v. 1, n. 2, p. 122-130, 2004.
46. WU, Shuyi et al. Evaluation of speech improvement following obturator prostheses for patients with palatal defect. **The Journal of the Acoustical Society of America**, v. 143, n. 1, p. 202-209, 2018.

ANEXO A – Normas do Periódico

Revista Sul-Brasileira de Odontologia - <http://revodontobvsalud.org/revistas/rsbo/pinstruc.htm>

Escopo e política

1- Normas gerais

1.1 - A Revista Sul-Brasileira de Odontologia tem publicação trimestral, e a divulgação dos artigos é feita em português, espanhol ou inglês.

1.2 - Os artigos enviados para publicação devem ser originais, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico (meio impresso e/ou eletrônico). A revista terá direitos autorais reservados sobre o trabalho publicado, em português, espanhol ou inglês, e é permitida a sua reprodução ou transcrição com a devida citação da fonte.

1.3 - Os trabalhos que envolvam seres humanos e animais, incluindo órgãos (dentes) e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com as resoluções vigentes no país e serem submetidos ao comitê de ética em pesquisa da instituição. É necessário anexar na seção "Material e métodos" uma sentença que afirme a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética. Caso julgue necessário, o editor poderá solicitar a cópia da aprovação do trabalho pelo comitê de ética.

1.4 - Os trabalhos deverão ser enviados **via e-mail** ao editor da revista em dois arquivos Word acompanhados das respectivas figuras coloridas em arquivos separados JPG ou TIFF, com 300 dpi de resolução mínima. As figuras deverão também estar inseridas no texto, juntamente com suas legendas. Recomenda-se que os autores enviem novamente o trabalho em caso de não resposta do recebimento no prazo máximo de 10 dias.

1.5 - Os autores devem assinar uma **Carta de Submissão do Artigo à RSBO**, ou seja, um documento apresentando o artigo (título do artigo e autores). Nessa mesma carta deve constar que os autores assumem a responsabilidade pelo conteúdo e pela originalidade do trabalho e transferem os direitos autorais para a revista em caso de aceite do artigo. A carta deve ser assinada preferencialmente por todos autores, digitalizada (formato JPG) e enviada **via e-mail** juntamente com o trabalho. Um modelo desta carta encontra-se disponível na versão impressa e no site da revista. **Artigos enviados sem a carta de submissão**

serão imediatamente devolvidos.

1.6 - Após o recebimento dos trabalhos, o Editor realizará uma revisão inicial, e em caso de aprovação os artigos serão encaminhados (sem a identificação dos autores) para apreciação pelos revisores científicos. Essa avaliação será feita em pares, cega e dela dependerá o aceite ou não do artigo. A solicitação de correções e/ou sugestões não indicará a aceitação do artigo, mas apenas a possibilidade de nova análise por parte dos revisores.

1.7 - A RSBO apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal of Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Forma e preparação de manuscritos**2- Apresentação dos artigos**

2.1 - Os trabalhos devem ser apresentados em folhas de papel tamanho A4, corpo 12 pontos, Times New Roman, com espaço duplo, margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior com 2,5 cm, com no máximo 20 (vinte) laudas (incluindo as figuras), com 25 (vinte e cinco) linhas cada. Os trabalhos deverão ser digitados (Word 6.0 ou versão superior).

2.2 - Tabelas e quadros deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho e incluídos no texto do artigo (não deverão ser enviados em arquivos separados).

2.3 - Figuras e gráficos deverão ser numerados em algarismos arábicos, sendo as imagens enviadas em arquivos digitais separados, em formato JPG ou TIFF, sendo em preto e branco ou coloridas (300 dpi de resolução mínima). A publicação das imagens em cores vai depender da disponibilidade de publicação e a prioridade será definida pelos editores. As figuras, os gráficos e as suas legendas também deverão estar inseridos no texto do artigo.

2.4 - A numeração de páginas deve constar no canto inferior direito, sem contar a página de rosto.

3 - Estrutura do trabalho - Arquivo identificação do trabalho

Página do título

- Título do trabalho: em português e em inglês - corpo 14 pontos, letras maiúsculas.
- Nome do(s) autor(es): nome completo, e no final números sobrescritos indicativos das afiliações.
- Enviar endereço postal completo do autor principal para correspondência, devendo constar obrigatoriamente o *e-mail*.
- Cada autor deve estar localizado no canto superior esquerdo, um abaixo do outro e as afiliações devem vir abaixo da lista completa dos autores: não inserir titulação dos autores, apenas o Departamento, Instituição de origem por extenso, cidade, estado, país.

Exemplo:

Luiz Fernando Fariniuk¹

Tatiana Deliberador²

1- Departamento de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil

2- Departamento de Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil.

3.1 - Estrutura do trabalho - Arquivo trabalho

- **Título do trabalho:** em português e em inglês - corpo 14 pontos, letras maiúsculas
- **Resumo:** Deve indicar resumidamente o que foi feito, em um só parágrafo, e conter na estrutura os seguintes itens: **Introdução, Objetivo, Material e métodos (relato de caso ou revisão de literatura), Resultados e Conclusão.**
- **Palavras-chave:** 3 expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para isto, deverá ser consultado os DeCS - Descritores em Ciências da Saúde -, disponíveis no site da Bireme em <http://www.bireme.br>.
- **Abstract:** resumo em inglês.
- **Keywords:** palavras-chave em inglês.

- Artigos em inglês **não necessitam** título, resumo e palavras-chave em português.
- Artigos em espanhol **necessitam** título, resumo e palavras-chave em **inglês**.
- Devem constar introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.
- Os nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como de produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).
- **Referências:**

Observar bem este item, pois os trabalhos serão devolvidos caso as referências não se encontrem nas normas.

 - As referências devem ser listadas em ordem alfabética de nomes, com letras minúsculas numeradas em ordem crescente.
 - **A menção das referências no texto** deve ser feita entre colchetes e numerada de acordo com a lista de referências (podendo ser acrescida dos nomes dos autores e data de publicação). Se houver dois autores, devem-se citar ambos no texto, separados pela conjunção "e".
 - Já na **listagem das referências**, quando houver mais de seis (6) autores **citar** os nomes dos **seis primeiros autores** acrescidos da expressão *et al.*
 - Para a citação de revistas nas referências, elas devem ser abreviadas de acordo com o Index Medicus, disponível no endereço www.nlm.nih.gov. No caso das revistas nacionais, o site da Bireme deverá ser consultado para esta busca, <http://www.bireme.br>.
- **Periódicos:**

Wilcox LR. Thermafill retreatment with and without chloroform solvent. J Endod. 1993 Feb;19(4):563-6.

Wilcox LR, Juhlin JJ. Endodontic retreatment of Thermafill versus laterally condensed gutta-percha. J Endod. 1994 Jul;20(6):115-7.

Baratto Filho F, Ferreira EL, Fariniuk LF. Efficiency of the 0.04 taper ProFile during the re-treatment of gutta-percha-filled root canals. Int Endod J. 2002 Ago;35(8):651-4.
- **Livros:**

Soares IJ, Goldberg F. Endodontia técnica e fundamentos. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 201-5.
- **Obras da internet:**

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Não serão mais aceitos citações a resumos, capítulos de livros, artigos in press, dissertações e teses.

Envio de manuscritos

Os artigos devem ser encaminhados ao editor da revista juntamente com a Carta de Submissão do Artigo à RSBO. O envio do trabalho deve ser feito via *e-mail*, em que o artigo deve ser dividido em dois arquivos Word, sendo um deles para o título do trabalho e autores envolvidos e o outro para o trabalho, contendo título, resumo, abstract e demais estruturas do artigo (trabalho completo sem identificação de autores). O endereço de envio dos trabalhos é:

- Editor-chefe: Prof. Dr. Flares Baratto Filho (fbaratto@uol.com.br)
- E-mail: rsbo@univille.br

ANEXO B – Carta de Aceite



Joinville, 09 de setembro de 2021.

Prezados autores,

É com prazer que comunico o aceite do manuscrito “CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO MULTIPROFISSIONAL ENTRE DENTISTA FONOAUDIÓLOGO E PSICÓLOGO NAS REABILITAÇÕES COM PRÓTESES BUCOMAXILOFACIAIS: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA” para publicação na RSBO – Revista Sul-Brasileira de Odontologia.

Obrigado por escolher este periódico para publicação do seu trabalho. Caso tenha qualquer dúvida, estou à disposição para esclarecimentos. A previsão de publicação do seu trabalho é dentro das quatro próximas edições do periódico.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flares Baratto Filho

Editor-Chefe da RSBO