



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

BRENDA ADRIANY ASSIS NEIVA OLIVEIRA
HELENA SANTANA SILVA

PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA DE
LARINGE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA DO DISTRITO
FEDERAL

BRASÍLIA
2023

BRENDA ADRIANY ASSIS NEIVA OLIVEIRA
HELENA SANTANA SILVA

PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA DE
LARINGE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA DO DISTRITO
FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ceilândia, como requisito parcial para obtenção
do título de bacharel em Fonoaudiologia.
Orientador (a): Cristina Lemos Barbosa Furia

BRASÍLIA
2023

**BRENDA ADRIANY ASSIS NEIVA OLIVEIRA
HELENA SANTANA SILVA**

**PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA DE
LARINGE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA DO DISTRITO
FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Brasília, 15 / 07 / 2023

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Cristina Lemos Barbosa Furia
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília – UnB
Orientadora

Prof.^a Ms.^a. Denise Lica Yoshimura Mikami
Centro Universitário Planalto do Distrito Federal – UNIPLAN

Este trabalho é dedicado a Deus, aos pais e familiares que nos apoiaram durante toda a jornada, oferecendo compreensão, carinho, inspiração, dedicação e principalmente amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me permitido chegar até aqui e por ter me fortalecido durante toda a trajetória acadêmica e não ter me deixado ser vencida pelo cansaço.

Agradeço aos meus pais, Márcia Regina e Adriano Oliveira pelo incentivo, compreensão e sobretudo pelas palavras de carinho e amor, por acreditarem no meu sonho e seguirem firmes comigo para realizá-los.

Agradeço ao meu padrinho e minhas madrinhas, tios e tias, irmãos e aos meus avós, em especial ao meu avô, Edilson da Silva Oliveira (em memória), que foi um dos meus maiores incentivadores, um exemplo ímpar de ser humano a quem devo muito do que sou.

Agradeço ao meu noivo pelo companheirismo e sonhos compartilhados, aos meus colegas de curso, em especial a Helena Santana Silva, pela paciência e parceria durante toda a graduação. E a todos que fizeram parte, direta ou indiretamente, o meu muito obrigada.

— *Brenda Adriany Assis Neiva Oliveira*

Primeiramente agradeço a Deus por nunca ter me permitido abandonar a fé, ter me concedido graça, e sobretudo por ter me dado forças, sabedoria e saúde ao longo desta jornada.

Agradeço aos meus pais, Maria José Soares da Silva e Emerson Santana da Silva pelo amor, força, conselhos, inspiração e compreensão.

Agradeço às minhas irmãs Emanuele Santana Silva e Marina Santana Silva pelo amor, cumplicidade e por serem minhas melhores amigas em todos os momentos.

Agradeço à igreja pelas orações, suporte e pelo amor que me foram concedidos. Agradeço aos colegas de curso que fizeram parte desta trajetória, em especial Brenda Adriany Assis Neiva Oliveira, parceira e amiga e Natália Alves da Silva, uma amiga especial.

— *Helena Santana Silva*

Agradecemos à professora orientadora Cristina Lemos Barbosa Furia pela orientação, apoio, conselhos, carinho, paciência e por se colocar à disposição conforme o necessário.

Agradecemos à professora e mestre Denise Lica Yoshimura Mikami, pelo aceite e disponibilidade para compor a banca examinadora.

Agradecemos ao Hospital Universitário de Brasília por disponibilizar a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia para a coleta de dados.

Agradecemos a UnB e a todos os colaboradores essenciais que participaram desta pesquisa.

Agradecemos ao CNPq por incentivar a pesquisa através do aceite e apoio financeiro para o projeto.

“Nós precisamos viver bravamente para nos sentirmos verdadeiramente vivos, e isso significa não sermos guiados por nossos maiores medos.” (Taylor Swift)

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA
DO DISTRITO FEDERAL

PROFILE OF PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASM OF THE LARYNX IN AN ONCOLOGY UNIT
OF THE FEDERAL DISTRICT

Autores:

Brenda Adriany Assis Neiva Oliveira¹, Helena Santana Silva¹, Cristina Lemos Barbosa Furia²

¹ Discentes do curso de fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Brasil

² Doutora em Oncologia pela Faculdade de Medicina USP. Professora adjunta do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Brasil.

Estudo realizado no Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília – FCE/UnB
– Ceilândia (DF), Brasil

Autor correspondente: Helena Santana Silva

Endereço Institucional: Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília, Centro Metropolitano, Cj A, Lt 1,
Ceilândia, DF, Brasil. CEP: 72220-900.

E-mail: helenasantanasv@gmail.com

Conflitos de interesse: Não há.

Fonte financiadora: CNPQ

Autoria:

1. Concepção e delineamento do estudo: autoras CLBF.
2. Coleta, análise e interpretação dos dados: autoras BAANO, HSS e CLBF.
3. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante: autoras BAANO, HSS e CLBF.
4. Aprovação final da versão a ser publicada: autoras BAANO, HSS e CLBF



CARTA DE SUBMISSÃO

Brasília, 15 de agosto de 2023.

Revista Comunicação em Ciências da Saúde (CCS)

Ref.: Submissão de artigo original

Estamos submetendo o artigo original intitulado “PERFIL DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE EM UNIDADE DE ONCOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL” para apreciação e possível publicação na Revista Comunicação em Ciências da Saúde (CCS). Afirmamos que o artigo enviado não foi publicado anteriormente e nem está sendo considerado para publicação em outro periódico.

Atenciosamente,

Brenda Adriany Assis Neiva Oliveira

Helena Santana Silva

Cristina Lemos Barbosa Furia

RESUMO

Objetivo: Descrever aspectos sociodemográficos e clínicos funcionais de casos de neoplasias malignas de laringe regulados em uma Unidade de Oncologia. **Método:** Estudo documental e retrospectivo de dados de prontuários eletrônicos de indivíduos atendidos num ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço entre 2014 e 2022. **Resultados:** 29 indivíduos, preferencialmente homens (82,8%), acima de 60 anos (69%), em estádios avançados (80%), quatro com gastrostomia e traqueostomia emergencial, tempo médio de quatro meses entre a biópsia e tratamento, em tratamento preferencialmente de quimiorradioterapia, comunicação alaríngea presente em seis indivíduos e em seguimento regulado em mais de uma unidade oncológica. Informações sobre tratamentos multiprofissionais só foram encontrados dos casos atendidos na própria unidade, no qual contempla o tratamento médico, enfermagem, odontologia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e fisioterapia. Detalhamento quanto ao itinerário dos primeiros sintomas ao diagnóstico não foram encontradas. **Conclusão:** Os aspectos sociodemográficos e clínicos funcionais descritos são compatíveis com a literatura.

Palavras-chave: Prevalência, Neoplasias Laríngeas, Oncologia, Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe sociodemographic and functional clinical aspects of cases of malignant neoplasms of the larynx regulated in an Oncology Unit. **Method:** Documentary and retrospective study of data from electronic medical record of individuals treated at a head and neck surgery clinic between 2014 and 2022. **Results:** 29 individuals, preferably men (82.8%), over 60 years old (69%), in advanced stages (80%), four with emergency gastrostomy and tracheostomy, average time of four months between biopsy and treatment, preferentially treated with chemoradiotherapy, alaryngeal communication present in six individuals and regulated follow-up in more than one oncology unit. Information about multidisciplinary treatments was only found for cases treated at the unit itself, which includes medical, nursing, dentistry, nutrition, speech therapy, social work, psychology and physiotherapy treatment. Details regarding the itinerary from the first symptoms to the diagnosis were not found. **Conclusion:** The sociodemographic and functional clinical aspects described are compatible with the literature.

Keywords: Prevalence, Laryngeal Neoplasms, Medical Oncology, Integrality in Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência e porcentagem de dados sociodemográficos	11
Tabela 2 – Frequência, porcentagem de dados clínicos e tratamento médico	12
Tabela 3 – Frequência em porcentagem de dados funcionais (dieta, via de respiração, comunicação e acompanhamento multiprofissional)	14

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço
CEC	Carcinoma Espinocelular
CECP	Câncer Epidermóide de Cabeça e Pescoço
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
HPV	Papilomavírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
TNM	Classificação de Tumores Malignos
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	MÉTODOS	11
3	RESULTADOS	11
3.1.	Dados Sociodemográficos	11
3.2.	Dados Clínicos-Funcionais	12
4	DISCUSSÃO	11
5	CONCLUSÃO	11
	REFERÊNCIAS	12

1 INTRODUÇÃO

A laringe tem como principais funções a respiração, a proteção de via aérea durante a deglutição e atua na produção dos sons¹. Qualquer seqüela mecânica ou neurológica na laringe irá impactar as funções vitais do indivíduo.

Denomina-se como neoplasia maligna de laringe, tumores malignos que atingem a supraglote, glote e subglote. O processo de diagnóstico é iniciado após a identificação de sinais e sintomas característicos da doença, como rouquidão, disfagia, sensação de corpo estranho e tosse em casos mais avançados². O tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular, associado aos fatores de risco, como consumo de álcool, tabaco e ao papilomavírus humano (HPV)³.

Quanto aos fatores de risco, no tabaco estão presentes procarcinógenos inativos que aumentam o risco de fibrose submucosa, uma lesão pré-neoplásica irreversível, e que quando ativados passam pelas estruturas do trato aéreo digestório, como a cavidade oral, faringe e laringe^{4,5}. Já o consumo de álcool contribui para diminuição da absorção de vitaminas e nutrientes no corpo humano^{4,5} e quando interage com as substâncias cancerígenas do tabaco aumenta em quinze vezes a chance do aparecimento da neoplasia maligna⁶. O Papilomavírus Humano (HPV), que pode induzir o aparecimento de lesões em células escamosas hiperplásicas, papilomatosas e verrucosas no epitélio escamoso estratificado da pele e da mucosa^{4,5}. E, por fim, o diagnóstico tardio, relacionado à dificuldade de acesso a cuidados de saúde adequados, acesso a sistemas de saúde fragmentados associados a outros fatores, como: pacientes que ignoram os primeiros sintomas da neoplasia ou que recebem diagnósticos benignos divergentes da situação real do paciente^{7,8}.

O número estimado de casos em todo o mundo registrados no *International Agency for Research on Cancer*⁹ (IARC) em relação à neoplasia maligna de laringe foi de 184.615 casos em 2020, numa proporção de 84,7% para o sexo masculino e 13,1% para o sexo feminino. Sendo assim, apresenta uma incidência de 2% a cada 100 mil pessoas segundo a taxa de incidência padronizada por sexo e representa 1% do total de casos novos de câncer.

Em 2021, foram registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil¹⁰ (DATASUS), 5.285 casos de neoplasia maligna de laringe no Brasil; numa proporção de 83,6%/16,4% para homens e mulheres. Na região Centro-Oeste a prevalência foi de 357 casos, numa proporção de 82,40%/17,59%; e especificamente no Distrito Federal, foram registrados 59 casos, sendo 88,1%/11,8% na proporção de homens e mulheres.

O câncer é um importante obstáculo para o aumento da expectativa de vida. Neste sentido, a portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014¹¹, visou redefinir os critérios para organizar, monitorar e avaliar os estabelecimentos de saúde especializados em oncologia e definir as condições de funcionamento e os recursos humanos multidisciplinares de atenção especializada oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS). As Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço estabeleceu parâmetros e criou diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer epidermóide de cabeça e pescoço (CECP) por meio da portaria n.º 516, de 17 de junho de 2015¹², no qual reforça que doentes com diagnóstico de CECP devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com radioterapia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento. Se atendidos em hospitais gerais, estes devem atuar em cooperação técnica, referência e contrarreferência com hospitais habilitados em oncologia e radioterapia, com manejo do estadiamento, do tratamento, das doses e do controle dos efeitos adversos, com toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios necessária para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

O sistema de regulação - Sisreg III (SUS) é o sistema utilizado pela rede pública de saúde do DF para organização da fila de solicitações de exames, consultas, procedimentos e cirurgias eletivas. Embora a regulação vise promover a universalização, equidade e integralidade do acesso ao tratamento, os pacientes de Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) são tratados de forma fragmentada, e isso corrobora para serem atendidos em tempos não compatíveis com o controle oncológico e sem acesso ao tratamento multidisciplinar necessário.

A porta de entrada do paciente, ou seja, o diagnóstico, requer avaliação específica da especialidade do cirurgião de cabeça e pescoço, em algumas situações do otorrinolaringologista ou estomatologista e necessita de exames de imagem do tumor primário, pescoço, pulmão, exames endoscópicos do trato aéreo digestório, biópsia para definição do estadiamento TNM e possibilidades terapêuticas. Recomenda-se o seguimento trimestral ou quadrimestral do paciente no período de 5 anos para avaliação da recorrência tumoral e/ou a sobrevida livre de doença^{13,14}. O tratamento do câncer é complexo, geralmente envolve o trabalho de diversos especialistas treinados e experientes, em locais que contenham infraestrutura suficiente para suprir todas as necessidades do paciente (diagnóstico, estadiamento, métodos de tratamento, tratamento de complicações e reabilitação física, funcional, psicológica e social). Os principais objetivos do tratamento do câncer são prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos

pacientes. O ideal de cura, embora na atualidade seja alcançado por quase 60% dos casos¹⁵, não significa necessariamente que os objetivos em relação à qualidade de vida sejam atingidos, e este é o grande desafio enfrentado pela oncologia nos últimos anos. Não é exagero repetir-se que a primeira decisão terapêutica é a mais importante para o sucesso do tratamento e deve ser preferentemente um esforço multidisciplinar.¹⁵ Por outro lado, não são infrequentes os casos diagnosticados em fases incuráveis. Nesses casos em que a doença não pode ser tratada, diversas opções estão disponíveis para tornar menos penosos os últimos dias de sobrevivência dos pacientes (terapêutica clínica ou cirúrgica da dor, tratamento de suporte clínico, suporte psicológico, religioso e social)¹⁵.

Os fatores mais relevantes para o planejamento do tratamento em oncologia são: conhecimento da história natural de cada tipo específico de câncer; avaliação cuidadosa do paciente e do tumor; conhecimento dos resultados esperados em cada tratamento ou associações de tratamento, tanto do ponto de vista quantitativo (mortalidade pelo tratamento e tempo de sobrevivência) como qualitativo (complicações, sequelas, reabilitação e qualidade de vida). A experiência adquirida ao longo deste século mostra que o equilíbrio entre potencial de cura e morbidade deve ser considerado, recomendando-se para tumores sólidos, de modo geral, tratamento isolado (cirurgia ou radioterapia) para tumores em estágio clínico inicial ou associações de tratamentos (considerando-se combinações entre cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para tumores mais avançados. Esse conceito pode ser ilustrado para o tratamento de carcinomas iniciais (T1) da região glótica. Nesses casos, tanto a cirurgia como a radioterapia oferecem taxas de cura superiores a 90%, mas a cirurgia geralmente resulta em rouquidão permanente em muitos casos, o que torna a radioterapia o tratamento de escolha em algumas instituições^{15,16}. Por outro lado, apesar da seqüela cirúrgica, em casos avançados de carcinoma da laringe, a cirurgia (laringectomia total) associada à radioterapia pós-operatória pode ser o tratamento de escolha, por oferecer taxas de cura superiores à radioterapia isolada.¹⁵ O tratamento radioterápico adjuvante a quimioterapia (*organ preservation*) como uma modalidade de tratamento que ofereça a mesma chance de sobrevivência, porém com melhor qualidade de vida foi proposto na década de 90¹⁷ para pacientes acometidos de tumores avançados de laringe. Estudos retrospectivos realizados em um banco de dados de base populacional analisando cirurgia com ou sem tratamento adjuvante *versus* quimiorradiação encontraram resultados oncológicos superiores naqueles tratados cirurgicamente¹⁸. Apesar das controvérsias nos resultados oncológicos entre estudos comparando modalidades cirúrgicas e não cirúrgicas¹⁹, vale ressaltar que a quimioterapia de indução, que vem ganhando mais evidência nos últimos anos, é uma excelente opção para aqueles pacientes com câncer avançado

que não são candidatos à cirurgia ou aqueles pacientes que, após avaliação criteriosa por uma equipe multidisciplinar, define-se pela preservação da laringe com sobrevida livre de disfunção por meio de protocolos não cirúrgicos é escolhida conforme o bom prognóstico de sobrevida e qualidade de vida dos pacientes²⁰.

Após as intervenções cirúrgicas e/ou clínicas, o paciente tratado da neoplasia de laringe poderá apresentar mucosite, fibrose neuromuscular, linfedema cervico-facial, edema ou eritema, atrofia e/ou rigidez da musculatura laríngea e/ou das pregas vocais, fibrose, hiperemia, que podem gerar alterações no processo de deglutição e fonoarticulação, ao apresentar volume reduzido, *pitch* modal baixo, suporte fônico reduzido, rouquidão e fadiga vocal e falta de segurança e eficiência durante a deglutição²¹.

Sendo assim, o paciente é monitorado por uma equipe multiprofissional, que envolve o médico cirurgião, oncologista, radioterapeuta, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, odontologia, entre outros¹³. O fonoaudiólogo é o responsável pela avaliação e reabilitação das funções da audição, cognição, comunicação oral e escrita, respiração, mastigação e deglutição. Ele atua na linha de cuidado integral do câncer junto à equipe multiprofissional, tanto na atenção primária (prevenção, promoção, rastreamento/detecção precoce, suporte e cuidados paliativos), como na atenção especializada no acompanhamento desde a fase do diagnóstico, pré, durante e após o tratamento cirúrgico e/ou clínico na reabilitação das funções da audição, comunicação oral e escrita, e principalmente nas funções relacionadas à fonoarticulação, alimentação/mastigação/deglutição²². A partir da avaliação clínico funcional e autorrelatada pelo próprio paciente, o fonoaudiólogo define o planejamento ou programa terapêutico a ser utilizado²³.

A partir da descrição anterior, foi identificado uma lacuna quanto ao itinerário terapêutico do paciente com neoplasia laríngea no DF, portanto o presente estudo tem como objetivo descrever a prevalência dos pacientes de neoplasias malignas de laringe quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos funcionais regulados numa das Unidades de Referência Oncológica do Distrito Federal no período de 2020 a 2022, como também descrever o tratamento multidisciplinar realizado.

2 MÉTODOS

Estudo documental, retrospectivo e analítico. Os dados foram coletados de prontuários eletrônicos de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do DF. O estudo foi aprovado pelo CEP-FCE, sob o n.º: 3.558.354, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

As consultas ambulatoriais da cirurgia de cabeça e pescoço da Instituição foram identificadas no sistema no período de janeiro de 2014 a setembro de 2022. Todas as consultas repetidas foram excluídas, perfazendo um total 1819 indivíduos consultados. Optou-se por identificar os casos tratados da neoplasia de laringe no período de 2020 a 2022, no qual as informações estavam referenciadas no prontuário eletrônico.

Os critérios de inclusão foram pacientes com faixa etária acima de 18 anos com diagnóstico de Neoplasia Maligna de Laringe (CID 10 - C32) primária, histologia de Carcinoma Espinocelular (CEC) e que continham informações para a coleta do estudo. Foram excluídos pacientes que não apresentavam os critérios citados ou falta de informações.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, foram extraídos os seguintes dados: idade, sexo, procedência (região), hábito do tabaco e álcool. Quanto aos aspectos clínico-funcionais, foram extraídos: topografia, histologia, estadiamento clínico, queixas, tempo entre a biópsia e início do tratamento, tipo de tratamento, acompanhamento com a equipe multidisciplinar, métodos de fala, respiração, alimentação e situação clínica. Foi verificado também informações quanto ao tempo entre os primeiros sintomas e a procura do Serviço de Saúde onde os tratamentos médicos e da equipe foram realizados.

Para análise estatística, foi utilizado o software *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, desse modo, os dados de estadiamento clínico, sexo e idade coletados foram cruzados a fim de extrair os valores de média, mediana, desvio padrão e frequência absoluta e relativa.

3 RESULTADOS

No período de 33 meses (janeiro 2020 a setembro 2022) foram identificados no sistema interno da instituição, 37 casos de laringe, porém foram excluídos 08 por não serem indivíduos com a histologia do carcinoma espinocelular ou tratados primariamente, ou ainda pela falta de informações, perfazendo ao final 29 prontuários selecionados. A partir disso, foram analisados os dados sociodemográficos, clínicos-funcionais da amostra final.

3.1. Dados Sociodemográficos

A faixa etária variou entre 28 e 81 anos, sendo 82,5% do sexo masculino e 17,2% do sexo feminino. A média de idade foi de 62,83 (DP 12,35) e mediana de 64,0. Os estados de origem variaram entre Distrito Federal, Bahia e Goiás. Considerando o Distrito Federal, as regiões com maiores percentuais de pacientes são, respectivamente, centro-sul (17,2%), oeste (17,2%), norte (13,8%), leste (13,8%), sul (13,8%), sudoeste (13,8%) e considerando Bahia e Goiás (10,3%).

Conforme a tabela 1, os hábitos cotidianos e deletérios recorrentes foram: uso de álcool (55,2%) e tabaco (65,5%), sendo que 48,28% fizeram uso de álcool e tabaco associados.

Tabela 1 – Frequência e porcentagem de dados sociodemográficos

Variáveis	n	%
Idade		
< 60	9	31
> 60	20	69
Sexo		
Feminino	5	17,2
Masculino	24	82,8
Regiões		
Norte	4	13,8
Sul	4	13,8
Leste	4	13,8
Oeste	5	17,2
Sudoeste	4	13,8

Centro-sul	5	17,2
Outros	3	10,3
Consumo de Tabaco		
Sim	19	65,5
Não	10	34,5
Consumo de Álcool		
Sim	16	55,2
Não	13	44,8

Legenda: n = frequência; % = porcentagem

3.2. Dados Clínicos-Funcionais

Os pacientes foram divididos conforme os estadiamentos clínicos, assim, obtiveram os seguintes dados: estadiamento I (17,3%), estadiamento II (3,4%), estadiamento III (41,4%) e por fim, estadiamento IV (37,9%). O maior tempo decorrido entre a biópsia e o tratamento foi entre 4 meses (10,3%) e 17 meses (3,4%). Dentre eles, estão em remissão 62,1%, em atividade 20,7%, em fase diagnóstica 3,4% e 13,8% não foi informado.

Segundo a tabela 2, a forma de tratamento foi determinada a partir do estadiamento e pode ser realizado através de quimioterapia, radioterapia e procedimentos cirúrgicos. Dessa maneira, os seguintes os tratamentos foram realizados: cirurgia (13,8%), cirurgia de esvaziamento cervical (13,8%), cirurgia-radioterapia (3,4%), radioterapia (24,1%), quimioterapia-radioterapia (44,8%) e cirurgia-quimioterapia-radioterapia (6,9%).

Tabela 2 – Frequência, porcentagem de dados clínicos e tratamento médico

Categoria	n	%
Estadiamento Clínico		
Estadiamento I	5	17,3
Estadiamento II	1	3,4
Estadiamento III	12	41,4
Estadiamento IV	11	37,9
Tratamento médico		

Cirurgia		
Não	25	86,2
Sim	4	13,8
Cirurgia e radioterapia		
Não	28	96,6
Sim	1	3,4
Radioterapia		
Não	22	75,9
Sim	7	24,1
Quimioterapia e radioterapia		
Não	15	55,2
Sim	13	44,8
Cirurgia, quimioterapia e radioterapia		
Não	27	93,1
Sim	2	6,9

Legenda: n = frequência; % = porcentagem

Consoante a tabela 3, no que se refere à alimentação, 62,1% dos casos mantiveram alimentação por via oral, 17,2% mantiveram alimentação por sonda nasoenteral, 13,2% por gastrostomia, e por fim, 6,9% não apresentaram informações sobre a dieta. Quanto à respiração, 72,4% dos casos mantiveram respiração oronasal, 24,1% foram submetidos a traqueostomia, e apenas 3,4% dos casos não apresentaram informação referente a respiração. Em relação à comunicação, foi observado que 79,3% dos indivíduos são laríngeos e 20,7% são alaríngeos. Além disso, foram observados acompanhamentos em diferentes especialidades, que compõem a equipe multiprofissional do hospital universitário, sendo elas: psicologia (17,2%), serviço social (27,6%), odontologia (51,7%), nutrição (55,2%), fisioterapia (3,4%), enfermagem (34,5%). Foi observado também atendimento fonoaudiológico (62,1%) para avaliação e intervenção terapêutica voltados para os sintomas relatados pelos pacientes.

Tabela 3 – Frequência em porcentagem de dados funcionais (dieta, via de respiração, comunicação e acompanhamento multiprofissional)

Categoria	n	%
Dieta		
Oral	18	62,1
Nasoenteral	5	17,2
Gastrostomia	4	13,8
Não informado	2	6,9
Via de Respiração		
Oronasal	21	72,4
Traqueostomia	7	24,1
Não informado	1	3,4
Comunicação		
Laríngea	23	73,3
Alaríngea	6	20,7
Equipe multiprofissional		
Psicólogo		
Não	24	82,8
Sim	5	17,2
Serviço social		
Não	21	72,4
Sim	8	27,6
Odontólogo		
Não	14	48,3
Sim	15	51,7
Nutricionista		
Não	13	44,8
Sim	16	55,2
Fisioterapeuta		
Não	28	96,6
Sim	1	3,4
Enfermeiro		
Não	18	62,1

Sim	10	34,5
Não informado	1	3,4

Legenda: n = frequência; % = porcentagem

4 DISCUSSÃO

Este trabalho realizou um estudo documental retrospectivo para analisar a prevalência e o itinerário terapêutico do paciente com tumores de laringe do DF, especificamente de carcinomas espinocelulares, no período de janeiro de 2020 a setembro de 2022. As informações foram resgatadas de dados primários, de prontuário eletrônico da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia de um Hospital Universitário.

Os casos coletados foram divididos por sexo e faixa etária, sendo femininos e masculinos, maiores ou menores de 60 anos. Houve uma maior incidência de casos do sexo masculino acima de 60 anos e menor incidência de casos do sexo feminino acima de 60 anos. Conforme o *IARC*⁹ (2020), mundialmente, a prevalência de casos do sexo masculino é maior em relação ao sexo feminino, que confirma, proporcionalmente, os dados já mencionados. Essa informação também se repete nos níveis regionais e distrital, de acordo com todas as pesquisas já mencionadas anteriormente, nos anos de 2020 e 2021, nas quais a incidência maior de câncer de laringe ocorre em pessoas do sexo masculino.

O álcool, o tabaco e o HPV (Papiloma Vírus Humano) são considerados fatores de risco para câncer de laringe. No entanto, no estudo realizado não foram encontrados dados referentes às infecções por HPV, em contrapartida, o consumo de álcool e cigarro pelos pacientes observados apresentaram uma porcentagem significativa, sendo que 55,2% consumiram álcool e 65,5% fizeram uso de cigarro. Segundo o estudo de caso-controle realizado por Szymańska et al.⁶ (2011), 65% dos casos de cânceres de trato aéreo digestivo foram atribuídos ao uso associado de álcool e tabaco e afirma que o consumo associado aumenta as chances de desenvolvimento de câncer.

Em relação ao tratamento, foi observado que o maior tempo esperado pelo início do tratamento foi entre dezessete meses e quatro meses, considerando-se o período entre a biópsia e o início do tratamento. É importante ressaltar que segundo a Lei n.º 12.732/12²⁴, o tratamento deve ser iniciado no período máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico. A diferença entre o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde e o que ocorre na prática pode ser atribuída a diversos fatores, sendo o principal, o grande número de pacientes e a falta de profissionais e instalações suficientes para atender à demanda. Ademais, nem sempre os pacientes têm acesso à vaga para realizar o melhor tratamento indicado para seus casos, isso porque dentro da fila da regulação os tratamentos são feitos a partir da demanda e gravidade das patologias, sendo assim os atendimentos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço acabam sendo realizados de maneira fragmentada e pouco efetiva. Nesse sentido, a extinção de

filas de espera para intervenções cirúrgicas e início da terapia medicamentosa torna-se cada vez mais inviável, e justifica os prazos estendidos.

Os pacientes submetidos a cirurgia corresponderam a 13,8% da amostra encontrada, e como aponta Azevedo et al.²⁵ (2012), podem ser combinados diferentes métodos de intervenção, podendo ser quimioterápicos e radioterápicos, o qual corresponde a 44,8% da amostra. Não foi possível mensurar dados sobre o período entre os primeiros sintomas e o tratamento, isto se deu pela escassez de dados do sistema eletrônico de prontuários do serviço ou por demora do paciente em investigar os sintomas e buscar atendimento clínico. Faltam informações também sobre o local em que foi realizado o tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico e acompanhamento com a equipe multidisciplinar. Esses dados foram pouco descritos nos prontuários eletrônicos, isso porque muitos pacientes foram acompanhados por outras instituições de saúde, sendo encaminhados apenas para fazer parte do tratamento na unidade onde ocorreu o presente estudo.

Ressalta-se que as intervenções devem ser prescritas pelo oncologista responsável em comum acordo com a equipe multiprofissional que irá acompanhar os casos conforme as necessidades e especialidades solicitadas. O acesso ao tratamento e acompanhamento com equipe multidisciplinar, conforme o tempo necessário para iniciar intervenção em cada paciente, é importante para um bom prognóstico e um possível aumento da taxa de sobrevivência dos mesmos. Além disso, Souza et al.²⁶ (2017) ressalta que o contato prévio com a equipe multiprofissional apresenta um impacto positivo na prevenção de possíveis problemas que possam acometer estes pacientes e piorar seus quadros clínicos.

É necessário salientar que o trabalho em conjunto e a discussão dos casos entre a equipe multidisciplinar são de extrema importância na tomada de decisão da terapêutica em cada caso, e serão indicadores para o sucesso do tratamento. Cada serviço, dentro de suas áreas de atuação, compõe um conjunto que permite visualizar o ser humano em diversas interfaces, e contribuem para uma tomada de decisão mais segura e assertiva, quando pautados nos conhecimentos de cada especialidade. Acreditamos que todos seriam beneficiados em um local único para diagnóstico e seguimento em equipe, mesmo que o tratamento fosse referenciado para outras unidades oncológicas, mas uma única equipe faria o seguimento de forma integrada. Seria um facilitador para pactuar as etapas de diagnóstico, discussão de melhor tratamento, minimizar sequelas físicas, funcionais e psicoemocionais do paciente portador de neoplasia laríngea.

Antes, durante e após o tratamento, diversas queixas podem ser relatadas pelos pacientes. Foram levantados dados referentes aos sintomas mais recorrentes, sendo elas:

rouquidão, disfagia e dispneia, respectivamente. É importante salientar que a atenção aos sintomas iniciais pode acelerar o processo de descoberta da doença e intervenção precoce. De acordo com Abrahão et al.⁷ (2020) e Kowalski et al.⁸ (1994), pacientes que ignoram os primeiros sintomas representam uma parcela significativa do número de casos que recebem diagnósticos tardios, e por sua vez, resulta em uma maior complexidade de tratamento devido ao estágio mais avançado da doença.

Dentre os dados encontrados na análise dos prontuários, relacionados a área de atuação que competem a fonoaudiologia, foi constatado que na amostra: 79,3% dos casos mantiveram voz laríngea, 20,7% dos casos foram submetidos a laringectomia total e por isso iniciaram o uso de voz alaríngea, que abrangem a voz esofágica e/ou uso de laringe eletrônica. Dos métodos de alimentação, 62,1% dos indivíduos mantiveram alimentação por via oral, 17,2% por sonda nasointestinal e por gastrostomia 13,8%. E ainda, sobre os dados de respiração, 72,4% mantiveram respiração oronasal, 24,1% foram submetidos a traqueostomia, sendo necessário o uso da válvula de fala. Furia et al.²² (2019) ressalta a importância da atuação fonoaudiológica no contexto oncológico direcionada em avaliar e adequar a função da comunicação e alimentação segura dos pacientes, isto inclui, a adequação de consistência alimentar para ingestão segura e/ou a prescrição de uso de sonda para fim de nutrição, adequação da comunicação através de diferentes métodos de fala se necessário, tais como: válvula de fala, laringe eletrônica, voz esofágica e realizar reabilitação de pregas vocais e acompanhamento nestes contextos.

Nesse ínterim, é imprescindível serem tomadas medidas que ajustem o fluxo de pacientes ao limite de vagas disponíveis para tratamento, e com auxílio de pesquisas que comprovem a necessidade de intervenção rápida nesse tipo de patologia, acionar órgãos competentes para aumentar a disponibilidade de leitos e vagas em novos hospitais, e dessa forma, contribuir para o aumento da rotatividade e diminuição do número de pacientes não contemplados com tratamento adequado em hospitais de referência que já atendem especialidades oncológicas.

5 CONCLUSÃO

De modo geral, o perfil sociodemográfico e clínico funcional de indivíduos regulados para o tratamento da neoplasia laríngea numa das Unidades de Referência Oncológica do Distrito Federal é composto por indivíduos acima de 60 anos de sexo masculino que foram tabagistas e etilistas em estadio avançado (III e IV) e histologia CEC, tratados com preferencialmente com quimioradioterapia, com a comunicação laríngea, dieta oral e respiração oronasal. Rouquidão, dispneia e disfagia são os principais sintomas na fase do diagnóstico oncológico. Foram atendidos por fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos e enfermeiros. Portanto, o acesso ao tratamento oncológico integrado que contempla diagnóstico e início de tratamento em tempo ideal contribui para o aumento da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Tortora GJ, Derrickson B. Sistema Respiratório: Laringe e Faringe. In: Princípios de Anatomia e Fisiologia. 14th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 852–6.
2. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Revista Odontológica de Araçatuba [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 20];34:20–31. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/133244>
3. Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer – Surgery. Oral Oncology [Internet]. 2009 [cited 2022 Aug 20];45:394–401. Available from: <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2008.05.017>
4. Righini CA, Karkas A, Morel N, Soriano E, Reyt E. Facteurs de risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx (cavum exclu) et du larynx. La Presse Médicale [Internet]. 2008 [cited 2022 Aug 20];37:1229–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/J.LPM.2008.03.010>
5. Walker DM, Boey G, McDonald LA. The pathology of oral cancer. Pathology [Internet]. 2003 [cited 2022 Aug 20];35:376–83. Available from: <https://doi.org/10.1080/00310290310001602558>
6. Szymańska K, Hung RJ, Wunsch-Filho V, Eluf-Neto J, Curado MP, Koifman S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case–control study. Cancer Causes Control [Internet]. 2011 [cited 2023 Jul 12];22:1037–46. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10552-011-9779-7>
7. Abrahão R, Perdomo S, Pinto LFR, Carvalho FN, Dias FL, De Podestá JRV, et al. Predictors of survival after head and neck squamous cell carcinoma in South America: The interchange study. JCO Global Oncology [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 20];6:486–99. Available from: <https://doi.org/10.1200/GO.20.00014>
8. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, Sobrinho J de A, Ramos G, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: Factors related to the tumour, the patient and health professionals. European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology [Internet]. 1994 [cited 2022 Aug 21];30B:167–73. Available from: [https://doi.org/10.1016/0964-1955\(94\)90086-8](https://doi.org/10.1016/0964-1955(94)90086-8)
9. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today: Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, worldwide, both sexes, all ages (excl. NMSC) [Internet]. GLOBOCAN; 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
10. Prevalência 2021 de tempo até o início do tratamento oncológico: Casos por Diagnóstico Detalhado segundo UF do diagnóstico [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 140, de 27 de fevereiro de 2014 [Internet]. Sect. 1 Feb 27, 2014. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html

12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 516, de 17 de junho de 2015 [Internet]. Jun 17, 2015. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html
13. Brook I. O Guia do Larigectomizado [Internet]. Gallucci E, Muniz M, Chaves ALF, Vartanian JG, Dedivitis RA, Kowalski LP, editors. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; 2013 [cited 2022 Aug 20]. 1–161 p. Available from: <https://sboc.org.br/prevencao/item/1552-o-guia-do-larigectomizado>
14. Bradley PJ. Symptoms and Signs, Staging and Co-Morbidity of Hypopharyngeal Cancer. *Advances in Oto-Rhino-Laryngology* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 20];83:15–26. Available from: <https://doi.org/10.1159/000492304>
15. Kowalski LP. Câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de-Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP, editors. A atuação fonoaudiológica no câncer de cabeça e pescoço. Lovise; 2000. p. 19–25.
16. Carvalho GB de, Kohler HF, Mello JBH de, Lira RB, Pelizzon AC de A, Vartanian JG, et al. Organ preservation and oncological outcomes in early laryngeal cancer: a propensity score-based study. *ACTA Otorhinolaryngologica Italica* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 12];41:317–26. Available from: <https://www.actaitalica.it/article/view/870>
17. The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction Chemotherapy plus Radiation Compared with Surgery plus Radiation in Patients with Advanced Laryngeal Cancer. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 1991 [cited 2023 Jul 12];324:1685–90. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJM199106133242402>
18. Köhler HF, Carvalho GB de, Kowalski LP. Treatment Results for Stage III Laryngeal Cancer: Analysis of a Populational Database Using Propensity Scores. *Int Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 12];e370–9. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0041-1726042>
19. Ma J, Liu Y, Yang X, Zhang C ping, Zhang Z yuan, Zhong L ping. Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *World Journal of Surgical Oncology* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jul 12];11:67. Available from: <https://doi.org/10.1186/1477-7819-11-67>
20. Arboleda LPA, Neves AB, Kohler HF, Vartanian JG, Candelária LM, Borges MF, et al. Overview of glottic laryngeal cancer treatment recommendation changes in the NCCN guidelines from 2011 to 2022. *Cancer Reports* [Internet]. [cited 2023 Jul 12];n/a:e1837. Available from: <https://doi.org/10.1002/cnr2.1837>
21. Shune SE, Karnell LH, Karnell MP, Daele DJV, Funk GF. Association between severity of dysphagia and survival in patients with head and neck cancer. *Head & Neck* [Internet]. 2012 [cited 2022 Aug 20];34:776–84. Available from: <https://doi.org/10.1002/hed.21819>
22. Furia CLB, Mikami DLY, de Toledo IP. Intervenção fonoaudiológica ao paciente oncológico. In: *Diretrizes Oncológicas 2* [Internet]. 1st ed. São Paulo: Doctor Press Ed Científica; 2019 [cited 2023 Jul 12]. p. 711–22. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Santos-28/publication/328861204_Diretrizes_Oncologicas_2/links/5bf2ba9e4585150b2bc219ad/Diretrizes-Oncologicas-2.pdf

23. Vartanian JG, Carrara-De-Angelis E, Kowalski LP. Practice of laryngectomy rehabilitation interventions: A perspective from South America. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery* [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 20];21:212–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e328361067b>
24. Brasil, Casa Civil. Lei n° 12.732, de 22 de novembro de 2012. Sect. 1 Nov 22, 2012 p. 1.
25. Azevedo EHM, Montoni N, Filho JG, Kowalski LP, Angelis ECD. Vocal Handicap and Quality of Life After Treatment of Advanced Squamous Carcinoma of the Larynx and/or Hypopharynx. *Journal of Voice* [Internet]. 2012 [cited 2022 Aug 20];26:e63–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.02.007>
26. Souza JR de, dos Reis PED, Matheus LBG, Irala CH, Furia CLB, Figueiredo PT de S, et al. Grupo de acolhimento multidisciplinar em oncologia: promovendo assistência integral e humanizada. In: *Diretrizes Oncológicas* [Internet]. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017 [cited 2023 Jul 12]. p. 541–8. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Paula-Reis-9/publication/321012336_Capitulo_39_Grupo_de_Acolhimento_Multidisciplinar_em_Oncologia_promovendo_assistencia_integral_e_humanizada/links/5a305759458515a13d854c48/Capitulo-39-Grupo-de-Acolhimento-Multidisciplinar-em-Oncologia-promovendo-assistencia-integral-e-humanizada.pdf