

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

ANA LUIZA SANTOS NUNES

PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES  
TRATADOS DE CÂNCER ORAL NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2023

ANA LUIZA SANTOS NUNES

PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES TRATADOS DE  
CÂNCER ORAL NO 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

Coorientador (a): Larissa Mendes da Rocha  
Cavalheri

BRASÍLIA

2023

ANA LUIZA SANTOS NUNES

# PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES TRATADOS DE CÂNCER ORAL NO 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, 01/12/2023

## COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cristina Lemos Barbosa Furia

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília – UnB

Orientador

---

Fga. Larissa Mendes da Rocha Cavalheri

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília – UnB

Co-orientadora

---

Ms.<sup>a</sup>. Naira Rubia Rodrigues Pereira

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de terminar o meu ensino superior mesmo depois de tantos desafios e por me fazer superar o cansaço nessa reta final da graduação.

Agradeço à minha mãe Gildete Lopes dos Santos, ao meu pai, Luiz Carlos Correia Nunes e as minhas irmãs Giovanna Santos Nunes e Grace Kelly Santos Nunes por todo o suporte, carinho e compreensão durante essa caminhada.

A amigos e colegas de curso que me incentivaram a continuar e não duvidar de mim mesma. Também agradeço às pessoas que me ajudaram e me orientaram a realizar o TCC.

Agradeço à minha orientadora Cristina Lemos Barbosa Furia e a minha Co-orientadora Larissa Mendes da Rocha Cavalheri, pela orientação, paciência e por se colocar à disposição conforme o necessário.

Agradeço ao Hospital Universitário de Brasília por disponibilizar a unidade de alta complexidade em oncologia para a coleta de dados

Agradeço ao CNPQ por incentivar a pesquisa através da aprovação e aceite do presente estudo.

*“Cumpre o pequeno dever de cada momento; faz o que  
deves e esteja no que fazes”. (São Josémaria Escrivá)*

## PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES TRATADOS DE CÂNCER ORAL NO DISTRITO FEDERAL

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS TREATED FOR ORAL CANCER IN THE FEDERAL DISTRICT

Autores:

Ana Luiza Santos Nunes<sup>1</sup>, Cristina Lemos Barbosa Furia<sup>2</sup>, Larissa Mendes da Rocha Cavalheri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Discentes do curso de fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil

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

<sup>3</sup>Fonoaudióloga pela 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: Ana Luiza Santos Nunes

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

E-mail: analuizafacul04@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 ALSN e CLBF.
3. Redação ou revisão do artigo de forma intelectualmente importante: autoras ALSN, CLBF, LMRC
4. Aprovação final da versão a ser publicada: autoras ALSN, CLBF, LMRC

## **CARTA DE SUBMISSÃO**

Brasília, 01 de dezembro de 2023

Revista Comunicação em Ciências da Saúde (CCS)

Ref.: Submissão de artigo original

Estamos submetendo o artigo original intitulado “PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES TRATADOS DE CÂNCER ORAL NO 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,

Ana Luiza Santos Nunes

Cristina Lemos Barbosa Furia

Larissa Mendes da Rocha Cavalheri

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever os fatores demográficos e clínicos associados ao câncer oral em uma Unidade de Referência Oncológica do Distrito Federal. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de dados de gênero, idade, residência, sintomas, tratamento médico e multidisciplinar. **Resultados:** Foram identificados 40 participantes, 80% do sexo masculino, idade média de 64 anos, carcinoma espinocelular em orofaringe (52,5%) e cavidade oral (47,5%). A grande maioria eram etilistas e tabagistas e os sintomas mais frequentes foi a disfagia, o estágio avançado foi observado em 80% da amostra, com recidiva local em 17,5%. O tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento variou de 2 a 6 meses. Da equipe multidisciplinar, 27,5% dos pacientes receberam reabilitação fonoaudiológica. **Discussão/Conclusão:** Diagnóstico em estágio avançado e fonoterapia pouco frequente. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce, implementação de estratégias para integralização multidisciplinar da assistência oncológica do câncer de cabeça e pescoço.

**Descritores:** câncer oral; deglutição; disfagia; fala, integralidade em saúde.



## ABSTRACT

**Objective:** To describe the demographic and clinical factors associated with oral cancer regulated in one of the Oncology Reference Units in the Federal District. **Methodology:** Retrospective study of data on gender, age, residence, symptoms, medical and multidisciplinary treatment. **Results:** 40 participants were identified, 80% male, average age of 64 years, squamous cell carcinoma in the oropharynx (52.5%) and oral cavity (47.5%). The vast majority were alcoholics and smokers and the most frequent symptom was dysphagia. Advanced staging was observed in 80% of the sample, with local recurrence in 17.5%. The waiting time between diagnosis and treatment ranged from 2 to 6 months. Of the multidisciplinary team, 27.5% of patients received speech therapy rehabilitation. **Discussion/Conclusion:** Diagnosis at an advanced stage and infrequent speech therapy. The importance of early diagnosis and implementation of strategies for multidisciplinary integration of oncological care for head and neck cancer is highlighted.

**Keywords:** oral cavity; swallowing; dysphagia; Integrality in Health

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Características de Aspectos Demográficos de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF	16
Tabela 2 - Características Clínicas de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.	18
Tabela 3 - Características Funcionais de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.	19
Tabela 4 - Análise Descritiva do Acompanhamento da Equipe de Saúde de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.	20

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>16</b>
3.1. Características Demográficas .....	16
3.2 Características Clínicas e Funcionais .....	17
3.3 Acompanhamento com Equipe Multidisciplinar .....	20
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO A - Normas da Revista Científica .....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O número estimado de novos casos de câncer da cavidade oral, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>1</sup>, para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100 casos, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres. No ano de 2020, ocorreram 6.192 óbitos por câncer da cavidade oral (C00-C10), entre esses, 4.767 foram homens, e 1.425 mulheres. Estima-se para o ano de 2023, no Distrito Federal, 170 novos casos de câncer de cavidade oral a cada 100 mil habitantes<sup>1</sup>.

Conforme o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)<sup>2</sup>, no ano de 2023 foram diagnosticados ao total 2.642 casos de câncer de cavidade oral, sendo 1.011 mulheres e 1.631 homens. Em relação ao câncer de orofaringe, no ano de 2023 foram diagnosticados ao total 1.131 casos, com 313 dos casos no sexo femininos e 1.000 casos no sexo masculino.

O tabagismo e consumo excessivo de álcool são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dos carcinomas de células escamosas<sup>3</sup>. Outro fator etiológico é a infecção pelo vírus papilomavírus humano (HPV), o qual está relacionado principalmente aos casos de câncer orofaríngeo<sup>4</sup>, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o tipo histológico mais comum de câncer de cabeça e pescoço<sup>5</sup>.

Quanto aos sintomas de neoplasias de cavidade oral e orofaringe, incluem presença de manchas e placas vermelhas, nódulos no pescoço, rouquidão persistente, disfagia, dificuldade na fala e na movimentação de língua, presença de dor e perda de peso<sup>6</sup>, podendo haver também comprometimento linfonodal como aspecto clínico<sup>7</sup>. A localização anatômica e o tamanho do tumor influenciam diretamente nas funções de mastigação, deglutição, respiração, fala e voz do indivíduo, variando conforme o sítio de inserção tumoral<sup>8</sup>. A neoplasia também impacta as funções emocionais, cognitivas e sociais, e no desempenho de papéis pessoais<sup>9</sup>.

O plano de tratamento da doença possui diversas modalidades, sendo elas a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, estes tratamentos podem ser associados ou exclusivos, elaborado a partir do estadiamento clínico, que se refere ao seu grau de disseminação, taxa de crescimento, extensão da doença e tipo de tumor, influenciando diretamente o prognóstico do tratamento, realizado através do American Joint Committee on Cancer (AJCC) 7ª edição (2010)<sup>10</sup>, utilizando o Sistema de Classificação de Tumores Malignos (TNM)<sup>11</sup>. É necessário o atendimento multiprofissional no cuidado do paciente oncológico<sup>12</sup>, considerando a sua experiência multidimensional, a avaliação do curso da doença e manejo dos sintomas é

desafiador para os profissionais da oncologia, portanto a equipe deve buscar um atendimento voltado para as demandas individuais, mudanças físicas, sociais, afetivas e psicológicas do paciente<sup>10,13</sup>.

A partir da complexidade do cuidado assistencial ao paciente oncológico, as redes de saúde que prestam assistência são controladas e avaliadas a partir do sistema de regulação - SISREG III (SUS), seu intuito é controlar e organizar o fluxo dos usuários (fila de solicitação de exame, agendamentos e atendimentos), garantindo a integralidade do cuidado multidisciplinar e acesso do usuário ao sistema de saúde. A Portaria n.º 516, de 17 de junho de 2015, que se refere às Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, dispõe que pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com radioterapia, com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o seu acompanhamento, os hospitais gerais com serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia ou cirurgia oncológica, também realizam o diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico de pacientes oncológicos, porém devem atuar em cooperação técnica com hospitais habilitados (UNACON e CACON), com isso o paciente pode ser atendido em diferentes redes hospitalares, se tornando fragmentado o fluxo assistencial<sup>12</sup>.

Para estabelecer uma comunicação entre as redes de saúde e continuidade do tratamento, os prontuários dos pacientes devem conter informações completas a respeito do seu quadro clínico e evolução da doença por todos os profissionais envolvidos, além de incluir os hospitais que prestaram os atendimentos. A assistência de saúde deve garantir o acompanhamento do paciente e manter atualizada a base de dados de todos os pacientes atendidos, especialmente o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Contudo, nem sempre é realizado o controle da rede assistencial, interferindo no diagnóstico precoce e no acompanhamento do curso da doença dos pacientes oncológicos<sup>12</sup>.

Estudos evidenciam que a maioria dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço são diagnosticados em estágios mais avançados da doença, o que resulta em tratamentos mais agressivos devido à extensão do tumor, impactando o prognóstico e a sobrevida<sup>14-16</sup>. Outros fatores que impactam a sobrevida dos pacientes com neoplasia de cavidade oral e orofaringe é o atraso para o início do tratamento<sup>15</sup>. De acordo com Lei n.º 12.732/12<sup>17</sup>, é decretado que o tratamento deve ser iniciado em um período máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo

patológico, estudos verificaram que o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 12 semanas, independente da modalidade terapêutica<sup>15</sup>.

A partir de uma análise do perfil sociodemográfico de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, estudos demonstram prevalência no sexo masculino<sup>16</sup>, com mais de 50 anos, além disso, estes possuem maiores riscos de desenvolverem cânceres orais e orofaríngeos<sup>18</sup>. Também se evidencia uma forte desigualdade entre adoecimento e morte, com maior incidência por câncer oral em regiões menos favorecidas<sup>19</sup>.

Diante desse cenário, a investigação sobre o perfil dos pacientes atendidos na Unidade Oncológica em questão e sua prevalência assume uma relevância clínica e científica significativa, a fim de caracterizar a qualidade do cuidado e do fluxo de atendimento do hospital em questão. O atendimento integrado entre a equipe multidisciplinar e entre as redes de assistência reduz o tempo de espera para o início do tratamento, afetando positivamente a sobrevivência do paciente, considerando que os tumores proliferam rapidamente, e o tratamento tardio pode resultar em progressão do estágio do câncer<sup>10</sup>.

O objetivo do estudo é caracterizar a frequência de pacientes de neoplasias malignas de cavidade oral e orofaringe quanto aos aspectos demográficos e clínicos regulados numa das Unidades de Referência Oncológica do Distrito Federal.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado numa das Unidades de Referência Oncológica do Distrito Federal, que teve como população-alvo pacientes oncológicos de cavidade oral e orofaringe atendidos na referida instituição entre janeiro de 2020 a setembro de 2022. O estudo foi aprovado pelo CEP-FCE, sob o n.º: 3.558.354, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada por meio do sistema eletrônico do Hospital, ao qual são armazenadas todas as informações dos pacientes, utilizando um protocolo criado pelos pesquisadores composto de variáveis pré-definidas que englobasse aspectos demográficos (idade, sexo, procedência-região de saúde<sup>20</sup>, hábito do tabaco e álcool) e clínicos funcionais (topografia, estadiamento clínico, queixas, tipo de tratamento, data do diagnóstico, data de início do tratamento, acompanhamento com a equipe multidisciplinar, respiração, alimentação e a situação clínica).

A partir da coleta, foram identificados 1819 indivíduos, consultados no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço da instituição no período de janeiro de 2014 a setembro de 2022, as consultas duplicadas agendadas para a cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital foram excluídas. Porém da amostra total foram incluídas no estudo apenas os casos de neoplasia de cavidade oral e de orofaringe no período de 2020 a 2022, ao qual as informações constavam no prontuário eletrônico.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos acima de 18 anos e portadores de neoplasia maligna da cavidade oral e orofaringe, consultados entre o período de 2020 a 2022, além da histologia de carcinoma espinocelular. Não foi possível identificar os prontuários pelo CID 03 das neoplasias malignas e da cavidade oral (C02-C06 exceto, C05.1 e C05.2) e orofaringe (C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09-C10).

As informações coletadas a partir dos formulários eletrônicos foram transferidas para um banco de dados preparado no Microsoft Excel (Microsoft Corporation) e exportadas para o SPSS 20 (Statistical Package for Social Science) for Windows para análise das frequências absolutas e relativas das variáveis, além da média e desvio padrão (DP) da idade.

### 3 RESULTADOS

No período de 33 meses foram identificados 78 casos de cavidade oral e orofaringe, porém 38 foram excluídos por não serem indivíduos com a histologia do carcinoma espinocelular, por serem prontuários duplicados e pela falta de informações, perfazendo ao final 40 prontuários selecionados.

#### 3.1. Características Demográficas

A caracterização demográfica da amostra (Tabela 1) mostrou maior incidência de casos do sexo masculino (80%), a média de faixa etária foi de 64,08 (DP:10,84), variando entre 45 e 90 anos. Quanto aos hábitos, 87,5% realizam o consumo de tabaco e 75% consumo de álcool, sendo que 70% dos casos fizeram uso de álcool e tabaco associados. Observa-se que os estados de origem variaram entre Distrito Federal com 92,5% dos casos, 2,5% enquadrando-se em outros estados e 5% dos casos prontuários sem informação. No Distrito Federal, as regiões com maiores percentuais foram as regiões: Oeste (22,5%), compostas pelas seguintes cidades administrativas: Ceilândia com 8 participantes (20%) e Brazlândia com 1 participante (2,5%) e Sudoeste (20%), compostas pelas seguintes cidades administrativas: Taguatinga com 3 participantes (7,5%), Recanto das Emas com 3 participantes (7,5%), Vicente Pires com 1 participante (2,5%) e Águas Claras com 1 participante (2,5%). Os prontuários não informaram se houve diagnóstico de HPV concomitante ao CEC nos pacientes analisados.

Tabela 1 – Características de Aspectos Demográficos de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	32	80
Feminino	8	20
<b>Idade (anos)</b>		
>60	25	62,5
<60	15	37,5
<b>Hábitos</b>		
Consumo de tabaco	35	87,5



Consumo de álcool	30	75
Consumo de álcool e tabaco	28	70
<b>Estados</b>		
Distrito Federal	37	92,5
Outros	1	2,5
Sem informação	2	5
<b>Regiões do Distrito Federal</b>		
Oeste	9	22,5
Sudoeste	8	20
Central	5	12,5
Centro-Sul	4	10
Sul	4	10
Outros	4	10
Norte	3	7,5
Sem informação	2	5
Leste	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Legenda: n = frequência % = porcentagem

### 3.2 Características Clínicas e Funcionais

A tabela 2 demonstrou uma frequência maior de tumores de orofaringe, porém com dados próximos a 50% em cavidade oral. A topografia foi analisada a partir de tumores primários, mas também foi identificado 17,5% de recidiva tumoral entre os pacientes. A maioria apresentou o estágio avançado (80%). O tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento variou de 2 a 6 meses. A frequência das modalidades terapêuticas foram quimioterapia e radioterapia (25%), seguida de múltiplos tratamentos de cirurgia mais quimioradioterapia (22,5%). A cirurgia de esvaziamento cervical foi realizada em 22,5% dos pacientes. Em relação à situação clínica e seguimento, foi identificado 45% em seguimento oncológico, 25% com a

doença em atividade, 22,5% em cuidados paliativos, 22,5% em tratamento e 5% ainda em fase de diagnóstico.

Tabela 2 – Características Clínicas de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Topografia</b>		
Orofaringe	21	52,5
Cavidade Oral	19	47,5
<b>Tumor</b>		
Primário	30	75
Recidiva	7	17,5
Secundário	4	10
<b>Estadiamento clínico</b>		
Estadiamento IV	21	52,5
Estadiamento III	11	27,5
Estadiamento II	4	10
Estadiamento I	4	10
<b>Tratamento</b>		
Realizado	29	72,5
Indicação de Tratamento	8	20
Não Realizado	3	7,5
<b>Modalidade de Tratamento</b>		
Rxtp + QT	10	25
Cir + rxtp +QT	9	22,5
Sem Tratamento	99	22,5
Cirurgia	66	15
Cir + rxtp	3	7,5

Rxtp excl	2	5
QT	1	2,5
<b>Esvaziamento cervical</b>		
Não	31	77,5
Sim	9	22,5
<b>Situação clínica da doença</b>		
Em seguimento	18	45
Em Atividade	10	25
Em tratamento	9	22,5
Em diagnóstico	2	5
Óbito	1	2,5
<b>Cuidados Paliativos</b>		
Não	31	77,5
Sim	9	22,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Legenda: rxtp – radioterapia; excl – exclusiva; cir – cirurgia; QT – quimioterapia

n= frequência      % = porcentagem

No que se refere às principais queixas dos pacientes pré-tratamento (Tabela 3), o sintoma disfagia foi o sintoma mais frequente, observado em 62,5% dos casos. Da amostra 55% mantiveram a alimentação por via oral, 17,5% por sonda nasoenteral, 15% por gastrostomia e 12,5% não possuíam informações, respiração majoritariamente oronasal (95%).

Tabela 3 – Características Funcionais de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Queixas pré-tratamento</b>		

Disfagia	25	62,5
Dor	17	42,5
Odinofagia	15	35,5
Perda de peso	7	17,5
Sem sintomas	5	12,5
<b>Dieta</b>		
Oral	22	55
Nasoenteral	7	17,5
Gastrostomia	6	15
Sem informação	5	12,5
<b>Respiração</b>		
Oronasal	38	95
Traqueostomia	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Legenda: n = frequência % = porcentagem

### 3.3 Acompanhamento com Equipe Multidisciplinar

A tabela 4 mostra o acompanhamento da equipe multidisciplinar com os pacientes de neoplasia de Cavidade Oral e Orofaringe, sendo as maiores porcentagens respectivamente, 57,5% pela Odontologia, 50% pela Enfermagem e 47,5% pela Nutrição. Visualiza-se que apenas 27,5% dos casos receberam atendimento e reabilitação fonoaudiológica e 5% dos casos foram encaminhados.

Tabela 4 – Análise Descritiva do Acompanhamento da Equipe de Saúde de pacientes de CEC de cavidade oral e de orofaringe em Unidade de Oncologia no DF.

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
------------------	----------	----------

<b>Equipe multidisciplinar</b>		
<b>Odontologia</b>		
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
<b>Enfermagem</b>		
Sim	20	50
Não	20	50
<b>Serviço Social</b>		
Sim	24	60
Não	16	40
<b>Psicologia</b>		
Sim	5	12,5
Não	35	87,5
<b>Nutrição</b>		
Sim	19	47,5
Não	21	52,5
<b>Terapia Ocupacional</b>		
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
<b>Fisioterapia</b>		
Sim	11	27,5
Não	33	82,5
<b>Fonoaudiologia</b>		
Sim	11	27,5
Não	27	67,5
Encaminhamento	2	5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Legenda: n = frequência % = porcentagem

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo visa definir o perfil demográfico e clínico de pacientes com Neoplasia de Cavidade Oral e Orofaringe em uma unidade de alta complexidade no hospital universitário do DF no período de 2020–2022. A população analisada no estudo evidencia uma predominância de indivíduos do sexo masculino, com a média de idade de 60 anos, corroborando com dados apresentados pela literatura<sup>7,10,16,18</sup>. Essa característica pode ser justificada por hábitos comportamentais, mais presentes no sexo masculino, como ingestão de álcool e uso do tabaco<sup>16</sup>, além de ocorrer aumento de risco de desenvolvimento de câncer em homens com mais de 50 anos<sup>18</sup>.

O consumo de tabaco e bebidas alcoólicas são fatores de risco bem determinados para o desenvolvimento de neoplasia de cavidade oral e orofaringe<sup>3,21</sup>. É observado que 70% dos pacientes no presente estudo consomem álcool e tabaco associados. De acordo com Boing et al. (2011)<sup>21</sup>, estima-se que até 80% dos casos dessa neoplasia poderiam ser evitados ao diminuir a exposição ao uso do álcool e tabaco ao longo de suas vidas.

Em relação ao diagnóstico, os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes foram diagnosticados no estágio avançado da doença (80%), em consenso com um estudo transversal realizado por Silva et al. (2021)<sup>22</sup>, dos 161 pacientes que participaram do estudo, pareados em câncer de cavidade oral e de orofaringe, 49% dos pacientes com câncer de cavidade oral foram diagnosticados em estágio IV e 69% nos casos de câncer de orofaringe. O diagnóstico de câncer oral e de orofaringe em sua grande maioria são realizados tardiamente<sup>14,15</sup>, já que as características iniciais desses tumores não são observadas com facilidade por conta da localização e muitas vezes serem assintomáticos e silenciosos, não sendo valorizados pelo paciente e pelos profissionais de saúde<sup>15</sup>.

O principal tratamento adotado do presente estudo foi a quimiorradioterapia (25%), corroborando com a literatura que delinea a associação das modalidades de tratamento, sendo elas: cirurgia, quimioterapia e radioterapia, nos estágios mais avançados<sup>16,23,24</sup>. Em um estudo observacional por Paula et al. (2022)<sup>16</sup>, os resultados apontam o predomínio de associação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia no tratamento de neoplasias de câncer de cavidade oral e orofaringe em 36,17% dos pacientes, sendo o segundo mais comum a cirurgia (19,15%).

Ao analisar o tratamento do presente estudo, é possível verificar que 72,5% dos pacientes realizaram o tratamento oncológico, 22,5% dos pacientes estão aguardando o início da intervenção, da qual foram encaminhados pelo cirurgião de cabeça e pescoço, e 5% se encontram em processo de diagnóstico da doença. Em relação aos casos que já realizaram o

tratamento (72,5%), 45% dos casos não apresentam sinais de remissão da doença, corroborando com estudos de Faria et al. (2022)<sup>23</sup>, que demonstra uma proporção significativa de pacientes com câncer de cavidade sem evidência da doença ou em remissão completa (30,0%), ao final do primeiro tratamento. Todavia, 17,5% dos pacientes do presente estudo apresentaram recidiva do tumor após o tratamento do tumor primário e 25% segue em atividade devido ao mau prognóstico, dose insuficiente e casos considerados fora da possibilidade terapêutica, o diagnóstico no estágio mais avançado da doença diminui as taxas de cura e eficácia do tratamento em neoplasias avançadas<sup>14,15,23,25</sup>.

Em relação ao tempo de início de tratamento, a espera dos pacientes entre o diagnóstico e o início de tratamento variou de 2 a 6 meses, período superior ao estipulado a partir da Lei n.º 12.732/12<sup>17</sup>. Este dado evidencia um atraso para o início da intervenção terapêutica no presente estudo, dados semelhantes aos encontrados por Le Campion et al. (2016)<sup>14</sup>, por meio de um estudo retrospectivo em pacientes com CEC de boca e orofaringe realizado em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Estado de Alagoas, com uma amostra de 121 prontuários, analisou-se que o tempo médio para o início de tratamento foi de 71 dias após o laudo patológico, tempo superior ao previsto pela lei.

Não foi possível correlacionar os dados sobre o início dos primeiros sintomas e o acesso do paciente ao serviço de saúde, assim como, informações a respeito da sobrevivência do paciente devido a falta de informações nos prontuários do serviço. Assim como, não foi possível analisar as redes de atenção e os hospitais ao qual o paciente obteve o tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico. A falta de registros a respeito do início de sintomas e sobre o acesso do paciente pelo serviço de saúde, bem como as redes de atenção que prestaram atendimentos, comprova uma lacuna na comunicação entre as redes de saúde que recebem o paciente oncológico e a equipe multidisciplinar<sup>12</sup>.

Quanto aos sintomas pré-tratamento, foram achados presença de disfagia (62,5%), sendo agrupado neste sintoma queixas como: dificuldade de se alimentar, dificuldade para engolir (odinofagia), dificuldade para engolir consistência sólida, líquidos e alimentos secos, alimentação somente em consistência pastosa e presença de tosses/e engasgos. Outros sintomas achados foram a presença de dor oncológica em 45% dos casos, odinofagia em 35,5% dos casos e perda de peso em 17,5% dos casos. Os pacientes de câncer de cabeça e pescoço podem apresentar dificuldade para falar, se alimentar e perda acentuada de peso<sup>26</sup>, em razão da localização do tumor obstruir a passagem do alimento, prejudicando a deglutição, que leva conseqüentemente a baixa ingestão alimentar e comprometimento do estado nutricional<sup>13</sup>.



Segundo o estudo transversal por Silva et al. (2021)<sup>22</sup>, foi aplicado avaliações de qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer (EORCT QLQ-C30 e QLQ-H & N35) com o intuito de descrever os principais sintomas pré-tratamento em um centro de referência em câncer no Brasil, a amostra foi de 161 pacientes com câncer de boca e orofaringe. O estudo obteve como principais sintomas a presença de dor (52%) e perda de peso (44%), esses sintomas foram agrupados no cluster disfagia, se mostrando um grupo de sintomas altamente relevante. O sintoma disfagia somado a modificação estética facial e transtornos emocionais causados pela doença prejudicam a qualidade de vida do paciente oncológico, que pode corroborar para o aparecimento de sintomas mais graves antes do tratamento radical. A partir disso, ressalta-se a importância do manejo precoce e integrado da disfagia, promovendo o controle da dor e uma via de alimentação eficaz, para melhorar a qualidade de vida do paciente e o manter confortável antes e durante o tratamento<sup>22</sup>.

Os pacientes do presente estudo foram consultados pela equipe multidisciplinar, sendo as respectivas áreas com maiores porcentagens: Odontologia (57,5%), Enfermagem (50%) e Nutrição (47,5%). A equipe multidisciplinar é imprescindível no tratamento do paciente oncológico, deve-se levar em consideração os múltiplos sintomas do paciente oncológico como aspectos psicológicos, nutricionais, estadiamento, quadro clínico e sobrevida do paciente, o cuidado multidisciplinar tem o papel de conduzir de maneira assertiva a reabilitação dos pacientes, garantindo sua reinserção social, minimizando sequelas e sintomas, promovendo máxima autonomia e qualidade de vida<sup>13,22</sup>. Quanto ao tratamento fonoaudiológico, 67,5% dos casos não realizaram intervenção fonoaudiológica, mesmo sob a prevalência de queixas fonoaudiológicas apresentadas no estudo em questão. O fonoaudiólogo é o responsável por restabelecer a comunicação do paciente e alimentá-lo com segurança, o acompanhando desde o diagnóstico, pré-tratamento e pós-tratamento oncológico. De acordo com Rossi et al. (2021)<sup>27</sup>, seus estudos demonstram que a atuação do fonoaudiólogo fica restrita apenas ao pós-tratamento e a fase de cura, participando minimamente na fase pré-tratamento de uma equipe multidisciplinar e na decisão terapêutica.

Santos et al. (2010)<sup>25</sup> aponta a preocupação com diagnóstico tardio em cânceres de cavidade oral e orofaringe, diminuindo as possibilidades terapêuticas e de sobrevida do paciente, devido às características iniciais dos tumores. A falha no diagnóstico precoce, deficiência da rede de atenção no que diz respeito a qualidade da comunicação entre diferentes níveis de atenção que atendem o paciente oncológico, falha na regulação do acesso às redes de saúde e atraso no início do tratamento também são fatores que impactam negativamente no prognóstico do paciente<sup>25</sup>.

A ausência de informações a respeito do curso da doença do paciente impede o tratamento multidisciplinar efetivo, impossibilita o delineamento de ações para a melhora da assistência ao paciente pelo sistema de saúde e impede a elaboração de estratégias para promoção do diagnóstico precoce e ações para diminuição de filas para o início do tratamento terapêutico.

Sobre as limitações do estudo, observa-se que não foi possível verificar os dados referentes ao início dos primeiros sintomas e acesso do paciente ao serviço de saúde, informações a respeito da sobrevivência do paciente, analisar as redes de atenção e os hospitais ao qual o paciente obteve o tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico, dados de mortalidade e a respeito da renda dos pacientes.

Em razão disso, a pesquisa reflete sobre a necessidade de ações educativas e ações preventivas mais efetivas para o diagnóstico precoce impactando positivamente nas taxas de cura. O sistema de regulação na oncologia de cabeça e pescoço no DF deve permitir a equidade e a inclusão ao tratamento. Entretanto, observa-se grandes perdas quanto a integralidade do cuidado, da informação, do diagnóstico, do planejamento e na minimização de sequelas funcionais, psíquicas e sociais, como é o caso dos tumores de cavidade oral e orofaringe, impactando nas funções alimentares e da comunicação<sup>28</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível caracterizar o perfil demográfico e clínico funcional de pacientes com câncer oral tratados numa das Unidades Oncológicas de Referência no Distrito federal em consenso com a literatura, ou seja, maior prevalência no sexo masculino, em média com 60 anos, majoritariamente tabagistas e etilistas, em sua maioria diagnosticados em estadiamento avançados. O tratamento de quimiorradioterapia para os indivíduos portadores de carcinomas espinocelulares orais em estágio avançado foi o mais frequente. A equipe multidisciplinar da enfermagem, odontologia e nutrição estiveram presentes, contudo, apesar dos sintomas iniciais de disfagia e perda de peso, a intervenção fonoaudiológica não foi predominante. Diante disso, é notável a importância do presente estudo, ao verificar as barreiras que resultam no diagnóstico tardio e a falta do atendimento fonoaudiológico ao paciente oncológico, destacando a importância de um tratamento integrado e multidisciplinar que impactará na minimização de sequelas funcionais do indivíduo e melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil - estimativa dos casos novos [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. [citado 10 de agosto de 2023]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/brasil/brasil-consolidado>
2. Painel-Oncologia - BRASIL [Internet]. [citado 28 de agosto de 2023]. Available from: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def).
3. Taberna M, Mena M, Pavón MA, Alemany L, Gillison ML, Mesía R. Human papillomavirus-related oropharyngeal cancer. *Ann Oncol* [Internet]. 2017 [citado 28 de agosto de 2023];28:2386–98. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419349300?via%3Dihub>. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx304>.
4. Vigneswaran N, Williams MD. Epidemiological Trends in Head and Neck Cancer and Aids in Diagnosis. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am* [Internet]. 2014 [citado 28 de agosto de 2023]; 26:123–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24794262/>. doi: 10.1016/j.coms.2014.01.001.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 516, de 17 de junho de 2015 [Internet]. Jun 17, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516\\_17\\_06\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html).
6. Câncer de boca [Internet]. Instituto Nacional de Câncer - INCA. [citado 28 de agosto de 2023]. Disponível em: [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/boca#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20da%20boca%20\(tamb%C3%A9m,frequente%20em%20homens%20no%20Brasil](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/boca#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20da%20boca%20(tamb%C3%A9m,frequente%20em%20homens%20no%20Brasil).
7. Alves AM, Correa MB, Silva KD da, Araújo LMA de, Vasconcelos ACU, Gomes APN, et al. Demographic and Clinical Profile of Oral Squamous Cell Carcinoma from a Service-Based Population. *Braz Dent J* [Internet]. 2017 [citado 28 de agosto de 2023];28:301–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/TvGNCQpnr4qGXfRXpFDzyPN/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-6440201601257>.
8. Bosetti C, Carioli G, Santucci C, Bertuccio P, Gallus S, Garavello W, et al. Global trends in oral and pharyngeal cancer incidence and mortality. *Int J Cancer* [Internet]. 2020 [citado 28 de agosto de 2023];147:1040–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31953840/>. doi: 10.1002/ijc.32871.

9. Melo Filho MR de, Rocha BA, Pires MB de O, Fonseca ES, Freitas EM de, Martelli Junior H, et al. Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2013 [citado 17 de novembro de 2023];79:82–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/XsGnGrSFJsR9QrTtDpdQccB/>. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130014>.
10. Vieira GVC, Queiroz E, Souza JR. Caracterização do atendimento ao paciente oncológico em um hospital público do Distrito Federal. *O Mundo Saúde* [Internet]. 2019 [citado 17 de novembro de 2023];43:747–66. Available from: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/53>. doi: [10.15343/0104-7809.20194303747766](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20194303747766).
11. About Oral Cancer and Oropharyngeal Cancer | About Mouth and Throat Cancer | American Cancer Society [Internet]. [citado 28 de agosto de 2023]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/about.html>.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 516, de 17 de junho de 2015 [Internet]. Jun 17,2015. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516\\_17\\_06\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html).
13. Silva AA. Clusters de sintomas e Determinantes da definição de tratamento de pacientes idosos com câncer de cavidade oral e orofaringe. Tese [Doutorado em Ciências] – Fundação Oswaldo Cruz; 2020. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354816>.
14. Le Campion ACOV, Santos KDCBD, Carmo ESD, Silva Júnior FFD, Peixoto FB, Ribeiro CMB, et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado 15 de setembro de 2023];24:178–84. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jzT3K7Mvnhq4YN4LJLNCKFN/abstract/?lang=pt>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020004>.
15. Felippu AWD, Freire EC, Silva R de A, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016 [citado 15 de setembro de 2023];82:140–3. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/KMQyrRSdW3BSNZgDXP9vK8j/?lang=en#:~:text=Head%20and%20neck%20cancers%20are,and%20the%20worse%20the%20prognosis> doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.009> .
16. Paula MR de, Vieira LI, Lira MP de, Freire GM, Moraes M de. Perfil epidemiológico do carcinoma de células escamosas de Cavidade Oral e Orofaringe diagnosticadas na Liga

- de Mossoroense de estudos e combate ao câncer. Rev Ciênc Plur[Internet].2022[citado 28 de agosto de 2023];8:e24820–e24820. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/24820>. doi: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n1ID24820>.
17. Brasil, Casa Civil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Sect. 1 Nov 22, 2012 p.1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm).
  18. Ahmad P, Arshad AI, Jehangir M, Mahmood R, Shaikh GM, Alam MK, et al. Association of Socio-Demographic and Clinicopathological Risk Factors with Oral Cancers: A 19-Year Retrospective Study. Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada [Internet]. 2021 [citado 10 de agosto de 2023];21:e0037. Available from: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/BGsLvjLSQyTDVvrhx5yPDVvk/>. doi:<https://doi.org/10.1590/pboci.2021.010>.
  19. Martins JD, Andrade JOM, Freitas VS, Araújo TM. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura [Internet]. 2015 [citado 10 de agosto de 2023] 16(5):786-798. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/307040328\\_Determinantes\\_sociais\\_de\\_saude\\_e\\_a\\_ocorrencia\\_de\\_cancer\\_oral\\_uma\\_revisao\\_sistemica\\_de\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/307040328_Determinantes_sociais_de_saude_e_a_ocorrencia_de_cancer_oral_uma_revisao_sistemica_de_literatura). Doi: 10.15446/rsap.v16n5.40083.
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Informações sobre as regiões de saúde [Internet] [ Brasília]. 2022. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/pt/web/guest/regi%C3%B5es-de-saude>.
  21. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [citado 10 de agosto de 2023];16:615–22. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b5P38NWqdNtnCkPmpNRv9SS/abstract/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200025>.
  22. Silva ACA e, Santos IC, Carmo CN do, Mattos IE. Symptoms and factors associated with symptom clusters among older adults with oral and oropharyngeal cancers at diagnosis. Geriatr Gerontol Aging [Internet]. 2021 [citado 28 de agosto de 2023];15:1–10. Available from: <https://ggaging.com/details/1715/en-US/sintomas-e-fatores-associados-a-clusters-de-sintomas-entre-idosos-com-cancer-de-cavidade-oral-e-orofaringe-no>. doi: 10.53886/gga.e0210055.

23. Faria S de O, Nascimento MC do, Kulcsar MAV. Malignant neoplasms of the oral cavity and oropharynx treated in Brazil: what do hospital cancer records reveal? *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2022 [citado 28 de agosto de 2023];88:168–73. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/5kzCzncRzfJJqzPtk7vSGVb/abstract/?lang=em>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.019>.
24. Franco R, de Matos LL, Kulcsar MAV, de Castro-Júnior G, Marta GN. Influence of time between surgery and postoperative radiation therapy and total treatment time in locoregional control of patients with head and neck cancer: a single center experience. *Clinics* [Internet]. 2020 [citado 28 de agosto de 2023];75:e1615. Available from: <https://www.scielo.br/j/clin/a/KMjSWxpVjLkmDCFwJTFt4wN/?lang=en#:~:text=CONCLUSIONS%3A,with%20lower%20locoregional%20control%20rates>. doi: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1615>
25. Santos LCO dos, Batista O de M, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2010 [citado 15 de setembro de 2023];76:416–22. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/CdBpdKTbRWWgYrTjb7dyCNH/?lang=em>. doi: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>
26. Aquino RCAD, Lima MLLTD, Menezes CRCXD, 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* [Internet]. 2016 [citado 10 de agosto de 2023];18:737–45. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/pryfNNXRpJNSWdmycLn3CpD/abstract/?lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618316815>
27. Rossi VC, Moraes JL de, Molento CF. Speech therapy in head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2021 [citado 17 de novembro de 2023];87:495–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/Kj8qyd78S3c7cWgX5mnvpGG/?lang=em>. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.02.002>
28. 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 [citado em 10 de agosto 2023]. p. 711–22. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/328861204\\_Diretrizes\\_Oncologicas\\_2](https://www.researchgate.net/publication/328861204_Diretrizes_Oncologicas_2).

**ANEXO A - Normas da Revista Científica**



## Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

✓	O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês.
✓	Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato .doc ou .docx
✓	Manuscrito completo: Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.
✓	Folha de apresentação: título(contendo no máximo 15 palavras), nome completo dos autores, afiliação institucional, endereço institucional completo, telefone e e-mail do autor correspondente, resumo e palavras-chave (3 a 5, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado - DeCS/MeSH) que devem expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto.
✓	Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.
✓	Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 150 palavras, estruturado no qual fiquem claros os objetivos, o método, resultados e conclusões/considerações finais.
✓	Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, todavia devem ser contemplados elementos convencionais como: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.</li> <li>2. Métodos descritos de forma objetiva.</li> <li>3. Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.</li> <li>4. Conclusão.</li> </ol>

	Recomenda-se observar as orientações propostas no item “Modalidade de artigos aceitos” do Manual do Autor.
✓	Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.
✓	Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’.
✓	Não utilizar notas de rodapé no texto.
✓	As citações deverão ser feitas em números arábicos, sem parênteses, sobrescritos e em ordem numérica crescente coerente com a lista de referências. Ao citar nome de autores no texto, deverá inserir a numeração correspondente junto dos autores. As citações numéricas devem ser anteriores aos pontos finais e vírgulas, separadas por vírgula ou com traços quando se tratar de sequências de autores.
✓	Deve enviar Parecer Consubstanciado emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à CONEP (Comitê Nacional de Ética em Pesquisa) ou justificativa para sua dispensa, para todos as pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos. Observar as orientações da CONEP para estudos de caso e séries de caso. Acesse: <a href="http://www.fepecs.edu.br/index.php/legislacao-cep">http://www.fepecs.edu.br/index.php/legislacao-cep</a>
✓	No caso de depoimentos de participantes de pesquisa, estes deverão ser apresentados em itálico, na sequência do texto quando não ultrapassar 3 linhas. Acima de 3 linhas, destacar do texto sem aplicar itálico, com recuos de 4 cm da margem esquerda e espaçamento simples entrelinhas, com fonte 10. O espaçamento entre o texto e a citação deverá ser de 1,5. Não usar aspas em nenhum dos casos.
✓	Informar a agência de fomento e o número do processo, caso a pesquisa tenha sido realizada com financiamento ao final da descrição do método.
✓	Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
✓	Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
✓	Os elementos gráficos (figuras, tabelas, gráficos e quadros) devem ser enviados em um único arquivo, sem identificação dos autores, citando o título, o local e o ano (de cada um); deve ser mencionada a fonte somente quando não for de elaboração própria. O número de elementos gráficos e ilustrações permitido é de, no máximo, 5(cinco). Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica. Os elementos gráficos e as ilustrações devem ter resolução mínima de 200 dpi.

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas de VANCOUVER, e devem conter o DOI ou o link de acesso.



Orientação e exemplos para uso da norma Vancouver:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/>

[http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundoEstiloVancouver\\_2008.pdf](http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundoEstiloVancouver_2008.pdf)



A quantidade máxima de palavras e de autores por artigo deve ser consultada no Manual do Autor no item MODALIDADES ACEITAS PARA PUBLICAÇÃO.

## Diretrizes para Autores

### Política Editorial

A revista Comunicação em Ciências da Saúde (CCS) dispõe de 3(três) seções: a primeira publica artigos na área Clínica Assistencial com ênfase na atenção geral e especializada; a segunda seção publica artigos em Saúde Coletiva englobando epidemiologia, política, economia, planejamento, gestão, e ciências sociais em saúde; na terceira seção, são publicados artigos na área de Educação no campo da saúde com foco em metodologias ativas de ensino.

A CCS aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão integrativa, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de protocolos clínicos, protocolos de revisão, políticas e programas de saúde.

Os artigos podem ser submetidos em português, inglês e espanhol, sendo vedada a submissão simultânea em outro periódico, na íntegra ou parcialmente .

A CCS não cobra taxas dos autores, no entanto a revisão de língua portuguesa e traduções deverão ser realizadas por revisores e tradutores credenciados pela revista e são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

### MODALIDADES DE TRABALHOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

**1. Artigo original:** O texto deve conter no máximo 8 000 palavras (excluindo-se o título, resumo, referências e elementos gráficos) e 5 ilustrações (com resolução mínima de 200 dpi, se for o caso). O título do artigo não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**2. Ensaio:** caracterizado, principalmente, pela análise crítica e pela defesa de um ponto de vista sobre um tema específico, de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde local, regional, nacional e internacional. Um ensaio é composto por uma **introdução** em que o autor apresenta o tema com suas hipóteses e teses correspondentes, bem como o percurso metodológico que orientou as reflexões. Em seguida, o **desenvolvimento** em que aprofunda a tese, por meio de uma exposição argumentativa. Finalmente, na **conclusão** explica a sustentação da tese desde o início do texto. O texto deve conter no máximo 8000 (excluindo-se o título, resumo, referências e elementos gráficos) e 5 ilustrações (com resolução mínima de 200 dpi, for o caso). O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**3. Revisão sistemática sem metanálise ou revisão sistemática com metanálise (ensaios clínicos, estudos observacionais ou estudos de acurácia):** revisão crítica da literatura sobre determinado tema investigativo com ou sem o uso de método estatístico. Segue protocolos específicos e está focada no seu caráter de reprodutibilidade. Deve apresentar as bases de dados bibliográficos que foram consultadas, as estratégias de busca empregadas em cada base, o processo de seleção dos artigos científicos, os critérios de inclusão e exclusão e o processo de análise de cada artigo. De forma geral, possui alto nível de evidência e se constitui em um importante documento para tomada de decisão. A revisão sistemática de literatura é uma pesquisa científica composta por seus próprios objetivos, problemas de pesquisa, metodologia, resultados e conclusão. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde. No caso de revisões com metanálise deve ser explicitado a metodologia epidemiológica adotada. Recomenda-se seguir o protocolo PRISMA disponibilizado no *Equator Network*. O texto deve conter no máximo 8.500 palavras (excluindo-se o título, resumo, referências e elementos gráficos). O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**4. Scoping review ou revisão de escopo:** a estratégia *scoping review* (SR) consiste em uma revisão sistematizada, exploratória, destinada a mapear, na produção científica, estudos relevantes em determinada área. A SR tem abordagem abrangente, visto que a pergunta de busca é ampla e a avaliação da qualidade dos estudos, menos rigorosa. Apresentam expressão mundial na área da saúde, podendo ser adotadas para compreender tipos de pesquisa, como e por quem foram realizadas, entre outras categorias. O texto deve conter no máximo 8500 palavras (excluindo-se o título, resumo, referências e elementos gráficos) e 5 ilustrações. O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras. Recomenda-se seguir o Protocolo Joanna Briggs para Scoping Reviews disponível em: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>

**5. Overview de revisões sistemáticas:** deve compilar evidências de múltiplas revisões sistemáticas em um único documento, acessível e útil. O seu objetivo principal é tornar-se um resumo integrado de uma lista de estudos e auxiliar os decisores de saúde na elaboração de políticas, implantação de ações e tratamentos de saúde. Recomenda-se o uso do protocolo AMSTAR: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2441.pdf>. O texto deve conter no máximo 8500 palavras e 5 ilustrações. O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**6. Revisão integrativa:** é o método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão abrangente do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde. O texto deve conter no máximo 8500 palavras (excluindo-se o título, resumo, referências e elementos gráficos) e 5 ilustrações. O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**7. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo(s) Editor(es) Científico(s), com no máximo 6000 palavras. Neste formato não são exigidos resumo e abstract. O título não deverá ultrapassar 15 palavras.

**8. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão. O relato de experiência deve conter: **Introdução**, contextualização da experiência e o marco referencial; **Objetivos**, devem estar explicitados de forma clara; **Método**, deve apresentar como a experiência foi vivenciada, o que foi observado e como foi registrado, os participantes da experiência, descobertas, facilidades e dificuldades. **Discussão**, deve articular a experiência vivida e os conhecimentos adquiridos, reflexão e lições aprendidas. **Conclusão ou considerações finais**, deve(m) analisar o alcance ou não dos objetivos propostos. **Referências**, devem apresentar os autores que deram sustentação ao relato. O relato deve conter no máximo 6000 palavras e 5 ilustrações. O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

**9. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho de Política Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e o público ao qual se dirige, em até 1500 palavras. O título não deverá ultrapassar 15 palavras. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**10. Entrevista:** exclusivo para autores convidados pelo(s) Editor(es) Científico(s), com no máximo 6000 palavras. O número máximo de palavras não inclui o título, o resumo, as referências; pode ser submetida em português, inglês ou espanhol; deve ser digitada no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato .doc ou .docx

**11. Relato de caso clínico:** o objetivo do relato de caso clínico é preencher as lacunas da literatura científica sobre casos inéditos ou raros, como doenças não exploradas, novos tratamentos e procedimentos inovadores. O relato de caso deve conter: **Introdução**, com resumo do caso e a sua relevância para a comunidade científica, indicando o objetivo do relato. **Descrição do caso**, descrição detalhada que apresente sinais, sintomas e outras características do indivíduo estudado, histórico de patologias e condições de saúde, exames e diagnósticos efetuados, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, medicações prescritas, além de outras informações consideradas relevantes para compreensão do caso. **Discussão**, deve comparar os resultados obtidos por meio da experiência realizada com as referências bibliográfica pesquisadas. **Conclusão**, resume-se o relato, reitera-se a sua importância e os possíveis resultados obtidos. O relato deve conter no máximo 6000 palavras e 5 ilustrações. O título não deverá ultrapassar 15 palavras e o resumo 150 palavras.

#### Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da CCS, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

#### Submissão e processo de julgamento

### **Submissão e processo de julgamento**

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site da revista. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

### **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA**

#### **1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.**

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições:

- a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados;
- b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo;
- c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

#### **2. Conflitos de interesse**

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

#### **3. Ética em pesquisa**

No caso de pesquisa que envolva seres humanos, esta deverá ocorrer de acordo com as Resoluções CNS/MS 466/12, CNS/MS 510/16 e complementares e deverá ser encaminhado o Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovando a realização da pesquisa.

### **Saúde Coletiva**

Nessa seção, são publicados artigos em saúde coletiva que contemplem temas de Epidemiologia, Políticas Públicas, Economia da Saúde, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais em Saúde.

## **Clínica Assistencial**

Nessa seção são publicados artigos de pesquisa clínica com ênfase na atenção à saúde, geral e especializada, promovida por todas as áreas profissionais da saúde.

## **Educação**

Nessa seção são publicados artigos de educação voltada à área de saúde, ênfase aos que abordam o uso de metodologias ativas de ensino (PBL/ABP, Problematização, TBL, entre outras).

## **Reflexões em educação e saúde: a experiência da Fepecs e suas escolas**

Número temático sobre a educação profissional em saúde no Distrito Federal a partir da contribuição das escolas mantidas pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS): Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) e Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS).

## **Seção temática - Especialização em Avaliação em Saúde**

Seção temática feita em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) para **publicação de artigos** derivados dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Especialização em **Avaliação em Saúde**.

Os frutos dessa Especialização, resultado de uma cooperação entre o Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da ENSP/Fiocruz e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal são artigos modelados nos formatos: **plano de monitoramento, plano de avaliação e pesquisa avaliativa**.

Ao publicar este número temático, a Revista CCS visa promover a divulgação e disseminação de conteúdos de interesse do campo do monitoramento e avaliação (M&A) de ações, programas e políticas governamentais para o apoio à gestão, principalmente na tomada de decisões. Busca-se também a mobilização de conhecimentos para fomentar a cultura de institucionalização do M&A e suas práticas para o SUS, dentro do contexto da saúde do Distrito Federal.

## **Seção temática - Artigos oriundos de Programas de Iniciação Científica**

Chamada pública para submissão de artigos produzidos por estudantes de graduação de cursos de saúde no âmbito de programas de iniciação científica nos anos de 2019, 2020 e 2021.

## **Declaração de Direito Autoral**

## Declaração de Direito Autoral

Declaro para os devidos fins que o artigo que estou submetendo representa um trabalho original e nunca foi publicado total ou parcialmente, e que se alguma de suas partes foi publicada possuímos autorização expressa para a publicação no periódico *Comunicação em Ciências da Saúde (CCS)*. Esse artigo não foi enviado a outro periódico e não o será enquanto estiver sendo considerada sua publicação; caso venha a ser aceito não será publicado em outro periódico; e não contém material difamatório ou ilegal sob nenhuma forma, não viola a intimidade de terceiros, nem infringe direitos protegidos.

Eu e demais autores desse trabalho certificamos por meio desta declaração que:

- Concordamos com as normas editoriais e com o processo de revisão da CCS;
- Aceitamos a responsabilidade pela conduta desse estudo e pela análise e interpretação dos dados;
- Cooperaremos, sempre que solicitado, na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos avaliadores;
- Não estão sendo omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
- Não estão sendo excluídos ou omitidos deste artigo autores ou instituições participantes;
- Possuímos permissão para uso de figuras e tabelas publicadas em outras fontes;
- Possuímos permissão das pessoas e instituições citadas nos agradecimentos;
- O autor correspondente autoriza a publicação do endereço informado e e-mail do(s) autor(es) junto com o artigo;
- Assumimos a responsabilidade pela entrega de documentos verídicos;
- Autorizamos a publicação do referido artigo no periódico *Comunicação em Ciências da Saúde*, segundo critérios próprios e em número e volume a serem definidos pelo editor do periódico;
- Nos comprometemos a atender os prazos estipulados pelos editores do periódico *Comunicação em Ciências da Saúde*;
- Estamos cientes de que a não manifestação no prazo de dois dias da revisão da diagramação, recebida por e-mail, será considerado aprovado para publicação.

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.