

CÂNCER BUCAL: VOZ E QUALIDADE DE VIDA PÓS MUTILAÇÃO

Oral cancer: voice and quality of life after mutilation

Cáncer oral: voz y calidad de vida después de la mutilación

Marta Regina Chaves Camilo Fernandes¹, Givaneide Oliveira de Andrade Luz², Cacilda Chaves Morais de Lima³, Larissa Chaves Morais de Lima⁴, Sérgio Ribeiro dos Santos⁵, Inácia Sátiro Xavier de França⁶

Como citar este artigo:

Fernandes MRCC, Luz GOA, Lima CCM, Santos SR, França ISX. Câncer bucal: voz e qualidade de vida pós mutilação. 2021 jan/dez; 13:1082-1088. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9978>.

RESUMO

Objetivo: investigar o impacto da deformidade bucal oncológica na comunicação oral e na qualidade de vida de adultos e idosos. **Métodos:** estudo observacional descritivo, transversal, com abordagem mista. Amostra de 41 pacientes, submetidos à cirurgia para retirada do câncer bucal, resultando em mutilação e inteligibilidade verbal. Instrumentos: Questionário sociodemográfico; Índice de Desvantagem Vocal; Questionário Qualidade de Vida da Universidade de Washington; Roteiro Semiestruturado para análise no software Iramuteq®. **Resultado:** a mutilação predominou em região de palato. Avaliação vocal mostrou o sexo masculino com pior qualidade de vida, expressivamente escala Social, enquanto, o feminino, escala Física. A análise lexical mostrou necessidades, frustrações e expectativas. **Conclusão:** o estudo revelou a vergonha, o medo, o isolamento social e, ao mesmo tempo, a esperança de voltar a, pelo menos, poder falar e ser compreendido pelas outras pessoas através do uso da prótese.

DESCRITORES: Neoplasias bucais; Câncer de boca; Reabilitação bucal; Inteligibilidade da fala; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to investigate the impact of oral cancer deformity on oral communication and the quality of life of adults and the elderly.

Methods: descriptive, cross-sectional observational study with a mixed approach. Sample of 41 patients undergoing surgery to remove oral cancer, resulting in mutilation and verbal intelligibility. Instruments: Sociodemographic questionnaire; Voice Handicap Index; University

- 1 Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem - PAPGENF da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba – UPE/UEPB. Recife (PE). Brasil.
- 2 Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem - PAPGENF da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba – UPE/UEPB. Recife (PE). Brasil.
- 3 Graduação em Odontologia. Doutora em Gerontologia. Responsável pelo Serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/UFPB. Professora da disciplina de Prótese Bucomaxilofacial da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba – ETS/UFPB. João Pessoa (PB). Brasil.
- 4 Graduação em Odontologia. Doutoranda em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia - PPGO da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Campina Grande (PB). Brasil.
- 5 Graduação em Enfermagem. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF – UFPB. João Pessoa (PB). Brasil.
- 6 Graduação em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professora do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem - PAPGENF da Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba – UPE/UEPB. Campina Grande (PB). Brasil.

of Washington Quality of Life Questionnaire; Semi-structured script for analysis in the Iramuteq® software. **Result:** mutilation predominated in the palate region. Vocal assessment showed the male sex with worse quality of life, significantly on the Social scale, while the female, Physical scale. Lexical analysis showed needs, frustrations and expectations. **Conclusion:** the study revealed shame, fear, social isolation and, at the same time, the hope of returning to at least being able to talk and be understood by other people through the use of the prosthesis.

DESCRIPTORS: Oral neoplasms; Mouth cancer; Oral rehabilitation; Speech intelligibility; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: investigar el impacto de la deformidad del cáncer oral en la comunicación oral y la calidad de vida de adultos y ancianos. **Métodos:** estudio observacional descriptivo, transversal con enfoque mixto. Muestra de 41 pacientes sometidos a cirugía para extirpar el cáncer oral, lo que resulta en mutilación e inteligibilidad verbal. Instrumentos: cuestionario sociodemográfico; Índice de discapacidad de voz; Cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington; Guión semiestructurado para análisis en el software Iramuteq®. **Resultado:** la mutilación predominó en la región del paladar. La evaluación vocal mostró el sexo masculino con peor calidad de vida, significativamente en la escala social, mientras que la hembra, la escala física. El análisis léxico mostró necesidades, frustraciones y expectativas. **Conclusión:** el estudio reveló vergüenza, miedo, aislamiento social y, al mismo tiempo, la esperanza de volver al menos a poder hablar y ser entendido por otras personas mediante el uso de la prótesis.

DESCRIPTORES: Neoplasias orales; Cáncer de boca; Rehabilitación oral; Inteligibilidad del habla; Enfermería

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer com localização primária na cavidade oral ocupa o 5º lugar na lista de incidência entre a população masculina e, entre mulheres, a décima segunda colocação, sendo indubitavelmente, um problema de saúde pública.¹⁻²

Os pacientes, em sua maioria, têm diagnóstico estabelecido na fase avançada ou metastática da doença, o que, somado à agressividade própria do tumor, dificulta o tratamento e piora significativamente o prognóstico.² Nos últimos anos, vem-se estabelecendo uma preocupação com a qualidade de vida e com o bem-estar durante e após o tratamento desses indivíduos, fatores que dependerão de um acompanhamento multidisciplinar eficiente durante todo o processo de reabilitação.

O tratamento, para esses pacientes, habitualmente, envolve cirurgia para retirada de tumor maligno oral, que pode levar à deformidade com sérios prejuízos nas funções: mastigatória, deglutição e fonética, assim como nos relacionamentos interpessoais, tanto social quanto familiar.³⁻⁴

Corroborando este contexto, alguns autores apontam a comunicação oral entre os seres humanos como sendo necessária para estabelecer o contato com o outro e com o mundo por meio da exteriorização de sentimentos e pensamentos.⁵ Assim, quando há comprometimento do processo de comunicação oral e redução da inteligibilidade da fala, as pessoas com deformidade bucomaxilofacial sofrem alterações psicológicas que podem contribuir para o isolamento social.

Portanto, a reabilitação através das próteses intra e extrabucal, nesses pacientes, pode proporcionar uma melhora na qualidade de vida, a partir da reversão da condição de isolamento e da dificuldade da comunicação oral. No entanto, a relação simbiótica⁶ entre o homem e a máquina (as próteses) irá depender do êxito no processo de reabilitação.

A reabilitação física e psicológica desses pacientes, seu ajustamento familiar, social e ocupacional dependem do trabalho de uma equipe multiprofissional. O enfermeiro, juntamente com os outros membros dessa equipe, desenvolve atividades que permitem a troca de conhecimentos, sistematizando informações e ações que se complementam, visando à reintegração desses pacientes na sociedade, possibilitando, assim, uma melhor qualidade de vida.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo investigar o impacto da deformidade bucal oncológica na comunicação oral e na qualidade de vida de adultos e idosos.

MÉTODO

Estudo observacional do tipo descritivo, transversal, com abordagem mista, desenvolvido nos hospitais de referência em serviço de Reabilitação Bucomaxilofacial, em duas capitais no Nordeste brasileiro.

A população do estudo foi de indivíduos diagnosticados com câncer de cavidade bucal, submetidos a procedimento cirúrgico para retirada do tumor e, como resultado, a deformidade bucal e a dificuldade na inteligibilidade da fala. Período para a coleta de dados – 01/06/2017 a 30/11/2017 – a amostra foi constituída de 41 pacientes, com idade igual ou acima de 18 anos, em condições de responder os instrumentos de coleta de dados.

Foram excluídos do estudo quatro pacientes que apresentaram impossibilidade de responder os instrumentos da coleta de dados, e dois, por serem laringectomizados.

Os dados da pesquisa foram coletados, 30 dias após a cirurgia para retirada do tumor, a partir da aplicação dos instrumentos: Questionário sociodemográfico; Protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV) que atende aos preceitos de qualidade vocal, no que tange ao acompanhamento do impacto que a disfonia ocasiona nas esferas emocionais e físicas, assim como nas atividades do cotidiano do indivíduo. Quanto maior um resultado nesse protocolo, maior é a desvantagem vocal.

Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o instrumento desenvolvido para pacientes com câncer de cabeça e pescoço *University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL v4)* – Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL v4).

Esses instrumentos foram validados para uso em pesquisas no contexto brasileiro.

Foi aplicado também o Roteiro Semiestructurado com perguntas abertas – fala em formato de texto para análise lexical por meio do software Iramuteq® que utiliza a aplicabilidade da Lei de Zipf.⁷ Essa Lei trabalha com a frequência de aparição de uma palavra em um texto, independente do que esta simbologia represente sozinha ou em conjunto.⁸

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 53990416.8.0000.5183 e, pela Instituição Coparticipante, sob CAAE número 53990416.8.3001.5205.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aspecto sociodemográfico apresentou uma amostra (n=41) constituída, em sua maioria, pelo gênero masculino, 23 (56%) pessoas, 15 pessoas (36,6%) com faixa-etária entre 51 e 60 anos, e, 26 (63,4%) que se declararam de cor parda.

O nível de escolaridade predominante, ensino fundamental, sinalizou um baixo nível de instrução, com 19 pessoas (46,3%). Observou-se também que a maioria 29 (70,8%) referiu renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Os hábitos deletérios caracterizaram 34 pessoas (82,9%) afirmaram ser tabagistas ou haviam fumado, e, 27 pessoas (65,9%) haviam sido etilistas.

O diagnóstico histopatológico constatou maior predominância para Carcinoma de Células Escamosas presente em 38 participantes (92,7%). O palato foi a localização mais acometida, com 30 participantes (73,1%). Verificou-se, também, que mais de oitenta por cento da amostra recebeu tratamento que incluiu cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia.

O Protocolo IDV, apresentado na Tabela 1, não registra diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os sexos, mensuradas nos domínios: emocional, funcional e orgânico.

Tabela 1 - Distribuição das médias e desvio padrão das respostas do Protocolo do IDV, nos domínios emocional, funcional e orgânico, por sexo dos participantes. Recife, PE, Brasil, 2017

IDV	Masculino Média ± DP Mediana (P25; P75)	Feminino Média ± DP Mediana (P25; P75)	Valor de p*
Emocional	17,89 ± 9,92	17,52 ± 9,83	p = 0,906
	20,00 (12,75; 25,25)	18,00 (8,00; 25,00)	
Funcional	20,83 ± 10,07	24,35 ± 9,24	p = 0,252
	22,00 (14,00; 27,00)	24,00 (17,00; 32,00)	
Orgânico	12,61 ± 7,95	13,22 ± 8,99	p = 0,823
	15,00 (6,00; 17,00)	15,00 (4,00; 19,00)	
Total	51,33 ± 25,02	55,09 ± 24,21	p = 0,630
	56,50 (35,50; 71,25)	54,00 (30,00; 75,00)	

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

*Através do teste t-Student com variâncias iguais.

A Tabela 2 apresenta amostra na frequência simples e percentual relacionada com qualidade de vida, através do instrumento UW-QOL v4. As respostas, comparando com o mês anterior ao diagnóstico do Câncer, 14 (34%) afirmaram estar muito pior, enquanto quatro (10%) acreditaram estar muito melhor. Na variável saúde, nos últimos sete dias, 25 (61%) acreditavam estar ruim ou média. Ao considerar a saúde geral, incluindo saúde física e mental, família, amigos e espiritualidade, 27 (66%) classificaram como média ou ruim.

Tabela 2 - Distribuição da amostra na frequência simples e percentual relacionada com a qualidade de vida, através do instrumento UW-QOL v4 (Washington). Recife, PE, Brasil, 2017.

Variável	N	%
TOTAL	41	100,0
Como classifica a sua qualidade de vida comparada com o mês antes de você desenvolver o câncer		
Muito melhor	4	10
Um pouco melhor	5	12
Mais ou menos	9	22
Um pouco pior	9	22
Muito pior	14	34

Variável	N	%
Como classifica a sua qualidade de vida relacionada a sua saúde nos últimos 7 dias		
Excelente	3	7,3
Muito boa	4	9,8
Boa	7	17,1
Média	13	31,7
Ruim	12	29,3
Muito ruim	2	4,9
Como classifica a sua qualidade de vida em geral		
Excelente	1	2,4
Muito boa	3	7,3
Boa	8	19,5
Média	18	43,9
Ruim	9	22,0
Muito ruim	2	4,9

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

As respostas às questões do Roteiro Semiestruturado, foram colocadas em formato de conjunto de textos (corpus) e representadas em nuvem de tags (nuvem de palavras) nas Figuras 1 e 2.

No Brasil, há uma marca cultural, que leva a ausência, de modo geral, da população masculina no serviço de saúde para prevenção de doenças, como mostra a predominância do sexo masculino na presente pesquisa corroborando estimativas apresentadas por outros estudos.¹⁻²

A presença significativa para a cor parda nos indivíduos da pesquisa, desconcorda de outros estudos, no qual, ressaltam a predominância da cor branca.⁹ Talvez por se tratar de pesquisa desenvolvida em uma região do país, onde, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio¹⁰, revela que, no critério de cor ou raça, a maior parte da população residente no nordeste do Brasil é constituída por indivíduos de cor negra e parda, fundamentando os achados no presente estudo.

Nota-se que a maior parte da amostra aparece entre 51 e 70 anos, de acordo com pesquisas anteriores^{11-12,2}, as quais destacam um aumento do número de casos diagnosticados com câncer bucal nessa faixa etária, principalmente na população masculina.

A associação entre o diagnóstico de câncer bucal e o baixo nível de escolaridade encontrado neste estudo, em sua maioria, entre o ensino fundamental e analfabeto, pode ser justificada por outros autores¹¹ no qual, apontam que o baixo grau de instrução pode dificultar a conscientização das necessidades do cuidado com a saúde ao longo da vida. Associa-se também a predominância da baixa renda familiar, nas quais a doença aparece em estudos clínicos e epidemiológicos, com mais prevalência em população com recurso econômico hipossuficiente. Portanto, é imprescindível destacar que o baixo nível de escolaridade e a renda familiar escassa podem ser considerados fatores que propiciam de forma negativa, o aumento do risco de câncer bucal.

Importante salientar também que a maioria revelou consumo abusivo de álcool e cigarros, por vários anos, o que reitera a já comprovada associação desses hábitos, ao câncer bucal.¹³⁻¹⁵ Essas drogas, associadas ou não, interfere negativamente na qualidade de vida desses indivíduos.

O estudo apontou o Carcinoma de Células Escamosas (CCE) (92,7% da amostra) presente no diagnóstico histopatológico. A localização do tumor, no palato, está em 73% dos casos, o que corrobora estudos realizados por Vergo e Andrews, citado por Goiato¹⁶, quando afirmam que essa região é bastante afetada, sendo responsável pela quarta colocação em todos os tipos de câncer de cabeça e pescoço.

A cirurgia associada à radioterapia (RT) foi a modalidade terapêutica indicada em 49% dos indivíduos, e a associação à quimioterapia (QT) foi encontrada em 37% da amostra. Esses dados estão em concordância com pesquisas realizadas por Dedivitis et al., citado por Goiato¹⁶, quando constataram que pacientes diagnosticados com CCE bucal, 47% havia sido submetido à cirurgia e RT.

Após cirurgia para remoção do tumor, esses indivíduos constataram que apresentavam sequelas permanentes (comunicação buconasosinusal), resultando em uma fala pouco compreensível.

Na avaliação do instrumento IDV, para a escala Orgânica, as questões que apresentaram maior escore, foram: “As pessoas perguntam: ‘O que você tem na voz?’” e “Faço muito esforço para falar”. No domínio Funcional, o maior escore foi para as questões “As pessoas têm dificuldade em me ouvir por causa da minha voz” e “As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos”. Na escala Emocional, houve destaque para

as questões “Meu problema de voz me chateia”, “Fiquei menos expansivo por causa do meu problema de voz” e “Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem”. Este resultado foi semelhante para ambos os sexos, corroborando outros estudos¹⁷, que utilizou o mesmo protocolo para avaliar pacientes disfônicos.

A análise do instrumento UW-QOL v4 identificou semelhanças e diferenças entre os sexos, possibilitou observar que o sexo masculino apresentou pior Qualidade de Vida Global (QVG). Contudo, para ambos os sexos, a QVG foi mais expressiva em ‘muito pior’ no momento da entrevista, comparada com o mês antes do diagnóstico do câncer. Todavia, quando questionados sobre como classificavam a qualidade de vida em geral, durante os últimos sete dias, 63% consideraram entre ‘boa’ e ‘média’, fato explicado quando relataram o sofrimento presente a partir da descoberta do diagnóstico, passando também pelas fases das diferentes modalidades de tratamento que incluiu cirurgia, RT, QT e/ou associação desses.

Para o sexo masculino, a diferença expressiva se deu na escala Social, enquanto, para o feminino, a escala Física ficou mais evidente. Esse achado corrobora a teoria das emoções¹⁸ que identificou o corpo social de homens e mulheres.

Nesta teoria¹⁸, a mulher se autodefine pela qualidade da sua aparência. Uma mulher será sempre definida como boa ou não através de sua apresentação física. Ainda que ela tenha uma boa posição social, sucesso na carreira, dentre outras qualidades, se seu corpo estiver muito fora dos padrões ou apresentar mutilação, não será uma mulher para se envolver sexualmente. Há uma desigualdade importante entre homens e mulheres nesse ponto de vista. Enquanto, para o homem, por exemplo, não é sua beleza o que mais importa, mas sua posição social, sua profissão.

Como consequência dos baixos escores encontrados para os domínios físico e social, ambos os sexos apresentaram semelhança no domínio Psicológico, sendo igualmente afetados. Em nenhum dos casos foi relatada alteração significativa na vida familiar, mas a maioria referiu limitações das atividades laborais e inexistência de recreação. Esse resultado evidencia a importância de melhorar a integração da atenção primária para recuperação psicológica dos sobreviventes do câncer, na busca de melhor qualidade de vida.

A análise lexical, pertencente ao discurso manifesto pelos indivíduos, evidenciou necessidades, frustrações e expectativas ao ser analisado pelo software Iramuteq®. As nuvens de tags, as classes de palavras e a análise de similitude possibilitaram identificar claramente a semelhança com as respostas aos instrumentos utilizados para a análise quantitativa, quando revelou a vergonha, o medo, o isolamento social e, ao mesmo tempo, a esperança de voltar a comer, a falar e ser compreendido pelas outras pessoas. Estas funções estão na base da pirâmide de Maslow¹⁹ referente à cadeia das necessidades humanas, cuja base estão as necessidades mais baixas (necessidades fisiológicas ou básicas) e, no topo, as necessidades mais elevadas (as necessidades de auto realização).

O processo do cuidar, que concerne à abrangência da reabilitação bucomaxilofacial, envolve componentes atitudinais, psicossocioespirituais, econômicos e políticos, no qual, o enfermeiro precisa reconhecer que essa magnitude é essencialmente dinâmica, multi e interdisciplinar. Portanto, é relevante um repertório de conhecimento e capacidade

diversificados, tornando-o capaz de tomar, executar e avaliar as melhores decisões, mesmo em circunstâncias imprevisíveis.

CONCLUSÃO

O estudo salientou que a deformidade bucal de origem oncológica impacta diretamente na comunicação oral. Revelou a vergonha, o medo, o isolamento social e, ao mesmo tempo, a esperança de voltar a, pelo menos, poder falar e ser compreendido pelas outras pessoas através do uso da prótese. Mostrou também que a teoria de Zipf, através do software Iramuteq®, possibilitou uma análise léxica mais moderna para a enfermagem.

O enfermeiro possui um papel estruturante e fundamental em todo o processo que envolve a reabilitação bucomaxilofacial, uma vez que o paciente apoia-se nele em busca de suporte emocional e orientações para satisfação de suas necessidades básicas. Ao entender a magnitude desse processo de reabilitação, o enfermeiro posiciona-se como agente desperto, para implementar ações adequadamente planejadas que visem não só à prevenção de outras sequelas, à recuperação física e à melhora da qualidade de vida, mas que também objetivem a autonomia e reintegração desses pacientes à sociedade.

É pertinente a reflexão sobre a necessidade de mais estudos acerca do tema, na área da enfermagem, que carrega, em sua essência, a ciência e a arte de cuidar, a fim de oferecer uma assistência eficiente, integral e otimizada.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. [Internet]. 2014; 136(5) [acesso em 21 fev 2019]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210> DOI: 10.1002/ijc.29210.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2017. [acesso em 2019 fev 21]. 128p. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Dey JK, Ishii M, Boahene KDO, Byrne P, Ishii LE. Impact of Facial Defect Reconstruction on Attractiveness and Negative Facial Perception. *Laryngoscope*. [Internet]. 2015; 125(6) [acesso em 2018 nov 16]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/lary.25130>
4. Zandonai AP, Cardoso FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf*. [Internet] 2010;12(3) [acesso 01 jul 2015]. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a20.pdf>
5. Kasama ST, Brasolotto AG. Percepção vocal e qualidade de vida. *Pró-Fono* [Internet] 2007;19(1) [acesso 2018 nov 16]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872007000100003&script=sci_arttext
6. Rosnay J. O homem simbiótico: perspectivas para o terceiro milênio. Petrópolis: Vozes; 1997.
7. Günther R, Levitin L, Schapiro B, Wagner P. Zipf law and the effort of ranking on probability distributions. *International Journal of Theoretical Physics*, 1996; 35(2). Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02083823.pdf>
8. Cassettari RRB. Lei de Zipf em discursos orais: uma comparação entre trabalhos acadêmicos escritos e suas apresentações Monografia [Graduação em Biblioteconomia] Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. [Internet]. [acesso em 6 nov 2018]. Available from: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/122226/tcc_rafael_cassettari_20141.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol* [Internet] 2007; 53(1) [acesso 26 nov 2018]. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revissao4.pdf
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na Internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2014. Rio de Janeiro; 2014 [acesso em 2016 mar 15]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>
11. Aquino RCA, Lima MLLT, Menezes CRCX, Rodrigues M. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. *Rev CEFAC*. [Internet] 2015; 17(4) [acesso em 26 Jun 2019]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000401254&script=sci_arttext
12. Marques S, Rodrigues R, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino - Am Enferm* [Internet] 2006; 14(3) [acesso em 26 nov 2018]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a09.pdf
13. Hashibe M, Hunt J, Wei M, Buys S, Gren L, Lee YC. Tobacco, alcohol, body mass index, physical activity, and the risk of head and neck cancer in the prostate, lung, colorectal, and ovarian (PLCO) cohort. *Head Neck* [Internet] 2013; 35(7) [acesso em 26 nov 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1002/hed.23052>
14. Moura MA, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LC. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. *BMJ Open* [periódicos na Internet] Feb 2014;4(2) [acesso em 26 nov 2018]. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/2/e003736.full.pdf>.
15. Bhat SP, Bhat V, Permi H, Jayaprakash SK, Aroor R, Satheesh KBB. Oral and oropharyngeal malignancy: a clinicopathological study. *Internet J Pathol Lab Med* 2016; 1(1). [Internet]; 2(1) [acesso em 26 nov 2018]. Available from: <https://chanrejournal.com/index.php/pathology/article/view/129/pdf>
16. Goiato MC, Piovezan AP, Santos DM, Filho Gennari H, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. *Rev Odontol Araçatuba* [Internet] 2006; 27(2) [acesso em 26 nov 2018]. Available from: https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/volume_27_02_2006/PDFs/fatores.pdf
17. Lemos IO, Marchand DLP, Cassol M. Índice de Desvantagem Vocal pré e pós-intervenção vocal em pacientes disfônicos. *Audiol Commun Res*. [Internet] 2015;20(4) [acesso em 20 jun 2016]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v20n4/2317-6431-acr-20-4-0355.pdf>
18. Le-Breton, D. Entretiens avec David Le Breton. Montréal Paris: Téraèdre, (Collection [Ré] Édition). RBSE - Rev Bra Sociologia da Emoção 2011;10(28):187.
19. Maslow AHA. Theory of human motivation. *Psychological Rev* 1943; 50:390-396.

Recebido em: 24/04/2020

Revisões requeridas: 25/05/2020

Aprovado em: 08/06/2020

Publicado em: 01/07/2021

Autora correspondente

Marta Regina Chaves Camilo Fernandes

Endereço: Rua Dr. Otávio Coutinho -

Santo Amaro. Recife - PE. Brasil

CEP: 52.171-011

Email: martfernands@gmail.com

Número de telefone: +55 (82) 98897-9745

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.