

Hábitos de tabagismo e etilismo em disfonias

Habits of smoking and alcoholism in dysphonia

Carla Aparecida Cielo¹, Leila Susana Finger², Geise Roman-Niehues³, Vanessa Panda Deuschle⁴, Márcia A Siqueira⁵

¹ Fonoaudióloga; Professor adjunto do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); Doutora em Linguística Aplicada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); ²Fonoaudióloga - Prefeitura Municipal de Portão, RS; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM. ³Fonoaudióloga Clínica; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM.

⁴Fonoaudióloga - Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis, RS; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM.

⁵Fonoaudióloga - Prefeitura Municipal de Santa Maria, RS; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UFSM.

Resumo

O tabagismo e o etilismo têm sido considerados grandes problemas de saúde pública. O objetivo deste estudo foi verificar a frequência dos hábitos de etilismo e de tabagismo em pacientes portadores de disfonia. Trata-se de estudo retrospectivo e transversal com uma análise de 113 prontuários de pacientes com disfonia, de uma clínica-escola, na faixa etária de 16 a 75 anos, 41 do sexo masculino e 72 do feminino. O procedimento estatístico utilizado foi o Teste de Hipótese para Duas Proporções. Foi significativa a ausência de hábitos de etilismo e (ou) tabagismo; não houve diferenças significativas entre os portadores de disfonia tabagistas e os etilistas; foi significativa a frequência de outras patologias, se comparadas aos laringectomizados. Nesta amostra, não se evidenciou a influência significativa dos hábitos analisados sobre as disfonias; os pacientes laringectomizados parecem não procurar o serviço fonoaudiológico, ou não são encaminhados; ambos os laringectomizados eram homens e apresentavam os hábitos de etilismo e (ou) tabagismo.

Palavras-chave: disfonia – tabagismo – etilismo; tabagismo – etilismo – efeitos adversos; laringectomia.

Abstract

Smoking and alcoholism have been considered serious problems of public health. The aim of this study was to verify the frequency of the habits of alcohol consumption and smoking in patients who have dysphonia. This was a retrospective and transversal study with an analysis of 113 patients' history with dysphonia, of a school clinic, with ages from 16 to 75 years, 41 male and 72 female. The statistical procedure used was the hypothesis test for 2 proportions. It was significant the absence of alcoholism habits and/or smoking; there were not significant differences among the dysphonic patients by smoking and alcohol consumption it was significant the frequency of other pathologies, if compared with the laryngectomized. In this sample, it was not proven the significant influence of the habits analyzed on the dysphonias; the laryngectomized patients seem not to look for the speech and language therapist service, or they are not sent; both the laryngectomized were men and presented the habits of alcohol consumption and/or smoking.

Keywords: voice disorders – smoking – alcoholism; smoking – alcoholism – adverse effects; laryngectomy.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um grande problema de saúde pública. O tabaco é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos da humanidade. Além do câncer, o fumo é responsável por outras doenças, como enfisema, bronquite crônica obstrutiva, cardiopatias, problemas vasculares, dentre inúmeras outras patologias como a disfonia decorrente do edema crônico das pregas vocais (Edema de Reinke) que, além da alteração ou descaracterização da voz, pode levar à dispneia. O consumo de tabaco é a causa de aproximadamente 4,9 milhões de mortes anualmente no mundo. Estima-se que, em 2030, o tabagismo deverá ser a maior causa isolada de mortes, podendo chegar a 10 milhões de mortes por ano.¹

Recebido em 04 de setembro de 2009; revisado em 31 de maio de 2010.
Correspondência / Correspondence: Leila Susana Finger. Rua João Neves da Fontoura, 716/404. 93010-050. São Leopoldo (RS), Brasil.
E-mail: leilafiner@yahoo.com.br

Embora os estudos sejam mais escassos, a ingestão de bebidas alcoólicas, por sua vez, também tem sido considerada um problema de saúde pública; está associada à internação psiquiátrica, aposenta-doria por invalidez, absentismo, acidentes de trabalho e de trânsito, câncer, disfonias, dentre outros.²

Devido aos riscos à saúde, é necessário que os países, por meio de seus sistemas de saúde e educação, criem medidas de prevenção e controle do tabagismo e do etilismo, pois sua prevalência tem gerado grandes custos ao sistema de saúde na última década. Esse controle depende de uma combinação de medidas que unam um enfoque em saúde pública³, uma legislação adequada, atividades especiais de promoção de saúde e medidas econômicas.

A fonoaudiologia tem se preocupado em realizar pesquisas que propõem investigar e relacionar a saúde vocal à qualidade de vida. Tais pesquisas auxiliam a compreender os indivíduos a partir de suas experiências subjetivas e da percepção deles em relação à sua

própria saúde e condição de existência, levando-se em conta os aspectos relacionais, culturais, sociais, ocupacionais e da subjetividade que interferem na produção vocal nos diversos espaços e relações sociais implicados na vida cotidiana⁴.

Existem diversos estudos que relatam a importância de adequadas condições de saúde geral para um bom desempenho da voz⁴. Portanto, não se pode atribuir uma alteração vocal somente a fatores funcionais, visto que existem uma série de fatores coadjuvantes no processo de estabelecimento das disfonias.⁵

O diagnóstico precoce é fundamental para a solução dos problemas da voz, pois um sintoma clássico do câncer de laringe é disfonia⁶. Todo paciente com um quadro de rouquidão com duração superior a quatro semanas deve ser avaliado, principalmente aquele tabagista e (ou) etilista, quanto à presença de câncer de laringe^{7,8}. Infelizmente, a realidade é outra, pois a maioria das pessoas apela para soluções caseiras, e a procura pelo atendimento especializado acaba sendo tardia. As chances de cura do câncer de laringe diagnosticado logo no início chegam a 95%. Já quando avançado, pode ser necessária a cirurgia de retirada completa da laringe, chamada de laringectomia total.^{8,9}

Embora a presença do fonoaudiólogo em equipes de cirurgia de cabeça e pescoço venha se ampliando e se refinando de maneira considerável ao longo dos últimos anos, ainda existem locais onde o trabalho integrado não parece ser uma realidade.

A partir do exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a frequência dos hábitos de tabagismo e de etilismo, considerados fatores de risco para o câncer laríngeo, em pacientes portadores de disfonia atendidos no Setor de Voz de uma clínica-escola de Fonoaudiologia.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como retrospectivo e transversal, pela análise de prontuários de pacientes atendidos no Setor de Voz de uma clínica-escola de Fonoaudiologia.

A população-alvo, ao iniciar o processo terapêutico na clínica-escola, recebeu os esclarecimentos necessários sobre o funcionamento do serviço e foi convidada a ler e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (norma 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP), autorizando o uso de seus dados para pesquisa, desde que preservados os dados de identidade e privacidade. O projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número 074/2005.

Foram consultados os 113 prontuários de um banco de dados de pacientes com disfonia, sendo 41 sujeitos do sexo masculino e 72 do feminino, na faixa etária de 16 a 75 anos. Verificou-se a ocorrência dos hábitos de etilismo e de tabagismo nesse grupo de pacientes.

O procedimento estatístico utilizado para análise dos dados foi o Teste de Hipótese para Duas Proporções, realizado no pacote estatístico Primer/87 MS-DOS, ao nível de significância ($\alpha = 5\%$), vindo à luz para testar a significância entre as proporções. O critério de decisão foi de: H_0 : Não significativo (não existe diferença entre as proporções); H_1 : Significativo (existe diferença entre as proporções). Logo, se $P_{\text{calculado}}$ for maior $P_{\text{tabelado}} =$ Não significativo (NS) e se $P_{\text{calculado}}$ for menor ou igual $P_{\text{tabelado}} =$ Significativo (S). O P_{tabelado} é considerado 0,05 ou 5%.

RESULTADOS

Verificou-se a ocorrência dos hábitos de etilismo e de tabagismo em pacientes portadores de disfonia em 113 prontuários de pacientes com diagnóstico de disfonia. Nos quadros 1 e 2, é apresentada, respectivamente, a análise estatística dos dados referentes aos hábitos de tabagismo e etilismo em pacientes com disfonia e ao câncer laríngeo em sujeitos com disfonia.

Observou-se que foi significativa a ausência de hábitos de etilismo e (ou) tabagismo (QUADRO 1); não houve diferenças significativas entre os portadores de disfonia tabagistas e os etilistas (QUADRO 1); foi significativa a frequência de outras patologias, se comparadas aos laringectomizados (QUADRO 2).

DISCUSSÃO

Apesar de se observar significância estatística a favor da ausência de hábitos de etilismo e tabagismo na população estudada, como mostra o Quadro 1, a literatura aponta inúmeras alterações vocais e laríngeas decorrentes desses hábitos, uma vez que a fumaça quente do cigarro é altamente prejudicial ao trato vocal e agride todo o sistema respiratório, o trato vocal e, principalmente, as pregas vocais. A agressão pode levar à irritação do trato vocal, edema de pregas vocais e proporcionar o aparecimento de pigarro e de tosse em decorrência do aumento da secreção. A fumaça age diretamente sobre a mucosa, provocando duas reações: uma de defesa, por meio da descarga intensa de muco, e outra que envolve uma parada da movimentação ciliar do epitélio, ocasionando um depósito de secreção que provoca o pigarro. O fumo é considerado uma das maiores causas de câncer de laringe e pulmão.^{1,2,10,11}

As alterações laríngeas frequentemente associadas com o ato de fumar são o eritema e o edema. O eritema é definido como resultado de uma irritação e (ou) inflamação das estruturas laríngeas. Já o edema é uma reação natural dos tecidos do trato vocal ao trauma ou irritação. O edema representa um inchaço generalizado em reação a uma agressão, causada por comportamentos abusivos, tais como gritar, cochichar, pigarrear e fumar.^{2,10}

Com relação aos efeitos do cigarro na laringe e na voz, em condições normais, o ar desliza pelas paredes da laringe com atrito reduzido, enquanto que, no

Quadro 1 - Hábitos de tabagismo e etilismo em pacientes com disfonia

	Proporção	n	%	P_{cal}	P_{tab}	Relação	Hipótese
Presença de hábitos de etilismo e (ou) de tabagismo em sujeitos com disfonia	Presença de hábitos de etilismo e (ou) de tabagismo	24	21,24	0.000	0.05	$P_{cal} < P_{tab}$	Rejeita-se H_0^*
	Ausência de hábitos de etilismo e (ou) tabagismo	89	78,76				
Frequência de hábitos de etilismo e/ou de tabagismo em Sujeitos com disfonia	Somente hábitos de etilismo	3	2,65	0.156	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0
	Sem hábitos	98	78,76				
	Somente hábito de tabagismo	9	16,82	0.000	0.05	$P_{cal} < P_{tab}$	Rejeita-se H_0^*
	Sem hábito	89	78,76				
	Somente hábitos de etilismo	3	2,65	0.688	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita H_0
	Somente hábitos de tabagismo	19	16,82				
Somente hábitos de etilismo	3	2,65	0.392	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0	
Hábitos de etilismo e hábitos de tabagismo	2	1,77					
Somente hábitos de tabagismo	19	16,82	0.337	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0	
Hábitos de etilismo e hábito de tabagismo	24	21,24					
Prevalência dos hábitos	Somente hábitos de etilismo	3	2,65	0.096	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0
	Somente hábitos de tabagismo	19	16,82				
	Somente hábito de etilismo	3	2,65	0.516	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0
	Hábito de etilismo e hábito de tabagismo	24	21,24				
Somente hábito de tabagismo	19	16,82	0.433	0.05	$P_{cal} > P_{tab}$	Aceita-se H_0	
Hábito de etilismo e hábitos de tabagismo	24	21,24					

Nota: H_0 = não significativo (não existe diferença entre as proporções); H_1^* = significativo (existe diferença entre as proporções).

Quadro 2 - Câncer laríngeo em sujeitos com disфония

	Proporção	n	%	P _{cal}	P _{tab}	Relação	Hipótese
Disfonias	Pacientes com disфония orgânica por câncer de laringe	2	1,77%	0,0001	0,05	P _{cal} < P _{tab}	Rejeita-se H ₀ *
	Pacientes com disфония por outra patologia	111	98,23%				

Nota: H₀ = não significativo (não existe diferença entre as proporções); H₁* = significativo (existe diferença entre as proporções).

fumante, a camada protetora se modifica, aumentando o atrito do ar. Dessa forma, ocorre um turbilhamento do ar em vez de deslizamento, causando trauma na túnica mucosa, que reveste as pregas vocais, sendo que as forças que lá atuam deixam de ser uniformes, havendo um conseqüente desarranjo no ciclo vibratório que altera a qualidade vocal e ocasiona ataques vocais bruscos, sensações de ardor, aperto e pigarro ao falar, ou seja, disфония.

Em um estudo, apenas 15% de sujeitos fumantes tiveram a voz classificada como normal na análise perceptivo-auditiva; os demais apresentaram tipos de voz considerados alterados em algum aspecto. As alterações mais frequentes foram: rouquidão, sopro e a associação das duas. No grupo das mulheres fumantes, a ocorrência de rouquidão e da rouquidão associada à sopro foi de 35%; já os casos de sopro foram menos comuns, 15%. No grupo dos homens fumantes, a ocorrência de rouquidão foi alta, de 50%, a voz rouca-soprosa foi observada em 25%. Em contrapartida, não foram observados casos de sopro puro¹². Outro estudo cita maior consumo médio de cigarros no sexo masculino, o que pode explicar a maior ocorrência de rouquidão nos homens, pois quanto maior a exposição, mais evidentes serão os efeitos do tabaco.¹³

Em uma pesquisa com 20 fumantes passivos, a avaliação de laringe por videostroboscopia revelou edema ou eritema suaves em três deles. Nesse grupo, foram observados maior fluxo aéreo e tempo máximo de fonação reduzido. Entretanto, a única alteração estatisticamente significativa foi o aumento do fluxo aéreo (maior que 200 ml/s), ou seja, o escape de ar durante a fonação, que pode ser percebido como sopro na voz. Certamente, as mudanças do tecido, tais como o edema e o eritema, são consistentes com alguns dos efeitos previamente relatados do fumar ativo¹⁴. Fumar cigarros conduz à irritação crônica e a um aumento da massa da prega vocal, especialmente da borda livre da prega vocal². A irritação laríngea, observada em alguns dos fumantes passivos do estudo

citado, pode ter contribuído para as taxas mais elevadas de fluxo aéreo e para os tempos máximos de fonação mais curtos observados no grupo.

O fechamento incompleto das pregas vocais, que gera sopro e escape de ar, pode gerar uma hipercontração laríngea compensatória. A ação irritativa de algumas substâncias inaladas cronicamente pode provocar reações inflamatórias que implicam o aumento da permeabilidade capilar dos vasos do espaço de Reinke, com conseqüente extravasamento de líquido para os tecidos, resultando em edema e hiperplacidez, o que confere um aspecto gelatinoso à prega vocal, chamado edema de Reinke.

Os efeitos do fumo sobre a voz e sobre a saúde da laringe, como um todo, são igualmente deletérios. O ato de fumar está associado a alterações na qualidade vocal, irritações da laringe, edema, hiperemia, inflamação no trato vocal, laringite crônica, carcinoma laríngea e outras alterações dos tecidos que alteram a voz, gerando disфония.¹⁵

A literatura aponta ainda que o consumo de bebidas alcoólicas causa irritação do aparelho fonador com ação imunodepressora, ocorrendo uma redução nas defesas do organismo. Há uma inicial liberação de controle cortical às primeiras doses, o que faz o indivíduo sentir-se mais solto; uma leve anestesia da faringe, que reduz a sensibilidade e, em conseqüência, permite ao indivíduo cometer vários usos incorretos que não são percebidos. As conseqüências desses usos incorretos só serão evidentes após o efeito da bebida, tais como ardor, queimação e voz rouca e fraca.²

Dentre as bebidas alcoólicas, há as fermentadas, como cerveja e vinho, e as destiladas, como uísque, vodka e conhaque. As últimas irritam e agredem mais intensamente os tecidos, sendo piores para a saúde vocal, principalmente quando misturadas às fermentadas.²

Ainda no que se refere aos dados do Quadro 1, não se observaram diferenças significativas entre os indivíduos portadores de disфония tabagistas e os etilistas. Acredita-se que isso se justifique pelo fato de

ambas as substâncias serem altamente lesivas ao trato vocal e que a associação entre elas é altamente prejudicial ao trato vocal¹⁶. Existem fatores relacionados ao estilo de vida, como tabagismo e etilismo, que podem ser extremamente danosos à voz, e que a associação desses fatores a uma dieta inadequada está diretamente relacionada ao refluxo gastroesofágico (RGE)⁷, que consiste no retorno dos ácidos estomacais para o esôfago e laringe, também lesivo ao trato vocal.

Os quadros de rouquidão devem ser observados com cautela, pois estão associados a uma série de alterações laríngeas, e só são percebidos claramente pelos ouvintes em casos de alterações laríngeas mais severas¹². Por isso, a avaliação laringoscópica é necessária nos casos de rouquidão prolongada.

Fortes e colaboradores⁵, em seu estudo com 163 sujeitos de diferentes grupos e voz falada profissional (vendedores, professores, operadores de telemarketing, recepcionistas, atores e profissionais da saúde) e da voz cantada, observaram alta prevalência de tabagistas, correlacionando-a com o edema de Reinke e a leucoplasia (hiperplasias, espessamentos epiteliais da prega vocal).

Há evidências de que fumar cigarros relaciona-se intimamente ao câncer laríngeo^{1,2,11,16}, uma vez que a maioria dos indivíduos com carcinoma laríngeo tem história de tabagismo durante longo tempo de sua vida.

As condições pré-cancerosas, como leucoplasia e hiperqueratose, também estão intimamente ligadas ao tabagismo⁷, como se pôde observar no Quadro 2. No serviço da clínica-escola, houve significação estatística a favor de outras patologias, se comparadas aos casos de disфония por câncer de laringe no período estudado. Além dessa significância estatística, observou-se que os 2 indivíduos com câncer apresentaram hábitos de etilismo e tabagismo, mostrando que, mesmo em um número reduzido de indivíduos, a ocorrência desses hábitos deletérios é expressiva.

Os tumores malignos das pregas vocais, ou glóticos, constituem um grupo de doenças que deve representar grande preocupação para os profissionais da saúde, devido às altas taxas de morbidade e mortalidade que estão associadas a essas afecções. E os profissionais que lidam com voz, em especial, devem estar familiarizados com esse tipo de doença, pois, em sua fase inicial, tais tumores costumam causar alterações vocais, podendo ser detectados precocemente a partir dos sinais vocais.¹⁷

O câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas. Esse tipo de câncer é responsável por uma incidência de aproximadamente 136.000 novos casos e de 73.500 mortes por ano no mundo, ocorrendo predominantemente no sexo masculino, o que representa cerca de 2,7% de todos os casos de câncer e 2,2% dos óbitos por câncer. A relação

de incidência por sexo é de 7:1 (masculino – feminino), sendo a maior diferença entre os sexos em comparação com qualquer outro sítio anatômico do corpo humano, conforme Crespo¹⁷, o que pôde ser observado no presente estudo, em que os dois sujeitos com câncer eram homens.

Os resultados discordam da literatura, que aponta o tabaco e o álcool como importantes fatores causadores de disfonias. Acredita-se que esse resultado tenha sido encontrado em virtude da procura tardia pelo serviço especializado, o que acaba tornando necessária a cirurgia de retirada até total da laringe⁸, o que pôde ser observado no presente estudo, em que os dois pacientes com câncer já eram laringectomizados, tendo um deles realizado laringectomia total.

A procura tardia pode estar associada à representação simbólica negativa do câncer em profissionais da área de saúde, pacientes, familiares e população em geral, o que pode contribuir para a insuficiência de iniciativa da população em cuidados preventivos. De fato, tal alheamento gera um tempo prolongado e perigoso entre os primeiros sinais e a consulta médica. Em decorrência, o prognóstico pode tornar-se ruim para o paciente, seus familiares e a sociedade. Embora muitos tipos de câncer tenham cura, devido ao fato de a procura dos recursos médicos ser tardia, o paciente pode iniciar seu tratamento em estágio avançado, limitando-se as possibilidades de tratamento.¹⁸

Ainda, quando o tumor é diagnosticado na fase inicial, as taxas de sobrevida alcançam 90%, independentemente da terapêutica conservadora ser cirúrgica ou radioterápica, tendo como paradigma a esterilização da área acometida, a conservação da função laríngea (respiratória e fonatória) e a reabilitação fonoaudiológica, limitando-se as sequelas terapêuticas. Cabe, entretanto, considerar que a falha no tratamento primário pode levar à mutilação, visto que a laringectomia total torna-se regra para a falha terapêutica inicial na maioria dos pacientes com câncer de pregas vocais.¹¹

No final da década de 80, início da década de 90, o câncer de laringe ocupava a 8ª colocação no coeficiente de incidência da América do Sul. A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer aponta a cidade de Porto Alegre/RS (16/100.000) como a 6ª em incidência de câncer de laringe no sexo masculino, dentre as 166 cidades pesquisadas no mundo, sendo que Goiânia/GO apresentava um coeficiente de 5,3. Numa publicação mais recente dessa agência, os coeficientes para o câncer no sexo masculino no Brasil foram os seguintes: Porto Alegre/RS 10,5; Goiânia/GO 7,7; Belém/PA 8,7¹⁸. A alta incidência de câncer laríngeo na capital gaúcha parece não estar de acordo, conforme dados do Quadro 2, com a demanda de pacientes da clínica-escola, centro de referência em atendimento fonoaudiológico na região centro do Rio Grande do Sul, o que pode ser justificado em função da falta de encaminhamento de outros

profissionais da saúde por desconhecimento do papel da Fonoaudiologia na reabilitação desses casos e também pelo desconhecimento do próprio paciente.

O atendimento fonoaudiológico aos pacientes laringectomizados é de suma importância, pois a fala e a voz desempenham papel fundamental na comunicação humana. E, em determinados momentos, por circunstâncias adversas, a perda da capacidade de falar impõe ao homem a necessidade de procurar resolver essa limitação. Nesse contexto, o câncer da laringe é um dos principais responsáveis por essa perda, ameaçando a vida e o bem-estar do homem, por interferir no relacionamento interpessoal.¹⁹

De maneira geral, o fonoaudiólogo atuante na área de cirurgia de cabeça e pescoço realiza um trabalho de reabilitação focado no estímulo ao desenvolvimento de mecanismos compensatórios para a superação das alterações impostas pelas laringectomias, os quais podem se manifestar em funções vegetativas (respiração e deglutição) e na comunicação oral¹². Por isso, ressalta-se a importância do encaminhamento dos pacientes para avaliação fonoaudiológica.

As alterações anatomofisiológicas encontradas em indivíduos submetidos a cirurgias de laringe podem trazer como consequência dificuldades nas suas funções vitais, como também nas secundárias. A fonação fica comprometida pela falta da laringe, onde se encontram as pregas vocais, sendo que essas estruturas eram de primordial importância para a sonorização do ar expelido pelos pulmões e, conseqüentemente, para a voz e fala.

Evidentemente, perder a voz acarreta importantes limitações para a integração do indivíduo na sociedade. Pode-se afirmar que a voz representa a identidade do indivíduo, e a sua perda ou alteração compromete a manifestação de sentimentos, desejos e características individuais biológicas, emocionais e socioeducacionais⁹, além de ocasionar problemas no exercício profissional.

Apesar da sobrevida dos pacientes com câncer de laringe ser favorável, o impacto da cirurgia na sua qualidade de vida é inevitável. Com a retirada cirúrgica de toda a laringe e o desvio aéreo proveniente dos pulmões diretamente para o meio ambiente pelo traqueostoma, o indivíduo perde seu principal meio de comunicação: a voz.⁹

Há ampla variabilidade biológica nas respostas individuais a drogas, com base em uma variedade de fatores, incluindo idade, a composição corporal, o funcionamento renal e o estado nutricional. As respostas podem diferir tanto quantitativa como qualitativamente. O dano do cigarro e do álcool varia de acordo com sua quantidade e frequência de ingestão, mas há outros fatores contribuintes que serão determinantes na extensão e gravidade desse dano, como características individuais constitucionais, genéticas e familiares⁶, o que poderia explicar o não-desen-

volvimento de determinadas patologias pelos indivíduos tabagistas e ou etilistas.

O tabagismo e o etilismo estão diretamente relacionados a afecções laringeas, podendo causar desde edemas, que são processos inflamatórios, até leucoplasia, hiperplasia e câncer, fazendo-se necessária a intervenção precoce, que pode ser médica e (ou) fonoaudiológica, mas que exige o fim do consumo de tabaco e da ingestão de bebidas alcoólicas. Os profissionais da saúde têm papel fundamental na promoção de medidas preventivas, conscientizando a sociedade dos malefícios causados pelo consumo do tabaco e do álcool.

CONCLUSÕES

O presente trabalho nos permitiu fazer algumas inferências:

1. De acordo com a literatura, o tabagismo e o etilismo interferem diretamente no estabelecimento das disfonias, mas, nessa amostra, isso não se evidenciou.
2. Os pacientes laringectomizados não procuram o serviço da clínica-escola, ou não são encaminhados pelos profissionais, provavelmente por desconhecimento da atuação fonoaudiológica.
3. Embora fossem poucos os indivíduos laringectomizados atendidos no serviço, ambos eram homens e apresentavam hábitos de etilismo e tabagismo.

REFERÊNCIAS

1. MENEZES, A.M.B. et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v.36, n.2, p.129-134, 2002.
2. Pinho, S.M.R. **Manual de higiene vocal para profissionais da voz.** São Paulo: Pró-Fono, 2002.
3. RAMOS, S.F.E.; BARROS, H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v.40, n.4, p.620-626, 2006.
4. MURRY, T. et al. The relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. **J. Voice**, St. Louis, v.18, n.2, p.183-192, 2004.
5. FORTES, F.S.G. et al. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. **R. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.73, n.1, p.27-31, 2007.
6. SENNES, L.U.; WIKMANN, C. Lesões pré-malignas das pregas vocais. In: PINHO, S.R.; TSUJI, D.H.; BOHADANA, S. (Org.) **Fundamentos em laringologia e voz.** Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p.119-125.
7. FIGUEIREDO, D.C. et al. Análise perceptivo-auditiva, acústica computadorizada e laringológica da voz de adultos jovens fumantes e não fumantes. **R. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.69, p.45-51, 2003.
8. ACADEMIA Brasileira de Laringologia e Voz. Disponível em: <<http://www.ablv.com.br>>. Acesso em: 26 maio 2007.
9. KOSZTYLA-HOJNA, B. et al. Voice analysis after the partial laryngectomy in patients with larynx carcinoma. **Folia Histochem. Cytobiol.**, Krakow, v.39, n.2, p.136-138, 2001.
10. AWAN, S.N.; MORROW, D.L. Videostroboscopic characteristics of young adult female smokers vs. nonsmokers. **J. Voice**, St. Louis, v.21, n.2, p.211-223, 2006.
11. RISBERG-BERLIN, B.; YLITALO, R.; FINIZIA, C. **Screening and rehabilitation of olfaction after total laryngectomy in Swedish**

- patients: results from an intervention study using the nasal airflow-inducing maneuver** arch. **Otolaryngol. Head Neck Surg., Rochester**, v.132, p.301-306, 2006.
12. CAMARGO, Z. Avaliação objetiva da voz. In: CARRARA DE-ANGELIS, E. et al. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise, 2003. p.175-194.
 13. MOREIRA, L.B.; FUCHS, F.D.; MORAES, R.S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v.29, p.45-51, 1995.
 14. BEHLAU, M. **O melhor que vi e ouvi**: atualização em laringe e voz. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
 15. MARCOTULLIO, D.; MAGLIULO, G.; PEZONE, T. Reinke's edema and risk factors: clinical and histopatologic aspects. **Am. J. Otolaryngol.**, Cherry Hill, v.23, p.81-84, 2002.
 16. BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C. Métodos de abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **R. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo**, v.71, n.6, p.820-827, 2005.
 17. CRESPO, A. Propedêutica da laringe. In: CARRARA DE-ANGELIS, E. et al. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise, 2000. p.53-57.
 18. SARTOR, S.G. **Riscos ocupacionais para o câncer de laringe**: um estudo caso-controle. 2003. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
 19. CARVALHO, M.A. **A atuação da fonoaudiologia em pacientes laringectomizados totais**. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica –CEFAC, Curitiba, 2001.