



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

BEATRIZ FERREIRA DE SOUSA
JOSEFA GEORGIA MUNIZ FERREIRA

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FONOAUDIOLÓGICOS NO
ACOLHIMENTO MULTIDISCIPLINAR DURANTE O DIAGNÓSTICO
ONCOLÓGICO**

BRASÍLIA- DF

2021

BEATRIZ FERREIRA DE SOUSA

JOSEFA GEORGIA MUNIZ FERREIRA

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS NO ACOLHIMENTO MULTIDISCIPLINAR
DURANTE O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Oliveira Martins Reis.

BRASÍLIA – DF

2021

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

<i>Apresentação</i>	4
---------------------------	---

CAPÍTULO II - Documentos

<i>Carta de apresentação</i>	5
<i>Agradecimentos</i>	7
<i>Carta de submissão</i>	8
<i>Permissão para reprodução do material</i>	9

CAPÍTULO III

<i>Artigo científico</i>	10
<i>RESUMO</i>	11
<i>INTRODUÇÃO</i>	14
<i>METODOLOGIA</i>	16
<i>RESULTADOS</i>	18
<i>DISCUSSÃO</i>	20
<i>CONCLUSÃO</i>	24
<i>REFERÊNCIAS</i>	25
<i>ANEXOS</i>	29
<i>REGRAS DA REVISTA DE PUBLICAÇÃO</i>	36

CAPÍTULO I

Apresentação

Desde o início da graduação em Fonoaudiologia nós duas (Josefa Georgia e Beatriz Ferreira) tínhamos o interesse em comum pela área da disfagia e fonoaudiologia hospitalar. Em especial eu, Beatriz, pela Fononcologia, ingressei na Liga Acadêmica de Fononcologia da Universidade de Brasília no final de 2018 onde tive o imenso prazer de participar do acolhimento e da triagem dos pacientes descritos neste artigo. Em 2019 ingressei na iniciação científica juntamente com a aluna Isadora Vieira, utilizando os dados da triagem fonoaudiológica sob orientação da Profa Dra. Cristina Lemos Barbosa Furia. A ideia inicial se formava em duas etapas, além da análise estatística dos dados, o follow up dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, foi quando o convite para a segunda etapa se estendeu para a aluna Josefa Georgia. Ao término da iniciação científica, vimos a necessidade de continuar a aprimorar a pesquisa que se estendeu para este trabalho de conclusão de curso.

CAPÍTULO II – Documentos

Carta de apresentação

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FONOAUDIOLÓGICOS NO ACOLHIMENTO MULTIDISCIPLINAR DURANTE O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.

SOCIODEMOGRAPHIC AND SPEECH THERAPHY DATA IN MULTIDISCIPLINARY RECEPTION DURING ONCOLOGICAL DIAGNOSIS.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE LOGOPEDIA EN LA RECEPCIÓN MULTIDISCIPLINAR DURANTE EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

Beatriz Ferreira de Sousa. Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

Josefa Georgia Muniz Ferreira. Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

Isadora dos Santos Vieira. Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

Liana Zaynette Torres Junqueira. Hospital Universitário de Brasília – HUB - Brasília (DF), Brasil.

Juciléia Rezende de Souza. Hospital Universitário de Brasília – HUB - Brasília (DF), Brasil.

Cristina Lemos Barbosa Furia. Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

Departamento onde o trabalho foi realizado: Faculdade de Ceilândia. Hospital Universitário (EBSERH). Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

Autor responsável: Cristina Lemos Barbosa Furia (Graduação em Fonoaudiologia). Faculdade de Ceilândia. Centro Metropolitano, Conjunto A Lote 1. Brasília/DF. CEP 72220-900. Telefone: (55XX61) 3107-8400.

Fontes de auxílio à pesquisa: não há.

Conflitos de interesse: não há.

Fonte financiadora: não há

Autoria:

1. Concepção e delineamento do estudo: autores CLBF.
2. Coleta, análise e interpretação dos dados: autores CLBF, BFS, JGMF, IVS, JRS, LZTJ.
3. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante: autores BFS, JGMF, CLBF.
4. Aprovação final da versão a ser publicada: autor CLBF.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus, em primeiro lugar, por nos permitir realizar este trabalho. Aos nossos pais, familiares e amigos pelo apoio e compreensão que nos impulsionam a não desistir. Ao Hospital Universitário de Brasília, onde a coleta foi realizada e toda a equipe multidisciplinar que atua no UNACON, oferecendo um suporte integral e completo aos pacientes oncológicos, em especial a Juciléia Rezende e a Liana Zaynette que nos ajudaram na construção deste trabalho. A Liga Acadêmica de Fononcologia pelo seu intenso esforço em promover ações de prevenção e tratamento fonoaudiológico no ambiente oncológico e a todos os pacientes triados e acompanhados no decorrer desta pesquisa, que mesmo passando pelo processo da doença, permitiram a realização da coleta de dados. Agradecemos, em especial, a Profa Dra. Cristina Lemos Barbosa Furia pela sua doação à fonoaudiologia e por seu esforço em ensinar de maneira ímpar o que aprendemos ao longo dessa jornada.

Carta de submissão

Brasília, 22 de abril de 2021.

Revista Brasileira de Cancerologia.

Ref.: Submissão de artigo original

Estamos submetendo o artigo original intitulado “DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FONOAUDIOLÓGICOS NO ACOLHIMENTO MULTIDISCIPLINAR DURANTE O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO” para apreciação e possível publicação na **Revista Brasileira de Cancerologia**. Afirmamos que o artigo enviado não foi publicado anteriormente e nem está sendo considerado para publicação em outro periódico.

Atenciosamente,

Beatriz Ferreira de Sousa,

Josefa Georgia Muniz Ferreira,

Isadora dos Santos Vieira,

Liana Zaynette Torres Junqueira,

Juciléia Rezende de Souza

Cristina Lemos Barbosa Furia

Permissão para reprodução de material

Brasília, 22 de abril de 2021.

Permissão para Reprodução de Material

Encaminhamos o artigo “DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FONOAUDIOLÓGICOS NO ACOLHIMENTO MULTIDISCIPLINAR DURANTE O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO”, de autoria de Beatriz Ferreira de Sousa, Josefa Georgia Muniz Ferreira, Isadora dos Santos Vieira, Liana Zaynette Torres Junqueira, Juciléia Rezende de Souza e Cristina Lemos Barbosa Furia para análise do Corpo Editorial e possível publicação na **Revista Brasileira de Cancerologia**.

Declaramos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade sobre o seu conteúdo e que não houve conflitos de interesse entre eles quanto à autorização para sua reprodução. O manuscrito representa um trabalho original, que não foi publicado e nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, impresso ou eletrônico, quer em parte ou na íntegra.

Declaramos ainda que o artigo cumpre as normas para publicação, as quais foram lidas e acatadas por todos os autores. Em caso de aceitação do artigo para publicação na **Revista Brasileira de Cancerologia**, concordamos que os direitos autorais a ele referentes serão de propriedade exclusiva da revista, sendo a nós vedada sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores da **Revista Brasileira de Cancerologia**. Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Beatriz Ferreira de Sousa,

Josefa Georgia Muniz Ferreira,

Isadora dos Santos Vieira,

Liana Zaynette Torres Junqueira,

Juciléia Rezende de Souza

Cristina Lemos Barbosa Furia,

CAPÍTULO III

Manuscrito

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FONOAUDIOLÓGICOS NO ACOLHIMENTO
MULTIDISCIPLINAR DURANTE O DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.

SOCIODEMOGRAPHIC AND SPEECH THERAPHY DATA IN
MULTIDISCIPLINARY RECEPTION DURING ONCOLOGICAL DIAGNOSIS.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE LOGOPEDIA EM LA RECEPCIÓN
MULTIDISCIPLINAR DURANTE EL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

Revista: **Revista Brasileira
De Cancerologia**

RESUMO

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública mundial que envolve um seguimento multimodal de uma equipe multidisciplinar que necessita compreender o perfil sociodemográfico dos pacientes para oferecer um melhor acolhimento. **Objetivo:** traçar o perfil sociodemográfico e fonoaudiológico dos pacientes em fase de diagnóstico atendidos em uma unidade de alta complexidade.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo entre 2017 e 2019 em uma UNACON, cujo instrumento de avaliação era composto por um questionário semiestruturado abordando questões sociodemográficas e clínico funcionais dos participantes, além de uma escala de desempenho quanto a dieta, alimentação em público e inteligibilidade da fala.

Resultados: A amostra final foi composta por 1.170 participantes onde 60,9% eram do sexo masculino e 50,8% acima dos 60 anos. A escolaridade variou entre o analfabetismo (13,3%) e o ensino superior (10,5%). No recorte das topografias de trato aéreo digestivo observou-se uma frequência considerável dos sintomas dificuldade em se alimentar (17,6%), tosses e engasgos (16,4%) e dor ao engolir (11,6%). A escala de desempenho demonstrou que 58,7% faziam modificações na dieta oral e 45,9% precisavam repetir para serem compreendidos em pacientes de tumores de cavidade oral e orofaringe; em relação aos pacientes com tumores de laringe e hipofaringe, 12,4% necessitavam repetir o enunciado e 6,2% do apoio gráfico.

Conclusão: O estudo apresenta o perfil sócio demográfico, clínico e de uma escala de desempenho de alimentação e comunicação na primeira consulta oncológica multiprofissional e reforça a interface do cuidado integrado com a presença do fonoaudiólogo para minimizar as sequelas físicas, funcionais e psico-sociais

Palavras chave: Câncer de cabeça e pescoço, disfagia, fala, fonoaudiologia, diagnóstico, acolhimento multiprofissional.

ABSTRACT

Cancer is a global public health problem that involves a multimodal follow-up by a multidisciplinary team that needs to understand the sociodemographic profile of patients in order to offer better care. **Objective:** To trace the sociodemographic and speech-language profile of patients undergoing diagnosis at a high complexity unit.

Methods: A retrospective study was carried out between 2017 and 2019 at a UNACON, whose assessment instrument consisted of a semi-structured questionnaire addressing the participants' sociodemographic and clinical issues, in addition to a performance scale regarding diet, public eating and speech intelligibility.

Results: The final sample consisted of 1,170 participants, 60.9% of were male and 50.8% over 60 years of age. Schooling varied between illiteracy (13.3%) and higher education (10.5%) and the professions mostly comprised workers in commerce (34.5%). In the cutting of the digestive tract topographies, a considerable frequency of symptoms was observed: difficulty in eating (17.6%), coughing and choking (16.4%) and pain when swallowing (11.6%). The performance scale showed that 58.7% made changes to the oral diet and 45.9% needed to repeat it in order to be understood in patients with tumors of the oral cavity and oropharynx; in relation to patients with laryngeal and hypopharyngeal tumors, 12.4% needed to repeat the statement and 6.2% of the graphic support.

Conclusion: The study presents the socio-demographic and clinical profile and a scale of performance of feeding and communication in the first multidisciplinary oncology consultation and reinforces the interface of integrated care with the presence of the speech therapist to minimize physical, functional and psycho-social sequelae.

Keywords: Head and neck cancer, dysphagia, speech, speech therapy, diagnosis, multiprofessional care.

RESUMEN

Introducción: El cáncer es un problema de salud pública mundial e implica un seguimiento multimodal por parte de un equipo multidisciplinar que necesita conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes para poder ofrecer una mejor atención.

Objetivo: rastrear el perfil sociodemográfico y habla-lenguaje de pacientes en diagnóstico atendidos en una unidad de alta complejidad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo entre 2017 y 2019 en una UNACON, cuyo instrumento de evaluación consistió en un cuestionario semiestructurado que abordaba aspectos sociodemográficos y clínicos de los participantes, además de una escala de desempeño en cuanto a dieta, alimentación en público e inteligibilidad del habla.

Resultados: La muestra final estuvo constituida por 1.170 participantes, de los cuales el 60,9% eran varones y el 50,8% mayores de 60 años. La escolaridad varió entre el analfabetismo (13,3%) y la educación superior (10,5%) y las profesiones tenían mayoritariamente trabajadores comerciales (34,5%). En la topografía de las topografías del tracto digestivo se observó una frecuencia considerable de síntomas: dificultad para comer (17,6%), tos y atragantamiento (16,4%) y dolor al tragar (11,6%). La escala de desempeño mostró que el 58,7% realizó cambios en la dieta oral y el 45,9% necesitó repetirla para ser entendida en pacientes con tumores de cavidad oral y orofaringe; en relación a los pacientes con tumores laríngeos e hipofaríngeos, el 12,4% necesitó repetir la afirmación y el 6,2% del soporte gráfico.

Conclusión: El estudio presenta el perfil sociodemográfico y clínico y una escala de desempeño de alimentación y comunicación en la primera consulta oncológica multidisciplinar y refuerza la interfaz de atención integral con la presencia del logopeda para minimizar las secuelas físicas, funcionales y psicosociales.

Palabras clave: cáncer de cabeza y cuello, disfagia, discurso, logopedia, diagnóstico, atención multiprofesional.

INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública mundial, de etiologia multifatorial e tratamento complexo. A doença já se tornou a principal causa de morte no mundo, com 19,3 milhões de novos casos em 2020, constituindo um importante obstáculo para o aumento da expectativa de vida em todos os continentes¹. Para o triênio 2020-2022, as estimativas de incidência produzidas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) apresentam dados bastante significativos, revelando um impacto global de mais de 600 mil novos casos diagnosticados a cada ano, dentre os quais, mais de 8 mil casos apenas na capital do país ².

O Câncer de cabeça e pescoço (CCP) é uma denominação genérica das neoplasias malignas que atingem o trato aerodigestivo superior, no qual estão incluídos os subsítios anatômicos da cavidade oral, faringe, laringe e tireoide³⁻⁴. O câncer de cavidade oral, traqueia, brônquio e pulmão, além do câncer de tireoide estão entre os dez tipos de tumores mais incidentes estimados para 2020². O CCP tem aumentado consideravelmente na última década⁴, atingindo principalmente indivíduos do sexo masculino, com idade acima de quarenta anos, e hábitos de tabagismo e etilismo associado⁵⁻⁶. O papilomavírus humano (HPV) vem crescendo como importante fator de risco, representando 25% dos casos dos tumores em orofaringe, nos indivíduos com menos de 45 anos⁴⁻⁵.

Apenas no Distrito Federal, o câncer de cavidade oral e de orofaringe representou 2,1% das mortes por câncer entre 2014 e 2016⁷. A sua incidência está relacionada a fatores socioeconômicos, e tem evolução ligada às dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde⁷. Os dados epidemiológicos expressam a relevância do tema para a saúde pública, sendo um importante fator de morbimortalidade mundial⁸. A OMS considera a abordagem multidisciplinar oncológica um elemento indispensável ao bem-estar do paciente e da família, favorecendo uma compreensão mais detalhada e melhor manejo assistencial⁹. Devido à complexidade do tratamento, em especial, o CCP, requer um cuidado holístico do paciente, deve ser conduzida de forma abrangente e

multifocada, visando não só a reabilitação, mas a sua reinserção na vida social¹⁰. Inserida na equipe multiprofissional, a Fonoaudiologia, pode contribuir e dar suporte ao paciente em todos os estágios do tratamento. O acompanhamento multidisciplinar e longitudinal desses indivíduos tem se consolidado cada vez mais, e caracteriza-se como uma forte tendência na área da oncologia no mundo todo¹¹⁻¹².

Quanto aos possíveis tratamentos do CCP, destacam-se basicamente três modalidades terapêuticas: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo bastante comum a associação entre essas intervenções¹³, dependendo da ressecabilidade, localização do tumor e da viabilidade de abordagens que visem à preservação e/ou resgate dos órgãos acometidos pela doença e das funções alteradas, a médio e longo prazo¹⁴. Na literatura são considerados como critérios de escolha médica quanto a modalidade de tratamento clínico e cirúrgico, sendo combinado ou não, aspectos importantes como o estadiamento: localização, estágio do tumor e presença ou não de metástase, além da acessibilidade anatômica, o estado nutricional do paciente, assim como o bem-estar geral e a individualidade de cada um^{5,15}.

As diversas possibilidades de intervenções terapêuticas existentes podem acarretar consequências graves na funcionalidade de ingestão alimentar, deglutição e comunicação¹⁵⁻¹⁶. As cirurgias que comprometem as estruturas como a cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, laringe, hipofaringe e tireóide, podem trazer sequelas temporárias e/ou permanentes em relação à alimentação por via oral, fonoarticulação e inteligibilidade de fala¹⁶. A radioterapia pode ocasionar efeitos agudos e tardios na deglutição; essas sequelas são importantes do ponto de vista funcional, estético e social no paciente oncológico¹⁶. Danos ao sistema estomatognático como perda de dentes, trismo, xerostomia, ageusia ou hipogeusia, disfonia e dificuldades de mastigação, podem comprometer as funções de fonoarticulação e causar disfagia, o que pode afetar esses pacientes emocionalmente e trazer impacto na sua qualidade de vida¹⁷⁻¹⁸.

A deglutição é o processo de transporte do conteúdo da boca até a sua chegada ao estômago, e quaisquer alterações no seu desempenho, denomina-se disfagia⁸. É consenso na literatura que o paciente com câncer de cabeça e pescoço apresenta alto risco para o desenvolvimento de disfagia em razão do comprometimento de regiões anatômicas importantes para a dinâmica orofaríngea⁸. Após o tratamento exclusivo com

radioterapia/quimioterapia (ausência de cirurgia), a disfagia também pode estar presente⁸. Desta forma, a reabilitação da equipe fonoaudiológica na oncologia pode contribuir na ampliação das possibilidades de ingesta alimentar e comunicativas, visando não só o restabelecimento das funções alteradas, mas a reintegração social e qualidade de vida dos pacientes, respeitando as expectativas e os limites impostos pela doença¹⁸.

A avaliação da equipe fonoaudiológica na fase de pré-tratamento das funções da deglutição e da comunicação pode auxiliar na identificação e intervenção precoce da disfunção¹⁵. Além disso, durante a consulta de pré-tratamento, o fonoaudiólogo tem a oportunidade de fornecer informações importantes sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento que afetam a comunicação e a deglutição, bem como orientar exercícios e estratégias com o objetivo de minimizar o impacto causado pela doença nesses pacientes¹⁵. Essas visitas podem ocorrer em vários ambientes, incluindo a clínica ambulatorial de fonoaudiologia, durante uma internação ou como parte de uma avaliação de equipe multidisciplinar¹⁵.

Evidências cada vez mais relevantes têm demonstrado que a intervenção terapêutica iniciada antes mesmo do tratamento oncológico pode ajudar na preservação e resgate das funções desses órgãos a longo prazo e ainda melhorar a qualidade de vida dos pacientes¹⁵⁻¹⁶. Desta maneira, torna-se indubitável a importância da investigação dos marcadores sociodemográficos e clínico-funcionais dos pacientes com CCP e outras topografias a fim de proporcionar-lhes uma melhor assistência terapêutica e um cuidado integral, além de auxiliar em ações preventivas com a equipe multiprofissional, contribuindo para o diagnóstico e reabilitação precoce da doença, melhorando a qualidade de vida e prognóstico desses indivíduos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é traçar o perfil sociodemográfico e fonoaudiológico dos pacientes em fase de diagnóstico em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no Centro-Oeste do Brasil.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo, entre 2017 a 2019 em uma UNACON de um Hospital Universitário, cuja demanda é formada por pacientes encaminhados para a

primeira consulta oncológica, pelo sistema de regulação do SUS, secretaria de saúde do Distrito Federal - SES/DF.

Acolhimento

Os pacientes e seus familiares que chegam à unidade com o diagnóstico de neoplasia são acolhidos por uma equipe multidisciplinar, por meio de anamnese, avaliação e orientação única, que delineiam as condutas necessárias para o melhor atendimento possível durante o tratamento oncológico (quimioterapia), a radioterapia e/ou cirurgia poderão ser reguladas na própria Instituição de Alta Complexidade ou em outro Serviço da própria cidade.

Equipe multiprofissional

O acolhimento desses pacientes ocorre rotineiramente todas as segundas-feiras, no período matutino. No programa estão presentes profissionais preceptores, residentes, estagiários e graduandos extensionistas de nove especialidades das ciências da saúde, sendo estes: oncologia, enfermagem, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, fisioterapia e terapia ocupacional. A Fonoaudiologia faz parte do acolhimento na unidade desde 2017 e atua com a equipe de estudantes que são extensionistas da Liga Acadêmica de Fononcologia (LAFO-UNB) ou estagiários do curso de Fonoaudiologia UnB.

Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade para a inclusão de pacientes adotados neste estudo foram: indivíduos com faixa etária acima de 18 anos, que apresentassem diagnóstico de neoplasia maligna e tivessem respondido ao questionário semiestruturado aplicado pela equipe de fonoaudiologia.

Os critérios de exclusão no estudo foram: indivíduos menores de idade e aqueles pacientes que apresentaram respostas incompletas no protocolo aplicado, impossibilitando, assim, a comparação dos dados.

Avaliação Sociodemográfica

O instrumento de avaliação utilizado foi composto por um questionário semiestruturado, abordando aspectos clínicos, como a história pregressa da doença, diagnóstico, história familiar, hábitos, peso, dieta, queixas, além de questões sociodemográficas como gênero, idade, residência, naturalidade, escolaridade, ocupação e estado ocupacional, sendo que para esse último, utilizou-se a Classificação de Grandes Grupos Ocupacionais pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) adaptada.

Protocolo - Performance Status Scale for Head & Neck Cancer Patients (PSSHN)

Para mensurar as modificações funcionais do pacientes CCP foi utilizado o protocolo *Performance Status Scale for Head & Neck Cancer Patients - PSS-HN* (List et al, 1990) que é composto por três subescalas aplicadas em forma de entrevista semiestruturada, sendo elas: tipo da dieta (definida em 11 itens e mensurada de 10 em 10, desde ausência de via oral até dieta geral sem restrições), alimentação em público (definida em 5 itens e numerada de 25 em 25, desde não e até se alimenta na frente das pessoas) e inteligibilidade de fala (usada para mensurar a habilidade comunicativa com o interlocutor, definida em 5 itens e numerada de 25 em 25), ambos numerados de 0 a 100.¹⁹

Levantamento de Dados

As perguntas da entrevista foram feitas diretamente ao paciente e/ou ao seu acompanhante, para os casos de impedimento na comunicação. Todos os pacientes encaminhados para a unidade participavam da triagem fonoaudiológica no acolhimento, com grande prioridade aos pacientes com tumores em região de cabeça e pescoço e/ou trato aéreo digestivo, pelo fato de apresentarem maior risco para desenvolver alterações das funções respiração, deglutição/alimentação/peso e comunicação, visando também a segurança pulmonar desses indivíduos. Para a pesquisa em questão, os dados foram coletados de um banco de dados e/ou da evolução em prontuários da consulta de acolhimento da Fonoaudiologia e equipe multidisciplinar.

Análise Estatística

As informações foram incorporadas na versão 24.0 do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) e a análise estatística foi realizada com medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis.

Considerações Éticas

Por se tratar de um estudo retrospectivo envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia, sob o parecer nº 3.558.354 (CEP FCE). A pesquisa foi realizada com dados primários coletados e analisados apenas para os seus objetivos. Os resultados serão apresentados de maneira coletiva, sem qualquer prejuízo para os envolvidos. Não serão divulgados, de forma alguma, dados individuais dos pacientes levantados no estudo.

RESULTADOS

A amostra final analisada foi composta por 1.170 participantes, cuja maioria, 60,9%, era do sexo masculino. A faixa etária variou entre o mínimo de 19 e o máximo de 96 anos. Nesse grupo, 50,8% dos pacientes estavam acima de 60 anos. A média de idade foi de 58,69%, com mediana de 60,00%. A escolaridade dos participantes variou entre o analfabetismo (13,3%) e o ensino superior (10,5%), sendo frequentemente observado menos de 8 anos de estudo. As profissões apresentaram majoritariamente trabalhadores do comércio (34,5%), seguido de trabalhadores braçais (30,1%) e de nível superior ou em cargos de gerência (15,0%). Em relação ao estado civil, grande parte dos participantes encontrava-se casada no momento da triagem (49,6%) e 26,9% eram solteiros. (Tabela 1)

Considerando a totalidade da amostra (n 1.1170), a topografia mais prevalente na população feminina foi mama com 24,8% dos casos, seguida de útero e ovário. O câncer de próstata representa a frequência relativa de 12,4%, sendo o mais prevalente nessa população. Tumores em pulmões, brônquios e traqueia representam 9,1 % dos casos, seguido de 8,6% de tumores de cabeça e pescoço (cavidade oral e orofaringe, laringe e hipofaringe e glândula tireoide). O estilo de vida dos participantes como tabagismo e etilismo também foi observado na amostra, 46,3% declararam-se tabagistas, considerando fumantes passivos do cônjuge ou familiar, e 29,0% etilistas,

além disso, 20,9% declararam o uso de ambas as substâncias, e 45,6% disseram não ter feito uso dessas substâncias. Na triagem, 34,4% relataram o emagrecimento de até 20 kg e 3,6% dos casos, perderam mais de 20 kg. O total de 62,0% declarou não ter pedido peso. A maioria, 97,7% dos participantes se alimentava por via oral e 2,3% utilizavam também outras vias. (Tabela 2)

Considerando apenas as topografias de trato aéreo digestivo da amostra (n 478), pode-se observar que os principais sinais e sintomas, que podem estar associados à disfagia foram: dificuldade em respirar, representando 9,2% em câncer de pulmão, seguido de dor ao deglutir, com 6,4% do total. A queixa tosses e/ou engasgos, representa 5,4% em câncer de cavidade oral e orofaringe, e também, em câncer de pulmão. Outras queixas como boca seca, dificuldade em se alimentar, rouquidão e dificuldade em abrir a boca também foram as mais frequentes nesses tipos de câncer. (Tabela 3)

Considerando os dados sociodemográficos de CCP mais relevantes (cavidade oral e orofaringe; laringe e hipofaringe), composta pela amostra de 95 casos, observa-se uma frequência maior no sexo masculino, representando 69,4%. Desses participantes, 48,4% apresentavam idade até 59 anos. A escolaridade mais frequente da amostra foi de até oito anos de estudo, em 71,5% dos pacientes. Quanto à variável profissão, constata-se a maioria de trabalhadores que utilizam força física, com 53% dos casos, seguido de comerciantes (22,8%), e participantes com nível superior ou em cargos de gerência (12,0%). Os participantes casados representam 43,4% e 36,9% solteiros.

Quanto à frequência de dados clínicos dos pacientes com CCP (n 95), considerando a topografia de cavidade oral e orofaringe, com 66,3% dos casos, e a topografia de laringe e hipofaringe, que representa 33,6%, verifica-se o consumo de tabaco em quase 70% dos casos. O total de 50,5% declarou ter o hábito de consumir álcool e 43,1% consomem tabaco e álcool concomitantemente, apenas 23% disseram não fazer uso dessas substâncias. Além disso, 38,9% afirmaram ter mais de 20 anos de tabagismo e etilismo e 25,2% possuem até 20 anos de hábito. Na variável emagrecimento, 46,3% relataram perda de até 20 kg e 48,4% não perderam peso. Em 89,4% desses casos, os pacientes se alimentavam por via oral e 10% utilizavam outras vias de alimentação. Ainda nesse recorte, 29,4% dos casos fez algum tipo de tratamento cirúrgico ou não.

Mais de 70% não iniciou o tratamento, tendo em vista que estão em fase de diagnóstico no acolhimento. Quase 7% desses pacientes de CCP são traqueostomizados e mais da metade, 60%, foi encaminhado para seguimento fonoaudiológico e/ou acompanhamento com outras especialidades. (Tabela 4)

Ao analisar as frequências das respostas obtidas por meio da aplicação da escala *PSS-HN*, observa-se que dos 63 pacientes com câncer de cavidade oral e orofaringe, 41,3% não tinham restrição de dieta e 58,7% faziam modificações da dieta (6,3% ausência de via oral, 7,8% com dieta líquida, 28,5% com dieta pastosa, 12,6% com dieta macia mastigável, 3% com dieta com carnes e alimentos crus); em relação a alimentar-se em público, 55,5% não tinham restrição, porém 11,1% alimentavam-se sozinhos e 33,2% restringiam local, dieta e pessoas; quanto a inteligibilidade de fala, 49,2% não tinham dificuldade de serem compreendidos, 4,7% nunca eram compreendidos, necessitavam do apoio visual e/ou gestos e 45,9% necessitavam de repetir ou estarem à frente do interlocutor. Dos 32 pacientes de laringe e hipofaringe, 78,1% não tinham restrição de dieta, 3,1% se alimentava de dieta enteral e 18,7% de alimentos pastosos ou macios mastigáveis; quanto a alimentação em público 87,5% não tinham restrição, 12,4 restringiam alimentar-se em público ou a pessoa com o qual se alimentavam. E por fim quanto a fala, 65,5% não tinham dificuldades em serem compreendidos, 6,2% dependiam de recursos gráficos para a comunicação, e em 12,4% a voz muito rouca prejudicava a compreensão do interlocutor, necessitando de repetição do enunciado. (Tabela 5)

DISCUSSÃO

Este estudo buscou verificar a frequência sociodemográfica e fonoaudiológica no acolhimento multidisciplinar durante a fase de diagnóstico oncológico em uma unidade de alta complexidade em um hospital universitário, e descrever o perfil desses pacientes. Os principais achados evidenciaram que o impacto global da doença no grupo de 1.170 pessoas incluídas no estudo pode ter sido influenciado pelas características sociodemográficas como: sexo, idade, escolaridade e também, pelas variáveis clínicas como a localização do tumor, hábitos de etilismo e tabagismo, além dos sinais de

fonoaudiológicos: dificuldade em respirar, dor ao engolir, tosse e/ou engasgos, boca seca, dificuldade em se alimentar, rouquidão e dificuldade em abrir a boca.

Quanto às características sociodemográficas (tabela 1) nesse grupo de pacientes, a composição da amostra estudada apontou uma predominância no sexo masculino, com idade acima de 60 anos, corroborando com a literatura atual que delineou o perfil epidemiológico e caracterizou essa população^{4,6,20-21}. Um outro estudo brasileiro, com a população idosa, demonstrou que a idade é considerada um importante fator de risco para o câncer, com cerca de 66,7% dos casos diagnosticados nesta faixa etária².

A população observada é composta principalmente por indivíduos com menor grau de instrução (60,7% apresentam menos de oito anos de estudo). Foram encontrados resultados semelhantes em estudos realizados em centros oncológicos de outros hospitais universitários no Sul e no Sudeste do Brasil^{4,20}. Uma pesquisa desenvolvida pelo Hospital do Câncer do INCA constatou que mais de 60% dos pacientes possuíam o primeiro grau incompleto²⁰. Um estudo realizado em 2016 com mulheres entre 35 e 65 anos, mostrou que 40,4% das participantes com ensino fundamental incompleto, apresentaram dificuldade em dizer o que é o câncer e suas principais causas²³. A baixa escolaridade pode afetar o diagnóstico e tratamento precoce, visto que a informação é aliada no combate à doença²³.

Neste estudo, 30,1% da população declarou trabalhar com esforço físico sendo eles; trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, e trabalhadores de manutenção e reparação. Um levantamento realizado em 2013 pelo Instituto Nacional do Câncer mostra que pelo menos 19 tipos de tumor estão relacionados à atividade laboral, entre os agentes cancerígenos citados estão agrotóxicos e solventes orgânicos, além de metais utilizados por trabalhadores desta categoria²⁴. Foi identificado ainda que quase metade dos pacientes estavam casados ou em união estável no momento da triagem. Um estudo americano publicado no *Journal of Clinical Oncology* constatou que indivíduos em união civil estável viveram, em média, cinco anos a mais do que aqueles que estavam solteiros. Pessoas divorciadas e viúvas também apresentaram menores taxas de sobrevivência²⁵.

A tabela 2 apresenta os dados clínicos dos participantes, entre eles as topografias dos tumores observados na amostra. Para o ano de 2020, a estimativa do INCA mostra o câncer de mama como o mais prevalente no triênio de 2020-2022, seguido do câncer de próstata e outras localizações². No presente estudo, o câncer de mama foi também o mais frequente no sistema reprodutor feminino e o câncer de próstata no sistema reprodutor masculino, seguido das neoplasias de trato aéreo digestivo: pulmão, brônquios e traquéia, cólon e reto, estômago. As demais localizações representam o CCP: cavidade oral e orofaringe, laringe e hipofaringe, tireoide, também com uma frequência elevada, de acordo com os dados de estatística atuais.

Em relação aos hábitos de etilismo e tabagismo, na amostra de 1.170 casos, houve uma predominância no consumo do tabaco (46,3%), e uma boa parcela dos participantes declarou não fazer uso de nenhuma substância (45,6%), sendo que 29% dos participantes da pesquisa declarou o consumo de álcool. Estudos recentes mostram que o cigarro pode aumentar consideravelmente os riscos para o câncer de pulmão, assim como outros 15 tipos de tumores, e o consumo de bebidas alcoólicas pode contribuir para os cânceres de boca, orofaringe e laringe principalmente se associado ao fumo².

Sabemos que a Fonoaudiologia possui um olhar especial aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, mas o presente estudo reforça que as alterações fonoaudiológicas também podem estar associadas a outras topografias como mama (24,8%) e tumores de pele entre outras localizações (16,4%). A perda de peso e a desnutrição são frequentemente observadas em pacientes oncológicos devido ao próprio processo da doença, bem como ao seu tratamento²⁶. Entretanto, nesse estudo, a maioria, 62% dos pacientes disse não apresentar perda de peso no momento da triagem, sendo que 39,8% observaram perda de pelo menos 3 kg. Em alguns casos desta amostra, um total de 27 pacientes (2,3%) encontrava-se em uma dieta mista ou enteral, o que pode refletir a fase de diagnóstico oncológico em que esses pacientes se encontram.

No presente estudo (tabela 3), os pacientes com câncer de trato aerodigestivo principalmente cavidade oral e orofaringe, laringe e hipofaringe, pulmão brônquios e traqueia, são caracterizados por apresentar sinais e sintomas fonoaudiológicos, sendo mais frequentemente relatada a dificuldade em respirar que pode estar associada a disfagia, seguido de dor ao deglutir e também tosses e/ou engasgo, nos sujeitos com

câncer de pulmão e de cavidade oral e orofaringe, nesse último, incluindo a dificuldade em abrir a boca. No grupo de pacientes estudado, queixas como boca seca, foram frequentes inclusive em câncer de estômago e de cólon e reto, e a dificuldade em se alimentar, também foi frequente em câncer de esôfago. Essas queixas foram pouco frequentes nos casos de câncer de tireoide da amostra.

A rouquidão foi constatada como uma das queixas mais comumente associadas ao câncer de laringe, em concordância com a literatura. Um estudo na população com CCP, a maioria (78%) autoavalia a voz como razoável ou ruim²⁷. Os dados da literatura quanto aos sinais e sintomas fonoaudiológicos são escassos e não traduzem os resultados encontrados na fase de diagnóstico do câncer. No entanto, os resultados são compatíveis com a literatura especializada para os casos de pacientes que já estavam em tratamento oncológico. Os mesmos sintomas foram observados em pacientes com sequelas do tratamento de radioquimioterapia como a xerostomia, odinofagia, trismo, e alterações na qualidade vocal¹⁶.

Ao analisar somente a topografia de cavidade oral e orofaringe; laringe e hipofaringe (tabela 4), verifica-se que as variáveis de profissão, representada pelo serviço em regiões agrícolas e serviços industriais (atividades com esforço físico), caracterizou mais da metade da amostra (53%). Em um estudo recente, foi constatado que as atividades ocupacionais como trabalhadores de oficinas mecânicas, indústrias e setores de atendimento ao público, obtiveram um aumento no risco de tumores de boca e orofaringe principalmente naqueles com dez ou mais anos de emprego²⁸.

Ao observar os dados clínicos no recorte de pacientes com CCP, o câncer de cavidade oral e orofaringe representaram a maioria dos casos (66,3%), seguido de câncer de laringe e hipofaringe. Nesse grupo, foi constatado um elevado nível de tabagismo, em quase 69,4% dos casos, sendo que metade da amostra (n = 95) declarou ser etilista. É igualmente frequente o consumo associado de tabaco e álcool, o que confirma os dados apresentados por inúmeros estudos nessa população. Um estudo realizado em países da América do Sul mostrou que a sobrevivência em pacientes tabagistas e etilistas com câncer de cabeça e pescoço é consideravelmente menor²⁹. É importante ressaltar que 48,4% dos pacientes com CCP deste estudo relataram não apresentar perda de peso, já que na literatura os achados mostram a frequente desnutrição nessa

população. Sabe-se que o tratamento oncológico precisa ser imediato assim como intervenção multidisciplinar a fim de minimizar as sequelas da doença³, a dificuldade enfrentada pelos pacientes em fazer o seguimento pode impactar drasticamente na evolução tumoral⁵.

Estudos que utilizaram a aplicação do PSS-HN (tabela 5) apontam que os déficits na alimentação em público, inteligibilidade de fala e dieta alimentar foram consideráveis em pacientes com tumores de cavidade oral³⁰. Espera-se que o avanço tumoral bem como o tratamento oncológico causem sequelas importantes aos órgãos fonoarticulatórios impactando nos itens avaliados pelo protocolo³. Assim, destaca-se que a coleta deste estudo foi realizada em fase de diagnóstico, onde a maior parte dos pacientes com CCP ainda não haviam iniciado o tratamento oncológico e faziam as alterações posturais, de alimentação em público e dieta alimentar por conta própria. Questiona-se ainda a sensibilidade do protocolo utilizado, considerando a maneira de obter os dados de subsistência e interação social.

Além disso, os hábitos associados ou não com a má higiene oral podem aumentar os riscos para desenvolvimento do CCP³¹. Sendo assim, pode-se destacar que uma das limitações deste estudo constitui na dificuldade do acompanhamento longitudinal, durante e após o tratamento médico, inclusive com programas terapêuticos e protocolos auto-referidos de qualidade de vida, em relação a voz e deglutição, o que resultaria em uma compreensão mais ampla a respeito dos fatores de risco associados ao impacto global que a doença traz para a vida desses indivíduos. Como também, o fato dos pacientes não fazerem o seguimento em uma única unidade de alta complexidade, destacando essa do acolhimento da fase do diagnóstico, especialmente os pacientes de tumores de cabeça e pescoço que necessitam de uma equipe especializada frente às sequelas da comunicação e alimentação, nos deparamos com mais um desafio, temos a equipe completa de reabilitação biopsicossocial, porém a adesão é dificultada pela forma que as vagas são geradas pelo sistema de saúde.

As diretrizes do câncer de cabeça e pescoço recomendam o monitoramento regular da equipe multiprofissional e a intervenção precoce para otimizar os resultados da disfagia/alimentação, no entanto implementar e manter esse propósito é complexo, pois exige investimento financeiro, treinamento da equipe e perseverança.³²

CONCLUSÃO

Este estudo representa o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes oncológicos, cuja amostra se caracteriza majoritariamente por indivíduos do sexo masculino, e com baixo nível de escolaridade, o que pode impactar em uma percepção mais precária dos fatores de risco da doença. Os pacientes de CCP, apresentam localização primária do tumor prevalente na região de cavidade oral e orofaringe, sendo predominantemente tabagista e etilista, com mais de 20 anos de exposição, em indivíduos a partir da quarta década de vida e que exercem atividade braçal ou do comércio, influenciando o prognóstico e desfecho clínico desses pacientes e reflete o público atendido na UNACON do hospital universitário

Portanto é importante salientar a importância da equipe multiprofissional, a fim de prestar uma melhor e mais abrangente assistência. Desta forma, os resultados encontrados podem contribuir para o desenvolvimento de ações da Fonoaudiologia no atendimento oncológico, através de estratégias de prevenção ou intervenção precoce aos indivíduos com fatores de riscos associados. Nesse sentido, sugere-se novas investigações e seguimento longitudinal para fins de comparação com os dados basais na fase do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Oliveira SM. Estimativa/2020 – Incidência de Câncer no Brasil. *Rev. Bras. Cancerol.* [Internet]. 2020 março [acesso 2021 fev 24];66(1):e-00927.doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.927>

3. Furia CL, Mourão LF, Angelis EC. Reabilitação fonoaudiológica nas laringectomias totais. In: Angelis EC, Furia CL, Mourão LF, Kowalski LP. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo, Lovise, 2000.p.227-38.
4. Silva FA, Roussenq SC, Tavares MG, Souza CP, Mozzini CB, Benetti M, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. Rev Bras Cancerol. 2020; 66(1): e-08455. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.455>.
5. Galbiatti AL, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CD, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: Causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2013;79(2):239-247. PMID: 23670332 doi: 10.5935/1808-8694.20130041.
6. Hortense FT, Bergerot CD, Domenico EB. Qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: estudo clínico randomizado. Rev. esc. enferm. USP vol. 54 São Paulo 2020 Epub Mar 30, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018040103546>.
7. Souza FC. Mortalidade por câncer de cavidade bucal e orofaringe nos estados brasileiros: uma análise de tendência. São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-17022021-190209/publico/SouzaFC_MTR_O.pdf.
8. Herazo JA, Zica GM. Dysphagia Management in Head and Neck Cancers: a Manual and Atlas. Rev Bras Cancerol. 2020; 66(4): e-161235 doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n4.1235>.
9. Rolim FJ, Diógenes MG, Alexandrino RK, Gonçalves CM, Fonseca MR. Importância da multidisciplinaridade em cirurgia de cabeça e pescoço. In: Veloso HH, Caldas JM, Soares MS. Tratamento multidisciplinar em pacientes oncológicos [Internet] – João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, 2019. 290 p.: il. Ebook PDF ISBN 978-85-7320-169-7 [acesso 2021 fev 28]. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ero/contents/menu/publicacoes/livros/e-book.pdf#page=245>

10. Kfoury SA, Neto JE, Koifman S, et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Rev. bras. epidemiol.* 21 02 Ago 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180005>.
11. Ximenes VS, Guimarães AC, Pessoa BM, et al. Sistematização da Assistência Multidisciplinar ao Paciente em Unidade Oncológica de Manaus: Um Relato de Experiência. *Brazilian Journal of Health Review* Vol 3, No 4 (2020). doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-208>.
12. França MS. Atuação multidisciplinar no tratamento do paciente oncológico. 2015;27(4):13-8. In: Veloso HH, Caldas JM, Soares MS. Tratamento multidisciplinar em pacientes oncológicos. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, 2019. 290 p.: il. Ebook PDF ISBN 978-85-7320-169-7.
13. Della Justina LB, Dias M. Head and neck lymphedema: what is the physical therapy approach? A literature review. *Fisioter. mov.* [Internet]. 2016 junho [acesso 2021 fev 28]; 29(2): 411-419. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000200411&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.002.AO20>.
14. Boehm A, Wichmann G, Mozet C, Dietz A. (2010). Current therapy options in recurrent head and neck cancer. *HNO.* 58. 762-9: 2010 Aug;58(8):762-9. doi: 10.1007/s00106-010-2156-0. PMID: 20628714.
15. Starmer H, Sanguineti G, Marur S, Gourin CG. Multidisciplinary head and neck cancer clinic and adherence with speech pathology. *Laryngoscope.* 2011 Oct;121(10):2131-5. doi: 10.1002/lary.21746. Epub 2011 Aug 8. PMID: 21826674.
16. Furia CL, Mikami DL, Toledo IP. Intervenção Fonoaudiológica ao Paciente Oncológico. In: Santos M, Corrêa TS, Faria LD, Siqueira GS, Reis PE, Pinheiro RN. *Diretrizes Oncológicas.* 2. ed. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica; 2019. p. 711-722.

17. Kulbersh BD, Rosenthal EL, McGrew BM, et al. O pré-tratamento e os exercícios de deglutição pré-operatórios podem melhorar a qualidade de vida da disfagia. *Laring* 2006; 116: 883–886.
18. Aquino RC, Lima ML, Menezes CR, Rodrigues M. Alterações fonoaudiológicas e acesso ao fonoaudiólogo nos casos de óbito por câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe: um estudo retrospectivo. *Rev. CEFAC* [online]. 2016, vol.18, n.3, pp.737-745. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618316815>.
19. List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*, v. 66, n. 3, p. 564–569, 1990 Aug 1;66(3):564-9. doi: 10.1002/1097-0142(19900801)66:3<564:aid-cnrcr2820660326>3.0.co;2-d. PMID: 2364368.
20. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PM, Siqueira MM. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. *Rev Bras Cancerol* 2012; 58(1): 21-29. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n1.632.
21. Noce CW, Rebelo MS. Avaliação da relação entre o tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(2):123-9.
22. Francisco PM, Friestino JK, Ferraz RO, Bacurau AG, Stopa SR, Filho DC. Prevalência de diagnóstico e tipo de câncer em idosos: Dados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev. bras. geriatr. gerontol. (Online)* ; 23(2): e200023.
23. Tiecker EP, Bandeira VA, Berlezi EM. Estudo de associação entre escolaridade e conhecimento das mulheres no climatério acerca de fatores de risco para doenças oncológicas e comportamento preventivo. Unijuí, 2016.
24. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho Rio de Janeiro - RJ 2013. [acesso 21 abr 08]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_vigilancia_cancer_relacionado_2ed.pdf.

25. Aya AA, Ming-Hui C, Ellen PM, Mallika LM, Sophia K, Tyler J, et al. Marital Status and Survival in Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 31:3869-3876 vol 31, n 31. novembro 2013. Doi: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2013.49.6489>.
26. Silva MP. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol*, 2006; 52(1) 59-77.
27. Moreti F, Geraldini BM, Lopes, SC, Angelis, EC. Sinais, sintomas e função vocal em indivíduos com disfagia tratados de câncer de cabeça e pescoço. *Audiol., Commun. Res.* [online]. 2018, vol.23, e1873. Epub Oct 18, 2018. ISSN 2317-6431. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1873>.
28. Andreotti M, Rodrigues AM, Cardoso LM, Figueiredo RA. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.3, pp.543-552. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300009>.
29. Abrahão R, Perdomo S, Pinto LF, Carvalho FN, Dias FL, et. al. Predictors Survival after Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in South America: The Interchange Study. *JCO Global Oncology* no. 6 (2020) 486-499. Published online March 26, 2020. doi: 10.1200/GO.20.00014.
30. Yadav K, Nair D, Agarwal J, Chakrabarti S, Joshi S, Ingole P, et al. Prevalence of Functional After Oral Cavity Malignancy Treatment at a Tertiary Center: Utilizing PSS HN Scale. *J Maxillofac Oral Surg* 2016 Mar;15(1):38-44. doi: 10.1007/s12663-015-0805-2. Epub 2015 Jun 4
31. Guha N, Boffetta P, Filho VW, Neto JE, Shangina O, et al. Oral Health and Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck and Esophagus: Results of Two Multicentric Case-Control Studies. *Am J Epidemiol* 2007 Nov 15;166(10):1159-73. doi: 10.1093/aje/kwm193. PMID: 17761691. Epub 2007 Aug 30.

32. Messing BP, Ward EC, Lazarus C, Ryniak K, Kim M, Silinonte J, Gold D, Thompson CB, Pitman KT, Blanco R, Sobel R, Harrer K, Ulmer K, Neuner G, Patel K, Tang M, Lee G. Establishing a Multidisciplinary Head and Neck Clinical Pathway: An Implementation Evaluation and Audit of Dysphagia-Related Services and Outcomes. *Dysphagia*. 2019 Feb;34(1):89-104. doi: 10.1007/s00455-018-9917-4.

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de avaliação

ACOLHIMENTO FONOAUDIOLOGIA UNACON

Avaliador: _____

Nome: _____ RGH: _____

Data: _____ Gênero: _____ DN: _____ Idade: _____ Natural: _____

Residência: _____ Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto ()
fundamental completo () médio incompleto () médio completo () superior incompleto ()

superior completo Estado

Civil: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Contato Paciente: _____ Contato e nome

Cuidador: _____

Topografia: _____

Histologia/Estadiamento: _____

Histórico familiar: _____

Tratamento anterior e/ou atual: Cirurgia ()

:.....Onde:.....Período:.....

Radioterapia () : Sessões:..... Dose:.....Período:Quimioterapia ()

Sessões:..... Período:.....Dieta (oral, enteral ou mista

exclusiva):.....Traqueostomia: não () sim () Hábitos: () sim () não Quais:

tabaco() fumante passivo () Álcool () Outros()

Período/quantidade:.....Queixa:

SINAIS E SINTOMAS DE SEQUELAS DE RESPIRAÇÃO, VOZ/FALA,
AUDIÇÃO, MASTIGAÇÃO E/OU DEGLUTIÇÃO:

Dificuldade em respirar () Engasgos e/ou tosse () Dificuldade em se
alimentar() Presença de mucosite na boca ou garganta() Dor para engolir () Boca
seca () Muito incômodo () Dificuldade em abrir a boca () Diminuição do paladar e
sensibilidade () Emagrecimento ()

Peso há 1 ano:..... Peso atual: Altura: _____ Voz rouca ()

Presença de zumbido e/ou perda de audição pelo tratamento de QT ou radioterapia ()

Outros:.....

ESCALA DA PERFORMANCE DE PACIENTES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO (PSS-HN)

DIETA:

100 Dieta sem restrições

90 Amendoim

80 Todas as carnes

70 Cenoura crua e cereais

60 Pão seco e bolachas

50 Alimentos macios mastigáveis (macarrão, frutas macias ou enlatadas, vegetais cozidos, peixe, hambúrguer, pedaços de carne)

40 Alimento macio que não requer mastigação (ex: batatas amassadas, creme de maçã, pudim)

30 Alimentos – purês – líquido pastosos (misturados)

20 Líquidos quentes

- 10 Líquidos frios
- 0 Sonda de alimentação somente

ALIMENTAÇÃO EM PÚBLICO

- 100 Nenhuma restrição de alimentação e companhia (alimenta-se fora em qualquer oportunidade)
- 75 Nenhuma restrição de local, mas restringe a dieta quando está em público (alimenta-se em qualquer local, mas deve limitar a ingestão de alimentos que fazem sujeira)
- 50 Alimenta somente à frente de pessoas selecionadas
- 25 Alimenta-se apenas em casa, na presença de pessoas selecionadas
- 0 Sempre alimenta sozinho

INTELIGIBILIDADE DA FALA

- 100 Sempre é compreendido
- 75 Compreendido quase que o tempo todo, ocasionalmente é necessária a repetição
- 50 Compreendido frequentemente, mas sendo necessário o contato face-a-face
- 25 Dificuldade de ser compreendido
- 0 Nunca é compreendido, necessidade de utilizar a comunicação gráfica

Conduta:

*Paciente liberado () *Paciente encaminhado () Data da avaliação:

Anexo 2 - Tabelas

Tabela 1. Frequência dos Dados Sociodemográficos dos Pacientes atendidos pela Fonoaudiologia no Acolhimento UNACON HUB 2017-2019.

Categoria	n	%
Sexo		
Masculino	712	60,9

Feminino	458	39,1
Idade (anos)		
< 59	576	49,2
> 60	594	50,8
Escolaridade*		
< 8 anos de estudo	680	60,7
> 8 anos de estudo	440	39,2
Profissão*		
Comércio	339	34,5
Braçal	296	30,1
Gerência/superior	148	15,0
Do lar	110	11,2
Técnico/admin.	89	9,0
Estado civil*		
Casado	571	49,6
Solteiro	310	26,9
Viúvo	144	12,5
Divorciado	125	10,8
Total	1.170	100,00

Legenda: *Foram considerados diferentes números de amostra (n) para as variáveis: 1. Escolaridade: 1.120 casos; 2. Profissão: 982 casos; 3. Estado Civil: 1.150 casos, para as demais variáveis: 1.170 casos.

Tabela 2. Frequência dos Dados Clínicos dos Pacientes atendidos pela Fonoaudiologia no Acolhimento UNACON HUB 2017-2019.

Categoria	n	%
Sistema Rep. feminino		
Mama	290	24,8
Útero	131	11,2
Ovário	24	2,1
Sistema Rep. Masculino		

Próstata	145	12,4
Trato aéreo digestivo		
Pulmão, bronq e traq.	106	9,1
Cólon e Reto	79	6,8
Cavidade oral /orofaringe	63	5,4
Estômago	61	5,2
Esôfago	35	3,0
Laringe/hipofaringe	32	2,7
Tireoide	6	0,5
Outras localizações	198	16,4
Consumo tabaco/álcool		
Fuma ou fumou	542	46,3
Bebe ou bebeu	339	29,0
Não fuma/bebe	534	45,6
Emagrecimento		
Não	726	62,0
< 20 kg	402	34,4
> 20 kg	42	3,6
Dieta alimentar		
Oral	1143	97,7
Enteral	20	1,7
Mista	7	0,6
Total	1.170	100,00

Legenda: Sistema Rep. = Sistema Reprodutor; em Pulmão, bronq e traq. = pulmão, brônquios e traqueia.

Tabela 3. Frequência dos Sinais e Sintomas Fonoaudiológicos de acordo com a topografia do trato aéreo digestivo dos pacientes atendidos pela Fonoaudiologia no Acolhimento UNACON HUB 2017-2019.

Categoria	Dif. em se alimentar	Tosse/engasgo	Dif. em abrir a boca	Rouquidão	Boca seca	Dor ao engolir	Dif. em respirar

Cav. Oral							
(n)	21	26	16	11	14	31	15
%	4,3	5,4	3,3	2,3	2,9	6,4	3,1
Esôfago							
(n)	18	10	2	11	8	6	4
%	3,7	2,0	0,4	2,3	1,6	1,2	0,8
Estômago							
(n)	8	4	1	4	13	4	6
%	1,6	0,8	0,2	0,8	2,7	0,8	1,2
Laringe							
(n)	11	9	5	11	10	7	8
%	2,3	1,8	1,0	2,3	2,0	1,4	1,6
Pulmão							
(n)	21	26	3	19	23	6	44
%	4,3	5,4	0,6	3,9	4,8	1,2	9,2
Tireoide							
(n)	1	1	0	2	2	1	0
%	0,2	0,2	0,0	0,4	0,4	0,2	0,0
Cólon e Reto							
(n)	6	5	1	2	13	2	6
%	1,2	1,0	0,2	0,4	2,7	0,4	1,2
Total*						478	100,00

Legenda: * o n total de 478 casos; Dif. = dificuldade e Cav. Oral = cavidade oral

Tabela 4. Frequência dos Dados Sociodemográficos e Clínico-funcionais dos Pacientes de Câncer de Cabeça e Pescoço atendidos pela Fonoaudiologia no Acolhimento UNACON HUB 2017-2019.

Categoria		n	%
Sexo	Feminino	66	69,4
	Masculino	29	30,5
Idade	< 59 anos	46	48,4
	> 60 anos	49	51,5

Escolaridade	< 8 anos de estudo	63	71,5
	> 8 anos de estudo	25	26,1
Profissão*	Braçal	44	53,0
	Comércio	19	22,8
	Gerência/superior	10	12,0
	Do lar	6	7,2
	Técnico/administrativo	4	4,8
Estado civil*	Casado	40	43,4
	Solteiro	34	36,9
	Divorciado	12	13,0
	Viúvo	6	6,5
Topografia do Tumor	Cavidade Oral e orofaringe	63	66,3
	Laringe e Hipofaringe	32	33,6
Consumo de tabaco/álcool	Fuma ou fumou	66	66,3
	Bebe ou bebeu	48	50,5
	Não fuma ou bebe	22	23,1
Emagrecimento	Não	46	48,4
	< 20 kg	44	46,3
	> 20 kg	5	5,2
Dieta alimentar	Oral	85	89,4
	Enteral	5	6,3
	Mista	4	4,2
Traqueostomia		5	6,3
Encaminhamento		57	60,0
TOTAL		95	100,00

Legenda: *Foram considerados diferentes números de amostra (n) para as variáveis: 1. Escolaridade: 88 casos; 2. Profissão: 83 casos; 3. Estado Civil: 92 casos; para as demais variáveis 95 casos de CCP - cavidade oral e orofaringe; laringe e hipofaringe.

Tabela 5: ESCALA DA PERFORMANCE DE 95 PACIENTES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Escala PSS-HN	n	%	n	%
	Cav. Oral e Orofaringe (63)		Laringe e Hipofaringe (32)	
Dieta				
100	26	41,2	25	78,1
90	0	0,0	0	0,0
80	1	1,5	0	0,0
70	1	1,5	0	0,0
60	0	0,0	0	0,0
50	8	12,6	2	6,2
40	6	9,5	0	0,0
30	12	19,0	4	12,5
20	2	3,1	0	0,0
10	3	4,7	0	0,0
0	4	6,3	1	3,1
Alimentação em público				
100	35	55,5	28	87,5
75	3	4,7	1	3,1
50	3	4,7	1	3,1
25	15	23,8	0	0,0
0	7	11,1	2	6,2
Inteligibilidade de fala				
100	31	49,2	21	65,5
75	13	20,6	5	15,6
50	10	15,8	3	9,3
25	6	9,5	1	3,1
0	3	4,7	2	6,2
Total			95	100,0

Legenda: *Cav. Oral = cavidade oral.

Quadro

Revista: Revista Brasileira de Cancerologia

Resumo e Palavras-chave (descritores)

Os resumos dos artigos (exceto de opinião) deverão ser redigidos em parágrafo único, em português, inglês e espanhol, e ser estruturados em introdução, objetivo, método, resultados e conclusão. Neles, não devem ser feitas citações de referências, bem como de quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas. Os resumos de Relato/Série de Casos possuem a seguinte estrutura: introdução, relato do caso (resultados) e conclusão. Todos os resumos deverão conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras e vir acompanhados das palavras-chave (de três a cinco) e de suas respectivas *key words* e *palabras clave*.

Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento de como o estudo foi realizado deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados. Nos estudos quantitativos, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise. Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções números 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório. Na submissão de manuscritos, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão pelo CEP.

Resultados

Apresentar os resultados relevantes de acordo com o objetivo do trabalho e registrando primeiro os principais ou os mais importantes. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas.

Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos.

Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”. Somente nos estudos qualitativos, a discussão pode ser redigida junto com os resultados, se for da preferência do autor.

Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Na conclusão, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (3-7). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (1,4,6,9). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (3,4).

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “*apud*”. No entanto, essa possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado [*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References*](#) ou os padrões apresentados na íntegra na publicação [*Citing Medicine 2nd Edition*](#) (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o Locator Plus, fonte de consulta da *National Library of Medicine*, que disponibiliza, na opção *Journal Title*, o título e/ou a abreviatura utilizada.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até três autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula. No caso de a publicação apresentar mais de três autores, são citados os três primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto – este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho = Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior = Rodrigues Junior J.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula.

As abreviaturas devem estar de acordo com a lista de periódicos no [PubMed](#).

Todas as referências deverão vir com seus respectivos *Digital Object Identifier (DOI)*.

Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Nas tabelas e quadros, cada célula deve conter apenas um conteúdo, sem utilização de espaços, como “enter”. O conteúdo referente a uma célula em uma coluna deve estar na mesma linha, também em uma única célula, em todas as colunas seguintes. Caso um conteúdo de uma célula faça referência a mais de um conteúdo em outra coluna, deve-se usar, para essa célula, o recurso “mesclar células”. Não enviar as tabelas como imagem para que seja possível proceder à sua edição.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão. Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.