

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PORTADORA DE CÂNCER DE BOCA E OROFARINGE ATENDIDA NO SETOR DE CABEÇA E PESCOÇO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SALVADOR – BA

Characterizing the population with mouth and orofaringe cancer, attended in the sector of head and neck in a referral hospital in Salvador City – BA

Patrícia Sales Leal da Silva ⁽¹⁾, Verônica Monteiro Leal Leão ⁽²⁾, Renata Darc Scarpel ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar a população portadora de Câncer de Boca e Orofaringe atendida no setor de Cabeça e Pescoço do Hospital Aristides Maltez em Salvador – BA, no período de junho a dezembro de 2007. **Métodos:** estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários dos pacientes com câncer de boca e orofaringe do Hospital Aristides Maltez no período de seis meses. Informações sobre idade, sexo, localização, estadiamento clínico, intervenção cirúrgica, radioterápica, quimioterápica, presença de sonda, traqueostomia, encaminhamento e alterações fonoaudiológicas foram analisadas estatisticamente pelos testes ANOVA, Igualdade de duas proporções e Qui-Quadrado para independência. **Resultados:** dos pacientes com carcinoma espino-celular em boca, a relação de incidência masculino-feminino foi de 2,5:1, a idade variou de 19 a 95 anos (mediana 58). Os sítios mais acometidos foram: a língua (29,2%), seguida de soalho (21,2%). Para a orofaringe, a relação masculino-feminino foi de 1,95:1, com idade entre 34 a 93 (mediana 59). As tonsilas palatinas foram o sítio mais acometido (29,2%). Os procedimentos terapêuticos mais empregados foram ausência de tratamento, combinação entre radioterapia e quimioterapia e o uso de sonda. Em relação à distribuição por estadiamento, o estágio IV foi o mais encontrado, sendo o grupo mais encaminhado ao setor de fonoaudiologia. 89,9% dos pacientes apresentaram queixas fonoaudiológicas, prevalecendo a disfagia. **Conclusão:** este levantamento contribuiu para caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no hospital e com os programas de prevenção desta doença.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias Buciais; Boca; Orofaringe; Epidemiologia

INTRODUÇÃO

O câncer oral compreende um dos maiores grupos de câncer de cabeça e pescoço, ocupando o

sexto tipo mais comum de câncer no mundo e o sétimo no Brasil, onde ocorre a maior incidência da América Latina ¹.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam que existam 466.730 casos novos de câncer no Brasil, nos anos de 2008 e 2009. Desse, são previstos para a Bahia 765 novos casos de neoplasia maligna da cavidade oral, sendo 510 em homens e 250 em mulheres. Em Salvador, a taxa de incidência é de 7,28:1.000 para homens e 3,52:1.000 para mulheres (5º e 7º lugar no Brasil, respectivamente) ².

O carcinoma espinocelular é a neoplasia maligna de maior prevalência entre os vários tipos

⁽¹⁾ Fonoaudióloga do Instituto Baiano de Otorrinolaringologia, IBO, Salvador, BA; Especializanda em Motricidade Orofacial pelo CEFAC – Pós-Graduação em Saúde e Educação.

⁽²⁾ Fonoaudióloga do Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências, CRPD, Salvador, BA; Especializanda em Motricidade Orofacial pelo CEFAC – Pós-Graduação em Saúde e Educação.

⁽³⁾ Fonoaudióloga do Hospital Aristides Maltez, HAM, Salvador, BA; Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Conflito de interesses: inexistente

de câncer que afetam a boca. As áreas anatômicas acometidas são as regiões dos lábios, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho), orofaringe (amígdalas, palato mole e base de língua) glândulas salivares, trígono retro-molar, valécula, loja tonsilar, tonsilas palatinas e paredes posterior e laterais da orofaringe³. A localização mais frequente é a língua⁴.

Dentre as modalidades de tratamento do câncer de boca e orofaringe encontram-se a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, associadas ou não. Dependendo das áreas atingidas e da cirurgia reparadora, os indivíduos podem apresentar alterações orgânicas e funcionais, como dificuldades na mobilidade e desempenho das estruturas e funções orofaciais (fonoarticulação, voz e deglutição)^{5,6}.

O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil da população portadora de Câncer de Boca e Orofaringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Aristides Maltez na cidade de Salvador – BA, no período de junho a dezembro de 2007.

■ MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários médicos dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no serviço de Cabeça e Pescoço do hospital em um período de seis meses (jun/dez 2007).

Utilizou-se como critério de inclusão: os prontuários de indivíduos com diagnóstico de câncer de boca e orofaringe admitidos pelo serviço de cabeça e pescoço do hospital. Como critério de exclusão: os prontuários dos indivíduos que apresentaram doenças degenerativas associadas.

As variáveis analisadas incluíram: idade, sexo, localização anatômica da neoplasia, estadiamento clínico, procedimentos terapêuticos (intervenção cirúrgica, esvaziamento cervical, radioterápica e/ou quimioterápica, presença de sonda e/ou traqueostomia), encaminhamento e alterações fonoaudiológicas. As variáveis, localização e procedimentos, procedimentos e disfagia, estadiamento clínico e encaminhamento fonoaudiológico, bem como localização e queixas fonoaudiológicas, foram relacionadas entre si.

Os tumores foram distribuídos quanto à localização anatômica em cavidade oral e orofaringe. Os subsídios da cavidade oral incluíram: lábios, língua, palato duro, soalho e mucosa oral, gengiva, região retromolar e submandibular, glândula salivar e parótida, bochecha. Quanto à região da orofaringe, encontram-se: palato mole, úvula, base da língua, tonsilas, paredes laterais e posterior da orofaringe, valéculas e epiglote. Vale ressaltar que a localização foi determinada na pesquisa pela descrição do

Código Internacional de Doenças (CID) encontrado nos prontuários.

O estadiamento do tumor (TNM) foi classificado de acordo com as normas de *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). Posteriormente, com a finalidade de tabulação e análise, foi necessário condensar essas categorias em grupamento por estádios (I a IV)².

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, sob o número do protocolo 216/2008.

Para a análise estatística dos resultados, foram utilizados testes, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas: ANOVA, Igualdade de duas proporções e Qui-Quadrado para independência. O nível de significância foi de 0,05 (5%).

■ RESULTADOS

Foram analisados os dados de 178 pacientes atendidos no período de junho a dezembro de 2007.

Com relação ao sexo, constatou-se que houve estatisticamente um maior percentual de homens. Dos pacientes com câncer em boca, 81 eram do sexo masculino (71,7%) e 32 do sexo feminino (28,3%), enquanto dos pacientes com lesão em orofaringe, havia 43 do sexo masculino (66,2%) e 22 do sexo feminino (33,8%).

A idade dos indivíduos com câncer de boca variou entre 19 e 95 anos (mediana de 58 anos). Os indivíduos com câncer espino-celular (CEC) de orofaringe apresentaram idade entre 34 e 93 anos (mediana de 59 anos).

As Tabelas 1 e 2 apresentam a distribuição dos sítios no câncer de boca e orofaringe, respectivamente.

Na Tabela 3, verifica-se a relação entre o local da neoplasia e o procedimento clínico realizado. As intervenções designadas como procedimento 1 incluíram: cirurgia, esvaziamento cervical, radioterapia, quimioterapia, combinação entre eles e nenhum procedimento.

Quanto à relação entre procedimento 1 e presença da queixa de disfagia, os procedimentos mais frequentes foram: nenhum procedimento, correspondendo ao maior grupo com queixa disfágica em 56 indivíduos (35,7%), seguido da combinação entre radioterapia e quimioterapia em cinco indivíduos (23,8%), radioterapia isolada em 21 indivíduos (13,4%) e quimioterapia em oito indivíduos (5,1%).

Na Tabela 4, verifica-se também a relação entre o local da neoplasia e o procedimento clínico realizado. As intervenções designadas como procedimento 2 incluíram: sonda, traqueostomia, combinação entre eles e nenhum procedimento.

Tabela 1 – Distribuição dos sítios no câncer de boca

Boca	N	%	p-valor
Língua	33	29,2%	
Assoalho	24	21,2%	0,168
Não Especificada	10	8,8%	<0,001*
Retromolar	10	8,8%	<0,001*
G.Parotida	9	8,0%	<0,001*
Palato Duro	9	8,0%	<0,001*
Gengiva	6	5,3%	<0,001*
G.Salivar	4	3,5%	<0,001*
Mucosa Oral	4	3,5%	<0,001*
Submandibular	2	1,8%	<0,001*
Bochecha	1	0,9%	<0,001*
Lábio	1	0,9%	<0,001*

Teste de Igualdade de Duas Proporções; p-valor: 0,168

Tabela 2 – Distribuição dos sítios no câncer de orofaringe

OF	N	%	p-valor
Amígdala	19	29,2%	
Não Especificada	14	21,5%	0,314
Palato Mole	10	15,4%	0,058#
Base Língua	5	7,7%	0,002*
Parede Lateral	5	7,7%	0,002*
Valécua	5	7,7%	0,002*
Parede Posterior	3	4,6%	<0,001*
Epiglote	2	3,1%	<0,001*
Pilar Amigdaliano	2	3,1%	<0,001*

Teste de Igualdade de Duas Proporções; p-valor: 0,314

Tabela 3 – Relação entre local e procedimento 1

Procedimento 1	Local				Total	
	Boca		OF		N	%
	N	%	N	%		
Cirurgia	7	6,2%	0	0,0%	7	3,9%
Cirurgia + EC	8	7,1%	1	1,5%	9	5,1%
Cirurgia + EC + Quimo	0	0,0%	1	1,5%	1	0,6%
Cirurgia + EC + Radio	4	3,5%	0	0,0%	4	2,2%
Cirurgia + EC + Radio + Químio	2	1,8%	0	0,0%	2	1,1%
Cirurgia + Radio	1	0,9%	2	3,1%	3	1,7%
Cirurgia + Radio + Quimo	3	2,7%	0	0,0%	3	1,7%
EC	1	0,9%	1	1,5%	2	1,1%
EC + Radio	2	1,8%	1	1,5%	3	1,7%
EC + Radio + Químio	0	0,0%	1	1,5%	1	0,6%
Nenhum	44	38,9%	19	29,2%	63	35,4%
Químio	1	0,9%	8	12,3%	9	5,1%
Radio	16	14,2%	7	10,8%	23	12,9%
Radio + Químio	24	21,2%	24	36,9%	48	27,0%
Total	113	63,5%	65	36,5%	178	100%

Teste de Qui-Quadrado para Independência; p-valor = 0,002

Tabela 4 – Relação entre local e procedimento 2

Procedimento 2	Local				Total	
	Boca		OF		N	%
	N	%	N	%		
Nenhum	62	54,9%	37	56,9%	99	55,6%
Sonda	29	25,7%	17	26,2%	46	25,8%
Sonda + Traqueo	21	18,6%	7	10,8%	28	15,7%
Traqueo	1	0,9%	4	6,2%	5	2,8%
Total	113	63,5%	65	36,5%	178	100%

Teste de Qui-Quadrado para Independência; p-valor = 0,126

Tabela 5 – Relação entre estágio e encaminhamento fonoaudiológico

Estádio	Fono				Total	
	Não		Sim		N	%
	N	%	N	%		
I	7	4,6%	3	16,7%	10	5,9%
II	17	11,2%	2	11,1%	19	11,2%
III	21	13,8%	4	22,2%	25	14,7%
IV	107	70,4%	9	50,0%	116	68,2%
Total	152	89,4%	18	10,6%	170	100%

Teste Qui-quadrado; p-valor = 0,125

Quanto à relação entre procedimento 2 e disfagia, os pacientes que não foram submetidos a nenhum procedimento correspondeu ao maior grupo com queixa disfágica em 83 indivíduos (52,9%), seguido do uso de sonda em 45 indivíduos (28,7%), da combinação do uso de sonda e traqueostomia em 26 indivíduos (16,6%), e do uso da traqueostomia isolada em 3 indivíduos (1,9%).

Em relação à distribuição por estadiamento, o estágio IV foi o mais encontrado nesta pesquisa, com 116 indivíduos (68,2%). Vale ressaltar que em oito prontuários analisados não constava essa informação. Relacionando essa variável com o setor de Fonoaudiologia, verificou-se que os pacientes nos estádios III e IV foram os mais encaminhados para programa de orientação e intervenção fonoaudiológicas (Tabela 5).

Dentre os pacientes com queixas fonoaudiológicas, as alterações mais encontradas em boca foram disfagia isolada seguida da combinação de disfagia e otalgia, 71 e 16 indivíduos (62,8% e 14,2%), respectivamente. Em orofaringe os achados foram similares, 27 indivíduos (41,5%) com queixa disfágica e 17 indivíduos (26,2%) com disfagia associada à otalgia.

■ DISCUSSÃO

Entre os diferentes aspectos epidemiológicos do câncer de boca e orofaringe, encontrou-se um predomínio do sexo masculino. Os dados encontrados corroboram os já existentes na literatura que evidenciam maior incidência deste tipo de neoplasia em homens⁷⁻¹⁰. Entretanto, a proporção de câncer entre homens e mulheres encontrada neste estudo (2,5:1 em câncer de boca e 1,95:1 em câncer de orofaringe) foi menor que outras pesquisas. Informação que evidencia que nas últimas décadas, está havendo um visível aumento de novos casos de câncer em mulheres, possivelmente devido às mudanças nos hábitos sociais através de maior consumo de carcinógenos¹¹.

No que se refere à idade, a faixa etária mais atingida corresponde à descrita pela literatura mostrando-se ser a idade preferencial dos 50 aos 70 anos¹⁰⁻¹². Todavia, foi verificada a ocorrência de CEC de boca e orofaringe em indivíduos menores de 40 anos. Em pesquisa similar a variação de idade foi entre 14 e 94 anos¹³.

Vale ressaltar que neste estudo, não existiu diferença média da idade entre sujeitos com local de Boca e Orofaringe, embora nesta última observa-se uma idade média ligeiramente maior.

A localização dos tumores mostrou que as regiões da língua e soalho oral prevaleceram no câncer de boca, e as tonsilas palatinas em orofaringe. Estudo epidemiológico realizado também indica a língua, como sítio de maior frequência, com ocorrência de 51,1% seguido do soalho com 25,5%. Em relação à orofaringe, evidenciam 76% dos casos com acometimento nas tonsilas palatinas⁷. Em pesquisa similar houve também a evidência do predomínio do andar inferior da boca (língua, soalho e gengiva) como região mais acometida pelo câncer, sendo referida a porcentagem de 57,5% dos casos, seguido da orofaringe que correspondeu a 25,3% dos achados¹⁰.

Com relação às terapêuticas empregadas (procedimento 1), a maioria dos indivíduos com câncer de boca não recebeu nenhum tratamento seguida da combinação de radioterapia e quimioterapia. Já os indivíduos com neoplasia em orofaringe, a combinação de radioterapia e quimioterapia correspondeu ao tratamento predominante, seguida de nenhum procedimento.

Com o uso do teste de qui-quadrado para independência verificou-se que a relação entre local e procedimento 1 é estatisticamente significativa.

Esses dados encontrados diferem da literatura. De acordo com pesquisas similares^{7,8,14,15}, as modalidades de tratamento mais comuns são: cirurgia isolada, cirurgia associada à radioterapia e a combinação entre radioterapia e quimioterapia.

Diante desta análise, pôde-se inferir que a conduta da não realização de tratamento ou adoção de cuidados paliativos (radioterapia e/ou quimioterapia) observados na maioria da atual população pesquisada pode estar relacionada à interrupção do tratamento ou com o grau avançado da doença no diagnóstico tardio.

Com relação aos achados da análise entre procedimento 1 e disfagia, os pacientes sem nenhum procedimento e submetidos à radioterapia e quimioterapia apresentaram mais queixas disfágicas. Essa última informação concorda com a literatura pesquisada que afirma a presença de sequelas no sistema-sensório-motor-oral e deglutição após essas modalidades de tratamento, especialmente com a radioterapia¹⁶.

Com relação ao procedimento 2, correspondente ao uso de sonda e traqueostomia, pôde-se observar que tanto em boca quanto em orofaringe houve o predomínio de indivíduos sem nenhum procedimento, seguido de indivíduos com a utilização de sonda, respectivamente. Mais uma vez observa-se o aparecimento da variável “nenhum procedimento” como determinante na suposição de que muitos pacientes após a primeira consulta e diagnóstico da neoplasia não deram continuidade ao tratamento, apesar da frequente queixa de disfagia. Dado confirmado também na relação entre procedimento 2 e disfagia, na qual mostra que os pacientes que não foram submetidos a nenhum procedimento correspondeu ao maior grupo com queixa disfágica, seguido dos pacientes que fizeram uso de sonda.

Por meio da aplicação do teste de qui-quadrado para independência verificou-se que a relação entre disfagia e procedimento 2 é estatisticamente significativa.

Em relação à distribuição das variáveis do estudo, em função do estadiamento, inicial (I e II) e avançado (III e IV), a maior parcela da amostra pertence à última categoria. Estudos^{7,10,13,17} mostram frequência elevada de câncer de cabeça e pescoço em estágio avançado, corroborando os achados desta pesquisa. Em pesquisa similar, há o relato da ocorrência de 76,08% dos casos estudados no estágio IV⁸. Em outra, 38,9% dos pacientes com câncer de orofaringe foram diagnosticados nos estádios III e IV. Estes dados revelam fator preocupante na qualidade de vida dos pacientes portadores de neoplasias de boca e orofaringe, já que o

diagnóstico a patologia é conhecido apenas numa fase avançada da doença¹⁸.

Na variável relacionada ao serviço de fonoaudiologia hospitalar, 18 pacientes foram encaminhados para orientação e intervenção fonoaudiológica, sendo que 72,2% da amostra encontravam-se nos estádios III e IV.

Sabe-se que dependendo dos procedimentos clínicos, local e tamanho da ressecção, mobilidade das estruturas orofaciais, tipo de reconstrução, as sequelas fonoaudiológicas variam em severidade, complexidade e frequência de ocorrência^{19,20}. Desta forma, evidenciou-se que os encaminhamentos realizados foram nos estádios mais avançados nos quais as alterações fonoaudiológicas são mais evidentes e preocupantes, especialmente quando relacionadas aos distúrbios de deglutição. Entretanto, nessa pesquisa pôde-se comprovar que a relação entre estádios e encaminhamentos fonoaudiológicos não foi estatisticamente significativa.

Dentre os pacientes com queixas fonoaudiológicas, as alterações mais encontradas em boca foram disfagia isolada seguida da combinação de disfagia e otalgia. Em orofaringe os achados foram similares, coincidindo com pesquisas anteriores^{11,14,20}. Os achados encontrados na associação entre local e alteração fonoaudiológica foram estatisticamente significantes, segundo o teste qui-quadrado para independência.

■ CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa pôde-se concluir que a incidência do carcinoma de boca e orofaringe continua sendo maior no gênero masculino. A faixa etária mais encontrada foi entre os 50 e 60 anos. Em relação aos sítios anatômicos, prevaleceram as regiões da língua e soalho oral no câncer de boca, e as tonsilas palatinas em orofaringe.

As condutas terapêuticas mais utilizadas foram a combinação entre radioterapia e quimioterapia e o uso de sonda. Em relação à distribuição por estadiamento, o estágio IV foi o mais encontrado, correspondendo ao grupo mais encaminhado ao setor de fonoaudiologia, sendo a presença de disfagia como queixa mais comum.

Desta forma, este levantamento contribuiu para caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no hospital e, sobretudo com a maximização dos programas de prevenção para esta doença.

ABSTRACT

Purpose: to characterize the patients with oral cavity and oropharynx cancer, attended at the Head and Neck Ambulatory of Aristides Maltez Hospital in Salvador – BA, from June to December, 2007.

Methods: a retrospective study was carried through using the analysis of medical records of patients with oral cavity and oropharynx cancer, within six months, at Aristides Maltez Hospital. Information about age, gender, location, clinical staging, surgery, radiotherapy, chemotherapy, presence of probe, tracheotomy, routing and speech pathologist disturbance were statistically analyzed by two equal proportion ANOVA test, and Chi-square test for independence. **Results:** the incidence of male-female patients with squamous cell carcinoma in oral cavity was 2.5: 1, age ranged from 19 to 95 years (median 58). The most affected spots were tongue (29.2%) followed by flooring (21.2%). For the oropharynx, the male-female ratio was 1.95:1, aging from 34 to 93 years (median 59). The most affected spot was tonsils (29.2%). The therapeutic procedures applied were: absence of treatment, combination of radiotherapy and chemotherapy and the use of a probe. Regarding to the distribution by stage, the fourth one prevailed, then they were directed to speech pathologist treatment. 89.9% of patients had speech pathologist disturbance, prevailing dysphagia. **Conclusion:** this survey helped to characterize the profile of patients taken care at Aristides Maltez Hospital, and with programs for prevention of this disease.

KEYWORDS: Mouth Neoplasms; Mouth; Oropharynx; Epidemiology

■ REFERÊNCIAS

1. Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Polisel F, Chaves VN, Kuasne H, Leichsenring A, et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009 fev; 25(2):393-400.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro; 2008.
3. Furia CLM. Disfagias mecânicas. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca; 2004. p 386-404.
4. Daher GCA, Pereira GA, Oliveira ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 dez; 11(4):584-96.
5. Nembr K, Lehn C. Voz em câncer de cabeça e pescoço. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca; 2004. p 102-17.
6. Estrela F, Elias V, Martins V. Reabilitação do paciente disfágico em cirurgia de cabeça e pescoço. In: Jacob JS, Levy DS, Da Silva LMC. *Disfagia: avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p.233-76.
7. Dedivitis RA, França CM, Maíra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004 jan-fev; 70(1):35-40.
8. Gedoz L, Bohrer PL, Lauro GNR. Perfil epidemiológico dos pacientes com tumores malignos de boca submetidos à radioterapia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed RS*. 2004 ago-dez; 24(2/3):5-9.
9. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*. 2006 out; 42(5):385-92.
10. Perez RS, Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, Andrade Sobrinho J. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2007 jul-set; 11(3):271-7.
11. Amorim Filho FS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NF, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003 jul-ago; 69(4):472-8.
12. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJ, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. 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 jan-fev; 74(1):68-73.
13. Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a

medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics*. 2005 aug; 60(4):293-8.

14. Souza RM, Sakae TM, Guedes AL. Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. *Arq Catarin Med*. 2008 mar-jun; 37(2):32-41.

15. Spara L, Spara P, Costa AG. Achados epidemiológicos de câncer da cavidade oral em hospital de referência avaliados no período de 1980-2003. *Odontol Clin Cient*. 2005 set-dez; 4(3):177-83.

16. Signoretti GM, Trawitzki LVV. Sequelas da radioterapia e metas da atuação fonoaudiológica no câncer de boca. *J Bras Fonoaudiol*. 2003; 4(17):277-82.

17. Chedid HM, Franzi SA. Avaliação de fatores demográficos e estadiamento clínico nos pacientes

submetidos a resgate cirúrgico por carcinomas epidermóides de orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008 jul-ago; 74(4):532-6.

18. García-Roco Pérez ON, Arredondo López M, Castillo Betancourt EM. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. *Rev Cuba Estomatol*. [periódico on line] 2006 ene-mar; 43(1). Disponível em: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100001&lng=pt&nrm=iso.

19. Carrara-de-Angeliz E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p.155-62.

20. Defina AP, Massih DA, Mamede RCM. Relato de experiência da atuação da fonoaudiologia e da psicologia a pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cirur Cab Pesc*. 2004 Jan-mar; 33(1):45-8.

RECEBIDO EM: 31/01/2009

ACEITO EM: 15/09/2009

Endereço para correspondência:

Patrícia Sales Leal da Silva

Rua Aymoré Moreira, 856 A/303

Salvador – BA

CEP: 41745-028

E-mail: fonopatricia@gmail.com