



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

LUDMILA CENCI ARAGÃO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CÂNCER
DE CABEÇA E PESCOÇO NA BAHIA

Salvador

2017

LUDMILA CENCI ARAGÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CÂNCER
DE CABEÇA E PESCOÇO NA BAHIA**

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, com requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marília Carvalho Sampaio.

Salvador

2017

SUMÁRIO

1.	FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	1
2.	RESUMO E PALAVRAS CHAVE.....	2
3.	ABSTRACT AND KEYWORDS.....	3
4.	INTRODUÇÃO	4
5.	MÉTODOS.....	6
6.	RESULTADOS.....	7
7.	DISCUSSÃO.....	8
8.	CONCLUSÃO.....	12
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
	ANEXO I – Figuras e Tabelas.....	17
	ANEXO II – Instrução aos autores.....	23
	ANEXO III – Projeto de pesquisa.....	28

1. FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO NA BAHIA
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MORTALITY FOR HEAD AND NECK
CANCER IN BAHIA**

Ludmila Cenci Aragão¹; Marília Carvalho Sampaio².

1. Graduanda do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.
2. Doutora em Medicina e Saúde, professora adjunto da Universidade Federal da Bahia.

Endereço para correspondência:

Ludmila Cenci Aragão

Endereço: Avenida Oceânica, 3009. Apartamento 204 – Ondina. CEP: 40.170-010.

Salvador – BA.

E-mail: ludy_aragao@hotmail.com

2. RESUMO

Introdução: No Brasil, o câncer de cabeça e pescoço atinge aproximadamente 1,7% da população, representando aproximadamente 5% de todas as neoplasias. Corresponde a um grupo heterogêneo de neoplasias localizados na cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe. O objetivo do presente estudo é investigar as características epidemiológicas e sociodemográficas dos óbitos por câncer de cabeça e pescoço na Bahia, entre os anos de 2010 a 2014. **Método:** A população desta pesquisa é composta pelos óbitos ocorridos entre os anos de 2010 a 2014 no estado da Bahia. As informações foram obtidas através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados:** Observou-se que os dados de mortalidade analisados, acometeram mais o seguinte perfil: indivíduos pertencentes ao núcleo regional de saúde do leste da Bahia, sexo masculino, com faixa etária entre 50 a 69 anos, da cor/raça parda e nível de escolaridade entre 1 a 3 anos de estudo, cujo óbito ocorreu em ambiente hospitalar. **Discussão:** Considerando os resultados do presente estudo, constata-se que as informações coletadas são de extrema importância para que se possa compreender a situação epidemiológica da Bahia. **Conclusão:** É de extrema importância que o monitoramento da morbimortalidade por câncer vincule-se à rotina da gestão da saúde de modo a tornar-se objeto essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e seus fatores de risco.

Palavras-chave: Câncer de cabeça e pescoço; Neoplasia maligna; Perfil epidemiológico; Estado da Bahia.

3. ABSTRACT

Introduction:

In Brazil, head and neck cancer accounts for approximately 1.7% of the population, accounting for approximately 5% of all neoplasms. It corresponds to a heterogeneous group of neoplasias located in the oral cavity, oropharynx, nasopharynx, hypopharynx and larynx. The objective of the present study is to investigate the epidemiological and sociodemographic characteristics of deaths from head and neck cancer in Bahia between the years 2010 and 2014. **Method:** The population of this research is composed of the deaths occurred between the years 2010 to 2014 in the state of Bahia. The information was obtained through the Mortality Information System (SIM) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).

Results: It was observed that the mortality data analyzed were in the following profile: individuals belonging to the regional health nucleus of eastern Bahia, males, aged between 50 and 69 years old, of color/brown breed and level Of schooling between 1 and 3 years of study, whose death occurred in a hospital environment. **Discussion:** Considering the results of the present study, it is verified that the information collected is of extreme importance in order to understand the epidemiological situation in Bahia.

Conclusion: It is extremely important that the monitoring of morbidity and mortality due to cancer is linked to the routine of health management in order to become an essential object for the establishment of actions to prevent and control cancer and its risk factors.

Keywords: Head and neck cancer; Malignant neoplasm; Epidemiological profile; State of Bahia.

4. INTRODUÇÃO

A incidência do câncer tem aumentado consideravelmente em todo o mundo nas últimas décadas, sendo responsável por mais de 6 milhões de mortes por ano, o que o configura um problema de saúde pública. O aumento da incidência está relacionado ao processo da industrialização e à redefinição dos padrões de vida. Paralelamente, houve uma modificação no perfil de mortalidade da população mundial caracterizada pela diminuição no coeficiente de doenças infecciosas e pelo aumento no coeficiente de doenças crônico-degenerativas.¹

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) assume o lugar da sexta neoplasia mais prevalente no mundo. Nos últimos 30 anos não houve redução no tempo de diagnóstico e no prognóstico de tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço. O CCP corresponde a um grupo grande e heterogêneo de neoplasias que podem estar localizados nos lábios, gengiva, assoalho da boca, palato, orofaringe, amígdala, língua, nasofaringe, hipofaringe, seio piriforme e/ou laringe.²

O tabagismo é o principal fator de risco para o CCP e está relacionado com a intensidade e a duração do hábito de fumar. Já o consumo de álcool é o principal fator de risco para o CCP entre fumantes, podendo aumentar o coeficiente de risco a depender da concentração de álcool consumida. Estudos recentes confirmam que infecção por HPV (principalmente para as neoplasias malignas de orofaringe), a exposição a agentes carcinogênicos, higiene oral, formação de placas dentárias, irritação crônica do revestimento da boca, histórico familiar, baixo índice de massa corporal e exposição à luz ultravioleta, individualmente ou associados, também são considerados fatores de risco para o CCP.³

O CCP possui características epidemiológicas comuns aos países com baixo nível socioeconômico, acometendo mais homens que mulheres, entre a quarta e quinta

década de vida. No Brasil, o CCP atinge aproximadamente 1,7% da população, representando aproximadamente 5% de todas as neoplasias existentes no país. Apesar de não ser uma das neoplasias mais prevalentes no Brasil, o CCP apresenta um alto coeficiente de mortalidade, ocupando o sexto lugar entre as causas de morte por câncer no país.^{4,5}

O estudo epidemiológico do CCP auxilia no planejamento de medidas preventivas, de controle da doença e do tratamento. Na literatura não foram encontrados muitos estudos relacionados a epidemiologia da mortalidade por CCP, no estado da Bahia. Haviam apenas três estudos referentes ao CCP no Estado, um que determinava o perfil epidemiológico do paciente com CCP atendido no setor de Odontologia do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006, na qual concluiu-se que o tipo histológico que prevaleceu foi o carcinoma espinocelular, em indivíduos do sexo masculino acima dos 40 anos, lavradores. Um outro abordava a caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço do Hospital Aristides Maltez, no período de junho a dezembro de 2007 que pôde-se concluir que a incidência do carcinoma de boca e orofaringe continua sendo maior no gênero masculino. A faixa etária mais encontrada foi entre os 50 e 60 anos. Em relação aos sítios anatômicos, prevaleceram as regiões da língua e soalho oral no câncer de boca, e as tonsilas palatinas em orofaringe. As condutas terapêuticas mais utilizadas foram a combinação entre radioterapia e quimioterapia e o uso de sonda. Em relação à distribuição por estadiamento, o estágio IV foi o mais encontrado, correspondendo ao grupo mais encaminhado ao setor de fonoaudiologia, sendo a presença de disfagia como queixa mais comum. E um último avaliava o perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia, cujo os resultados da pesquisa demonstraram que os pacientes estudados apresentaram

graus variados de deficiência nutricional e, assim, propõe-se que maior atenção seja destinada ao estado nutricional do paciente com câncer para que os déficits sejam corrigidos precocemente e as complicações ao quadro sejam evitadas.^{6,7,8}

O Ministério da Saúde disponibiliza os valores brutos das neoplasias de CCP, porém, é provável que a real incidência dessas neoplasias no Estado seja desconhecida. Para isso, faz-se necessário a realização de estudos relacionados a estas questões, para que assim possam contribuir para modificar o atual perfil epidemiológico desta doença no Estado através de políticas públicas e programas de assistência mais sensíveis à realidade desta região.

O objetivo do presente estudo é investigar as características epidemiológicas e sociodemográficas dos óbitos por câncer de cabeça e pescoço (cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe) na Bahia, entre os anos de 2010 a 2014.

5. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza observacional, de estrutura transversal, descritivo, a partir de base de dados secundária.

A população desta pesquisa é composta pelos óbitos ocorridos entre os anos de 2010 (último censo demográfico) a 2014 (último ano disponível na base de dados) no estado da Bahia. As informações foram obtidas através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram incluídos todos os óbitos por neoplasia maligna das vias aero digestivas superiores divididas em subsítios de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10^a edição): Cavidade Oral (C00, C02, C03, C04, C05 e C06), Orofaringe (C01, C09 e C10), Nasofaringe (C11), Hipofaringe (C12 e C13) e Laringe (C32), que vieram a óbito entre 2010 a 2014.

As variáveis epidemiológicas analisadas foram sexo, faixa etária, cor/raça, escolaridade e local de ocorrência dos óbitos, levando em consideração que todas as localizações foram analisadas de forma conjunta, constituindo um único grupo de câncer de cabeça e pescoço na Bahia. A variável mortalidade foi descrita também por subsítio de CCP e por regiões/municípios do estado da Bahia.

6. RESULTADOS

De acordo com a Figura I, entre 2010 e 2014 foram registrados 395.802 óbitos na Bahia, dos quais 47.798 (12,1%) foram por câncer. Com base nestes óbitos por câncer, o CCP representa 2.646 (5,5%).

Observando a Tabela I, o número de casos/ano de CCP na Bahia aumentou de 484 em 2010 para 593 em 2014, podemos notar o aumento dos óbitos no estado da Bahia em relação ao Brasil, havendo pequenas oscilações. Quanto à posição da Bahia, em relação aos outros estados, no que se refere aos óbitos de CCP, o estado ocupa a 6ª posição, ficando atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná, respectivamente.

A Tabela II mostra a distribuição do coeficiente bruto e padronizado da mortalidade na Bahia por núcleos regionais de saúde. O núcleo regional leste apresentou o maior número de óbitos, seguido de Itabuna, Ilhéus, Brumado, Jequié, Cícero Dantas, Itapetinga e Senhor do Bonfim respectivamente, o que corresponde aos municípios de Camaçari, Salvador, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus. A padronização ocorreu pelo método direto utilizando como população padrão a população do estado da Bahia no ano de 2014.

A Figura II mostra a distribuição de óbitos entre os tipos de CCP na Bahia entre 2010 e 2014. No ano de 2010 houve mais ocorrências de câncer de cavidade oral. Já

entre os anos de 2011 a 2013 prevaleceram os cânceres de laringe. E em 2014 o câncer de cavidade oral e o de laringe tiveram os mesmos números de óbitos.

A Tabela III apresenta os óbitos por CCP na Bahia de acordo com o sexo, faixa etária, cor/raça, escolaridade e local de ocorrência destes óbitos, apresentados da seguinte forma:

Em relação ao sexo verificou-se que desde 2010 estas neoplasias atingem mais o sexo masculino e com o passar dos anos há um aumento nos óbitos em relação a ambos os sexos. Em 2010 o sexo masculino representava 82% e em 2014 chegou a atingir os mesmos 82% dos casos, havendo uma oscilação entre os anos.

Em relação à faixa etária verificou-se, que os óbitos por estas neoplasias malignas atingiram com mais frequência a faixa entre 50 a 69 anos, em todos os anos de 2010 a 2014.

Em relação à cor/raça há maior prevalência na cor parda em todos os anos, representando 60,1% em 2010, e 57,8% em 2014.

No que diz respeito à escolaridade nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2014 destacou-se de 1 a 3 anos de estudo, mantendo-se a correlação inversamente proporcional entre escolaridade e prevalência dos óbitos por CCP entre 2010 a 2014. No ano de 2013 prevaleceu a variável ignorada, com 32,6%. Deve-se levar em consideração que nestes cinco anos analisados observou-se uma pequena diferença entre as variáveis Nenhum, de 1 a 3 anos e a variável ignorada.

Com relação aos óbitos por local de ocorrência, incluindo hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros, observa-se a prevalência entre os anos do hospital como local de maior ocorrência dos óbitos na Bahia, entre 2010 e 2014.

7. DISCUSSÃO

Em 2005 foi decretada a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal).⁹

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o tratamento do câncer, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Estes níveis de atenção devem estar capacitados para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.¹⁰

Na Bahia existem apenas 14 UNACON's (Feira de Santana, Ilhéus, Teixeira de Freitas, 2 unidades em Itabuna, 7 unidades em Salvador e 2 unidades em Vitória da Conquista) e 1 CACON (Salvador), sendo que nem todas estas unidades e centros de assistência atendem todos os tipos de câncer e uma parte não são hospitais públicos.¹¹

No que diz respeito aos anos analisados, de acordo com os dados coletados, foi verificado um aumento nos coeficientes de mortalidade no decorrer dos anos no estado da Bahia, mas comparados ao número total de ocorrência no Brasil, esta porcentagem deu uma variada, acompanhando os números dos casos no país, sendo compatível com a realidade nacional.

De acordo com a distribuição do coeficiente bruto e padronizado de mortalidade na Bahia entre os anos de 2010 a 2014, o estudo apontou o leste da Bahia como o núcleo regional de saúde que possui o maior coeficiente de mortalidade e apesar de não serem encontrados estudos para correlacionar os achados supõe-se que estes números seriam pela precariedade que a população enfrenta em relação aos serviços de saúde

especializados e pela grande demanda do núcleo regional, incluindo seus municípios vizinhos, para pouca assistência. Tal situação dificulta o diagnóstico e intervenção precoce, trazendo como consequência o avanço da doença e diminuindo a eficácia do tratamento. E sabe-se que durante as décadas de 80 e 90, as regiões do Brasil presenciaram um forte desenvolvimento social junto com o processo de industrialização, o que refletiu numa maior incidência das neoplasias malignas, na qual as principais cidades do país sofreram uma mudança nos seus padrões e hábitos de vida, incluindo, principalmente, estas pertencentes ao núcleo regional leste.^{1,4}

No que se refere ao coeficiente de mortalidade em relação ao tipo de câncer, entre os anos de 2010 a 2014, estudos apontam que o câncer de cavidade oral tem se destacado dentre os cânceres de cabeça e pescoço pela alta incidência e pelo diagnóstico tardio. O aumento progressivo no número de óbitos no que se refere ao câncer de laringe, no decorrer dos anos, no estado da Bahia, se dá pela associação entre o crescimento do consumo do álcool e do tabaco, sendo que a persistência destes fatores de risco diminui a cura do doente.^{1,13,14}

Com relação aos aspectos epidemiológicos estudados neste trabalho constatamos que com relação ao sexo, predomina-se o masculino. Estes dados encontrados ratificam os dados já mencionados pela literatura, na qual evidenciam uma maior ocorrência destas neoplasias em homens pelo alto consumo de álcool e tabaco frequente no sexo. Podemos também observar um aumento notável na incidência destas neoplasias em mulheres ao longo dos anos, que estar associado à mudança de hábitos do etilismo e tabagismo, já que são os principais fatores de risco para este grupo de neoplasias.^{15,16,17}

Estudos apontam uma predominância da mortalidade na cor branca, em ambos os sexos, como um realizado em um hospital universitário do noroeste de São Paulo. Mas, por ser um estudo realizado no estado da Bahia, onde há uma prevalência elevada

de indivíduos categorizados como pardos, encontramos uma maior prevalência dos óbitos nesta cor/raça.^{18,19}

Em relação à faixa etária, houve uma predominância em indivíduos com idades entre 50 a 69 anos. Estes achados corroboram com diversos estudos. Sabe-se que os agravos que atingem esta faixa etária (50 a 69 anos), implicam no tratamento e na recuperação, que se torna mais lenta e complicada com relação aos mais novos.^{15,16,20,21}

No que se diz respeito à escolaridade, pelo fato de haver uma grande porcentagem ignorada, esta se torna uma variável não confiável. Contudo, com base nos estudos, tornando-se compatível com a atual pesquisa, há uma prevalência do baixo grau de escolaridade. Utilizando a escolaridade como indicador socioeconômico, levando a concluir que a pobreza está intimamente ligada a vários comportamentos que afetam diretamente a saúde tais como acesso a informações e a serviços de atendimento especializado.^{16,22}

Em relação a variável local de ocorrência dos óbitos, houve uma prevalência significativa no ambiente hospitalar. Compatível também em diversos achados da literatura, considerando que o câncer é uma doença que necessita de uma atenção especializada e que segundo a Portaria 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Art. 21 afirma que é da responsabilidade das esferas do SUS: “IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;”, logo é esperado que essas mortes destes pacientes ocorram mais no âmbito

hospitalar, pois os mesmos vão em busca de um atendimento especializado que possa ajudar a sanar a doença ou retardá-la.^{16,23}

Considerando os resultados do presente estudo, constata-se que as informações coletadas são de extrema importância para que se possa compreender a situação epidemiológica do CCP no estado da Bahia. Os resultados encontrados poderão servir como recurso para a melhoria de políticas públicas e assistências, abrangendo e melhorando a qualidade do atendimento ao paciente com câncer de cabeça e pescoço.

8. CONCLUSÃO

Os dados de mortalidade de câncer de cabeça e pescoço na Bahia analisados, acometeram mais o seguinte perfil: indivíduos pertencentes ao núcleo regional de saúde do leste da Bahia, do sexo masculino, com faixa etária entre a quinta e sexta década de vida, da cor/raça parda e nível de escolaridade entre 1 a 3 anos de estudo. Dentre os óbitos analisados, estes ocorreram mais em hospitais.

Logo, pode-se concluir que é de extrema importância que o monitoramento da morbimortalidade por câncer vincule-se à rotina da gestão da saúde de modo a tornar-se objeto essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco.¹⁶

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3): 227-234
2. Curado MP, Martins E. Incidência e mortalidade dos cânceres de cabeça e pescoço no Brasil. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v. 35, nº 3, p. 136-141, julho / agosto / setembro 2006.
3. Galbiatti ALS, Pandovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck câncer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79(2):239-47.
4. Casati MFM, Vasconcelos JA, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.41, nº 4, p. 186-191, outubro / novembro / dezembro 2012.
5. Vieira SC, Lustosa AML, Barbosa CNB, Teixeira JMR, Brito LXE, Soares LFM, et al. *Oncologia Básica*. In: Vilar CMC, Martins IM. Câncer de cabeça e pescoço. 2012. P.9-22.
6. Góes C, Ramalho LMP, Cangussu, MCT, Oliveira LR. Perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de odontologia do Hospital Aristides Maltez (Salvador-Bahia). *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*; 38: [27-38], jan./jun. 2009.
7. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador- BA. *Rev. CEFAC.* 2009, vol.11, suppl.3, pp.441-447.
8. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, et al. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente

Oncológico do Sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 163-171.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/gm de 8 de dezembro de 2005. Diário Oficial da união, 9 de Dezembro de 2005 [portaria na internet]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html.

10. CONASS. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 11 de novembro de 2005. Disponível em:

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

11. Instituto Nacional do Câncer [homepage na internet]. Onde tratar pelo SUS [acesso em 5 fev 2017]. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/ba>.

12. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro 2014.

13. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Neto EAL. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. Rev bras epidemiol jul-set 2015; 18(3): 618-629.

14. Marchioni DML, Gattás GJF, Curioni AO, Carvalho, MB. Interação entre consumo alimentar e polimorfismos da GSTM1 e GSTT1 no risco para o câncer de cabeça e pescoço: estudo caso-controle em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2): 379-87.

15. Avi ALRO, Tanimoto HM, Queiroz CDS, Gerim LR, Zuza EP, Trevisani DM, et al. Neoplasia de boca e orofaringe: um estudo transversal na Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos, Brasil.

16. Pernambuco LA, Vilela MBR. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco - 2000-2004. *Brazilian journal of otorhinolaryngology* 75 (2) marco/abril 2009.
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016 – Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.
18. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras. Otorrinolaringol* 2008;74(1):68-73.
19. Cacciamali MC, Hirata GI. A influência da Raça e do Gênero nas Oportunidades de Obtenção de renda – Uma Análise de Discriminação em Mercados de Trabalho Distintos: Bahia e São Paulo. *Est. econ.*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 767-795, outubro-dezembro 2005.
20. Silva CMG, Cangussu MCT, Mendes CMC, Araújo RPC. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de boca e orofaringe atendidos no Hospital Aristides Maltez no período entre 2000 e 2006. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v.12, especial, p.411-418, dez.2013.
21. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portel MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.
22. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. [*Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(4) : 201 - 208].

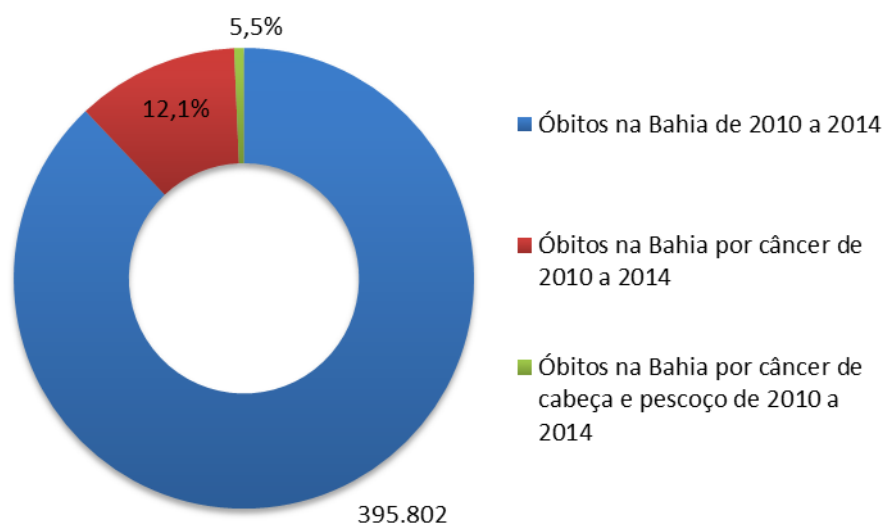
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 874, de 16 de maio de 2013. Diário Oficial da união, 17 de Maio de 2013 [portaria na internet]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

ANEXO I – Figuras e Tabelas

Figura I – Número de óbitos totais, por câncer e por câncer de cabeça e pescoço na Bahia, entre 2010 e 2014.

Figure I - Number of total deaths due to cancer and head and neck cancer in Bahia, between 2010 and 2014.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Tabela I – Número de óbitos por câncer de cabeça e pescoço na Bahia com relação ao Brasil, entre 2010 e 2014.

Table I - Number of deaths from head and neck cancer in Bahia in relation to Brazil, between 2010 and 2014.

Ano	Óbitos na Bahia	Óbitos no Brasil	Posição da Bahia em relação aos outros estados
2010	484	9.064	6º
2011	509	9.498	6º
2012	511	10.094	6º
2013	549	9.993	6º
2014	593	10.178	6º

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde.

Tabela II – Coeficiente bruto de mortalidade de câncer de cabeça e pescoço na Bahia, entre os anos de 2010 e 2014.

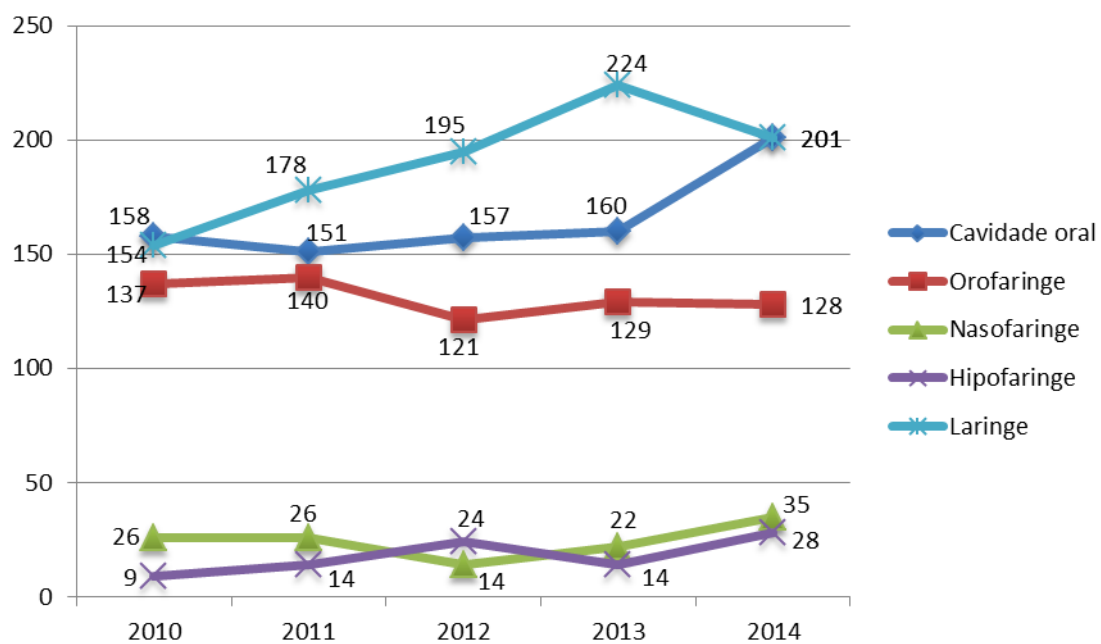
Table II - Gross mortality rate of head and neck cancer in Bahia between 2010 and 2014.

Regionais de saúde	Taxa bruta	Taxa padronizada
Centro leste	0,14	2,9
Centro norte	0,07	1,4
Extremo sul	0,13	2,7
Leste	0,31	6,2
Nordeste	0,11	2,1
Norte	0,08	1,5
Oeste	0,04	0,8
Sudoeste	0,13	2,5
Sul	0,15	3,0

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde.

Figura II – Distribuição dos tipos de câncer entre os anos de 2010 a 2014.

Figure II - Distribution of cancer types between the years 2010 to 2014.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde.

Tabela III – Perfil epidemiológico de câncer de cabeça e pescoço, de 2010 a 2014.

Table III - Epidemiological profile of head and neck cancer, from 2010 to 2014.

Ano/Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014
	N (%)= 484	N (%)= 509	N(%)= 511	N (%)= 549	N(%)= 593
Sexo					
Feminino	87 (18,0%)	105 (20,6%)	101 (19,8%)	100 (18,2%)	107 (18,0%)
Masculino	397 (82,0%)	404 (79,4%)	410 (80,2%)	449 (81,8%)	486 (82,0%)
Cor/raça					
Branca	83 (17,2%)	84 (16,5%)	82 (16%)	86 (15,7%)	106 (17,9%)
Preta	72 (14,9%)	89 (17,5%)	78 (15,3%)	82 (14,9%)	106 (17,9%)
Parda	291 (60,1%)	298 (58,5%)	316 (61,8%)	332 (60,5%)	343 (57,8%)
Amarela/ Indígena	1 (0,2%)	2 (0,4%)	2 (0,4%)	4 (0,7%)	1 (0,2%)
Ignorado	37 (7,6%)	36 (7,1%)	33 (6,5%)	45 (8,2%)	37 (6,2%)
Faixa etária					
Menor que 1 ano a 14 anos	-	-	-	2 (0,4%)	1 (0,2%)
15 a 29 anos	5 (1,0%)	9 (1,8%)	9 (1,8%)	6 (1,2%)	3 (0,5%)
30 a 49 anos	81 (16,7%)	88 (17,3%)	84 (16,4%)	74 (13,5%)	72 (12,1%)
50 a 69 anos	252 (52,1%)	273 (53,6%)	253 (49,5%)	303 (52,2%)	326 (55%)

70 e mais	146 (30,2%)	139 (27,3%)	165 (32,3%)	164 (29,9%)	191 (32,2%)
Escolaridade					
Nenhuma	95 (19,6%)	85 (16,7%)	100 (19,6%)	104 (19,0%)	134 (22,6%)
1 a 3 anos	115 (23,8%)	160 (31,4%)	175 (34,2%)	150 (27,3%)	194 (32,7%)
4 a 7 anos	90 (18,6%)	76 (14,9%)	62 (12,1%)	66 (12,0%)	71 (12,0%)
8 a 11 anos	48 (9,9%)	44 (8,7%)	55 (10,8%)	41 (7,5%)	67 (11,3%)
12 anos e mais	26 (5,4%)	10 (2,0%)	16 (3,1%)	9 (1,6%)	7 (1,2%)
Ignorado	110 (22,7%)	134 (26,3%)	103 (20,2%)	179 (32,6%)	120 (20,2%)
Local de Ocorrência dos óbitos					
Hospital	339 (70,1%)	363 (71,3%)	374 (73,2%)	396 (72,1%)	430 (72,5)
Outro estabelecimento de saúde	4 (0,8%)	5 (1,0%)	6 (1,2%)	3 (0,5%)	10 (1,7%)
Domicílio	134 (27,7%)	134 (26,3%)	126 (24,7%)	143 (26,1%)	147 (24,8%)
Via pública	4 (0,8%)	-	-	1 (0,2%)	2 (0,4%)
Outros	3 (0,6%)	1 (0,2%)	5 (1,1%)	6 (1,1%)	4 (0,6%)
Ignorado	-	6 (1,2%)	-	-	-

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde.

ANEXO II - Instrução aos autores

Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar **Artigos Originais** e inéditos (máximo de 21.600 caracteres), inclusive os de **revisão crítica** sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

- **Artigos originais com resultados de pesquisas**
- **Metodológicos:** Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;
- **Debate:** destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;
- **Notas e Informações:** notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução – mesmo que parcial – em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas

as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

- 196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- 251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;
- 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração “Normal” em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres), título resumido (máximo de 60 caracteres), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres no máximo, e devem ser apresentados na a

forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;
- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil

acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no *New England Journal of Medicine*, 1997; 336: 309, e na *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

LUDMILA CENCI ARAGÃO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE FONONCOLOGIA DE UM HOSPITAL
PÚBLICO FEDERAL

Salvador
2016

LUDMILA CENCI ARAGÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE FONONCOLOGIA DE UM HOSPITAL
PÚBLICO FEDERAL**

Projeto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientador (a): Marília Sampaio Carneiro.

Salvador

2016

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	OBJETIVOS	5
2.1	OBJETIVO GERAL	5
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	5
3.	REVISÃO DE LITERATURA	6
3.1.	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	6
3.2	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CANCEROLOGIA E O SUS	7
3.3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	10
3.4.	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FONONCOLOGIA	10
4.	QUADRO TEÓRICO	12
4.1.	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE CÂNCER	12
4.2.	HISTORIA SOCIAL DO CÂNCER E SUAS FORMAS DE TRATAMENTO	13
5.	METODOLOGIA	14
5.1.	DESENHO DE ESTUDO	14
5.2.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	14
5.3.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	15
5.4.	FONTE DE DADOS	15
5.5.	COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS	15
5.6.	PRINCIPAIS VARIÁVEIS/DIMENSÕES	15
5.7.	PLANO DE ANÁLISE	15
6.	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	16

7.	CRONOGRAMA	16
8.	ORÇAMENTO	17
	REFERÊNCIAS	18
	APÊNDICE A	21

1. INTRODUÇÃO

A oncologia foi a especialidade que por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes com câncer que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que muitas vezes busca de acrescentar ano à vida, era deixada de lado na necessidade de acrescentar vida aos anos (FLECK, 1999).

Com relação às sequelas do câncer de cabeça e pescoço (CCP), segundo o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, pode-se manifestar na deglutição (com dores e dificuldade para engolir), na fala, na voz (ocasionando rouquidão ou alteração no timbre), dificuldades em realizar movimentos relacionados com os músculos da face, o que afeta drasticamente a mastigação, pode apresentar também dor de ouvido, falta de ar, sangramentos à manipulação da ferida ou aumento de linfonodos cervicais (gânglios linfáticos localizados no pescoço) e emagrecimento, afetando adversamente a qualidade de vida do paciente, podendo levar à depressão, devendo isso à própria doença ou ao seu tratamento. Normalmente, a neoplasia é precedida por lesões pré-malignas, ou seja, que ainda não são cânceres, mas que podem evoluir para tal. A assistência fonoaudiológica junto aos pacientes em tratamento oncológico é de extrema importância.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o tratamento do câncer, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica. A habilitação das UNACONS e CACONS é periodicamente atualizada de acordo com a necessidade e indicação dos estados, baseadas em padrões e parâmetros publicados na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Cabe às secretarias estaduais e municipais de saúde organizar o fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para UNACON ou CACON.

Em 2005 foi decretada a Portaria GM/MS nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas

as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal).

A área de alta complexidade em Oncologia no SUS era regida por meio da Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, a qual estabelecia critérios para credenciamento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, classificados como I, II e III. Em dezembro de 2005, foi necessária a revisão e atualização desse normativo, a Portaria GM/MS nº 3.535/98, que foi revogada e houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, com a formação de uma Rede de Atenção Oncológica regional e estadual, e possui o objetivo de adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País.

Em Salvador, existe apenas 2 CACONs e 14 UNACONs, estas últimas não atendem todos os tipos de câncer, não são hospitais públicos, e não oferecem reabilitação fonoaudiológica ambulatorial pelo SUS.

O ambulatório de fononcologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos é o segundo ambulatório do município que oferece assistência fonoaudiológica especializada pelo SUS a pacientes em tratamento do câncer de cabeça e pescoço, e é o único realizado em um hospital público. O ambulatório recebe encaminhamentos da rede de atenção especializada, de diversos hospitais da cidade, principalmente das UNACONs que não dispõem desta oferta de assistência. Com isso Ressalta-se a importância de traçar um panorama da assistência fonoaudiológica e multidisciplinar, e do sistema de referência e contra-referência junto à rede de cuidados do paciente oncológico a partir dos dados encontrados no Ambulatório de Fononcologia.

Assim, o objetivo deste trabalho será avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço no HUPES.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Levantar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de Fononcologia de um Hospital público Federal.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Levantar as características do câncer de cabeça e pescoço dos pacientes;
Levantar as características do tratamento do câncer de cabeça e pescoço dos pacientes;
Descrever as condições sócio-demográficas destes pacientes;
Levantar a origem dos encaminhamentos dos pacientes na rede de saúde;
Levantar as demandas fonoaudiológicas dos pacientes;
Levantar o trabalho fonoaudiológico realizado pelo serviço.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) atinge aproximadamente 1,7% da população brasileira, onde representa aproximadamente 5% de todas as neoplasias. Corresponde a um grupo grande e heterogêneo de neoplasias localizados na pele, lábios, cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glândulas salivares, cavidade nasal, seios paranasais, meato acústico externo e orelha média. Acomete ambos os sexos e todas as raças, sendo mais frequente em homens e em negros asiáticos. A incidência do CCP aumenta com a idade e sua ocorrência é maior em pessoas acima de 50 anos (VILAR & MARTINS, 2012).

Com relação aos fatores de risco, o uso do tabaco e o álcool têm sido associados com o aumento do risco de CCP. Para quem faz uso da bebida alcoólica de maneira abusiva o risco aumenta de duas a seis vezes, e para quem faz uso do tabaco esse risco pode ser de cinco a vinte e cinco vezes maior, isso vai depender da quantidade de maços que o indivíduo consome (VILAR & MARTINS, 2012).

Os CCP podem apresentar sintomas variados a depender do local do tumor, podendo ser encontrados acidentalmente ou não. Isso vai depender do tipo de tumor, no qual sua apresentação pode ser silenciosa ou causa diversas manifestações, como úlceras, disfagias, rouquidão, otalgia, edema facial, entre outros (VILAR & MARTINS, 2012).

As opções de tratamento podem ser cirúrgicas, radioterápicas, quimioterápicas, iodoterápicas ou uma associação entre estes. Devem ser levados em consideração os fatores relativos ao local da doença, estágio e acessibilidade anatômica, certamente

incluindo o estado nutricional, o bem-estar e a individualidade de cada paciente (VILAR & MARTINS, 2012).

3.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A CANCEROLOGIA E O SUS

Ainda que as neoplasias malignas sejam a segunda causa de morte no Brasil, as estratégias para seu controle enfrentam problemas que afetam desde os mecanismos de formulação de políticas, até a mobilização da sociedade, incluindo a organização e o desenvolvimento das ações e serviços e as atividades de ensino e pesquisa. Dois aspectos caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no país. O primeiro advém do aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo, é o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido de garantir-se o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (OLIVEIRA et al, 2011).

A utilização dos serviços de saúde está ligada a características da oferta e à conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços. O padrão de utilização pode variar segundo sexo, grupos etários, grupos sociais, problemas de saúde, procedimentos específicos e áreas geográficas (OLIVEIRA et al, 2011).

Um adequado planejamento e avaliação do setor saúde terão de levar em conta a identificação dos polos de atração, a regionalização do atendimento, às distâncias percorridas pela população na busca pela assistência e os volumes envolvidos nestes deslocamentos. A análise de redes é uma forma de investigar a questão das relações entre local de residência e local do serviço de saúde. A configuração das ligações revela a estrutura da rede (OLIVEIRA et al, 2011).

Segundo a Revista Brasileira de Cancerologia o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por três níveis de complexidade: o nível primário, composto pelas unidades básicas de saúde (como o são os Postos e Centros de Saúde), oferece serviços externos, ambulatoriais, nas áreas da promoção da saúde (por exemplo, puericultura, vacinação, cuidados de pré-natal e fluoretação dentária) e prevenção e detecção de doenças (por exemplo, a hipertensão, o câncer e a diabete melito), funcionando essencialmente com base em quatro áreas fundamentais da atividade médica: Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica e Medicina Social.

No nível secundário, concentram-se as maternidades, os pronto-socorros, os hospitais distritais e o que no Brasil se conhece como policlínicas, clínicas, casas de saúde ou centros médicos, em que se contempla um atendimento ambulatorial e de internação, clínico e cirúrgico, restrito, ou não, a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias ou um centro de urgências pediátricas).

No nível terciário, classificam-se os hospitais gerais (por exemplo, um hospital estadual), os hospitais de clínicas (por exemplo, os hospitais universitários) e os hospitais especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (que se podem denominar centros, hospitais ou institutos). Pela diversidade dos componentes do nível terciário, tem-se utilizado a denominação terciário-quaternário para os serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer.

Ainda segundo esta revista, os serviços que compõem um sistema de saúde devem ter o seu número determinado pela população que cobrem, ser adequadamente distribuídos pela área geográfica onde vive esta população e manter entre si uma relação que garanta um fluxo ágil de encaminhamentos e atendimentos, de modo a serem mais eficazes (ou seja, cumprirem a sua finalidade com o menor custo possível) e eficientes (ou seja, cumprirem a sua finalidade com a máxima qualidade possível), evitando-se duplicação e retardo na aplicação da ação preventiva, terapêutica ou reabilitadora a que se destinam. Essa organização e fluxo são de fundamental importância para a adequada assistência oncológica. Para o controle do câncer, devemos buscar a integralidade de ações, no sistema de saúde, e a integração de serviços, nos centros de tratamento, que não serão possíveis sem o respectivo concurso de todos os órgãos envolvidos.

Da prevenção (de cânceres que realmente podem ser prevenidos) e da detecção precoce (de cânceres que, quando assim diagnosticados, podem realmente ser curados ou controlados a longo prazo) cuidam programas nacionais estruturados (como o do controle do tabagismo e do câncer do colo uterino, do Ministério da Saúde, coordenados pelo seu Instituto Nacional de Câncer, em inteiro trabalho conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde) (Revista Brasileira de Cancerologia, 2000).

Dos doentes, cuidam as instituições médico-hospitalares, que, no Brasil, denominam-se CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia. A participação desses centros nos programas de prevenção e detecção precoce dá-se com o treinamento de recursos humanos e o atendimento dos casos de câncer detectados.

Há de se programar a incorporação dos serviços isolados de quimioterapia e de radioterapia a unidades hospitalares, para a formação de CACON, de modo a se reorganizar adequadamente a assistência oncológica, no âmbito do SUS.

Segundo a Coordenadoria de Saúde da região metropolitana da grande São Paulo, na Unidade de Avaliação e Controle, os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

As atividades de prevenção e detecção precoce devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde.

A prestação da assistência ao paciente deve abranger sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

Ainda segundo a Coordenadoria de Saúde da região metropolitana da grande São Paulo, estes Centros de Alta Complexidade em Oncologia são classificados como:

- CACON I: Hospitais Gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, tumores linfocitopoiéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados, dentro de uma mesma estrutura organizacional e atenderem ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada.
- CACON II: Instituições dedicadas, prioritariamente, ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes. Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.
- CACON III: Instituições dedicadas, exclusivamente, ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais. São caracterizadas por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

3.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O câncer é a segunda causa de morte por doença no país o que o torna um problema de saúde pública no Brasil. Entre os principais fatores associados ao maior número de casos estão a urbanização e a industrialização, que por outro lado o acesso as novas tecnologias possibilitam melhores meios que incluem diagnóstico e tratamento. O que favorece a exposição aos fatores de risco ambientais, os quais são atribuídos com relação direta ou indireta com os casos de câncer, é a concentração de mais da metade da população nos grandes centros (BITTENCOURT, SCALETZKY & BOEHL, 2003).

O câncer de cabeça e pescoço, pela alta incidência e mortalidade, constitui um problema de saúde pública principalmente nos países subdesenvolvidos (MELO, et al, 2007).

Segundo pesquisas realizadas nas cidades de Bauru, São Paulo, Salvador, Porto Alegre e segundo o Registro Hospitalar do Câncer (RHC) essas neoplasias acometem mais homens do que mulheres (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007; BITTENCOURT, SCALETZKY & BOEHL, 2003; MELO, et al., 2007; ALVARENGA, et al., 2008), com idades acima de 50 anos e escolaridade com ensino médio incompleto (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007; BITTENCOURT, SCALETZKY & BOEHL, 2003; MELO, et al, 2007 & ALVARENGA, et al, 2008). De acordo com os sítios primários dos tumores, houve uma prevalência da cavidade oral e faringe (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007; MELO, et al, 2007 & ALVARENGA, et al, 2008). Referente ao grau de diferenciação histológica houve predominância do Carcinoma Espino Celular (CEC) (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007; MELO, et al, 2007 & ALVARENGA, et al, 2008). No estadiamento observou-se um maior numero de tumores T4 (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007; MELO, et al, 2007 & ALVARENGA, et al, 2008). De acordo com os fatores de risco, a maioria afirma fumar e fazer uso do álcool (FIGUEREDO, 2013; GOES, 2007 & MELO et al, 2007). E em relação do tratamento a maioria faz o uso da quimioterapia e radioterapia associadas à cirurgia.

3.4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FONONCOLOGIA

A Fononcologia é uma área da Fonoaudiologia que está intimamente ligada com a Oncologia, em especial aos cânceres de cabeça e pescoço. A área da Fonoaudiologia é responsável pela habilitação e/ou reabilitação de pacientes em nível da promoção da

saúde e prevenção de agravos, aperfeiçoando aspectos fonoaudiológicos relacionados à função auditiva, linguagem oral e escrita, voz, fluência, articulação da fala e dos sistemas miofuncionais, orofaciais, cervicais e de deglutição. Exercendo também atividades relacionadas ao ensino e às contribuições científicas.

Com a introdução do fonoaudiólogo na área de cancerologia da cabeça e pescoço, gerou-se nele a necessidade de adquirir informações que excedesse os da fonoaudiologia tradicional, buscando nas áreas correlatas a compreensão sobre a evolução do câncer, as suas manifestações, as modalidades de tratamento, as sequelas estéticas e funcionais, para desta forma, poder definir, ampliar e delimitar o seu campo de ação, que então passou a não mais se restringir apenas à reabilitação das sequelas procedentes do tratamento cirúrgico (VICENTE, 2000).

Segundo o Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia da Fundação Oncocentro de São Paulo, por vezes restringimos a atuação fonoaudiológica à tarefa de reabilitar o enfermo. No entanto, o campo de ação desta especialidade deve ultrapassar a prática de tratar as sequelas funcionais provenientes da terapêutica do câncer de cabeça e pescoço. A ampla compreensão da anatomia e fisiologia das estruturas envolvidas nas funções de voz, fala, mastigação, deglutição e mímica facial, bem como o conhecimento das diferentes modalidades de tratamento, permite ao fonoaudiólogo determinar os comprometimentos esperados para uma determinada abordagem terapêutica, possibilitando estabelecer uma conduta individualizada.

Nos casos de cirurgia, o fonoaudiólogo deve informar quais serão as sequelas funcionais decorrentes do(s) tratamento(s), assim como, quais serão as possibilidades de tratamento e como este se procederá. Além de tais informações, é nesse momento que o fonoaudiólogo inicia sua avaliação observando aspectos pertinentes ao paciente, tais como articulação, regionalismo, maneirismo, ritmo e velocidade de fala, traços de personalidade, entre outros, que serão considerados no momento da reabilitação. A orientação fonoaudiológica, tanto pré como pós-operatória, visa estabelecer o vínculo entre terapeuta, paciente e família, e conscientizando a todos sobre as sequelas fonoaudiológicas e sobre as possibilidades de reabilitação (Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia, 2000).

Durante o processo de reabilitação, o foco terapêutico deve ser centrado na minimização dos comprometimentos funcionais e maximização das adaptações e compensações adequadas para a função. Existem três aspectos fundamentais a serem considerados na fonoterapia: enfatizar o positivo - estimular os aspectos que o paciente

conseguir realizar de modo adequado; aceitar o negativo - as limitações que apresente em decorrência da cirurgia e, também, as nossas próprias limitações enquanto terapeutas; desenvolver adaptações compensatórias para tentar suprir da melhor maneira possível as deficiências existentes (Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia, 2000).

Vale destacar, a importante função do reabilitador em identificar os limites terapêuticos, que por vezes são sombrios, para que não se exija do paciente o que ele não possa realizar por limitações cirúrgicas ou mesmo cognitivas. A frustração do paciente só contribui para o insucesso terapêutico (Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia, 2000).

4. QUADRO TEÓRICO

4.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, o câncer é um tumor maligno gerado pelo crescimento desordenado de células invasoras podendo espalhar-se por todo corpo, atingindo tecidos e órgãos. Estas células dividem-se rapidamente e tendem a ser agressivas e incontroláveis. Possuem causas variadas, podendo ser externas (devido ao meio ambiente e hábitos ou costumes), internas (geneticamente pré-determinadas) ou podem estar inter-relacionadas.

Os variados tipos de câncer podem possuir diferentes tipos de células, por exemplo, quando começam em tecidos epiteliais são denominados carcinomas, se começam pelos tecidos conjuntivos, são denominados sarcomas.

O tratamento pode ser feito através de cirurgias, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, na maioria dos casos há necessidade de combinar mais de um tipo de tratamento. A radioterapia faz uso de radiações para destruir o tumor ou impedir que cresça e sua aplicação é indolor. A quimioterapia utiliza de medicamentos intravenosos, via oral, intramuscular, subcutânea, tópica ou intratecal. Esses medicamentos se misturam com o sangue e atingem todas as partes do corpo com o intuito de destruir essas células doentes que estão em formação e impedindo que se proliferem. E o transplante de medula consiste na substituição de uma medula óssea doente por células normais de medula óssea visando a reconstituição de uma nova medula.

4.2 HISTÓRIA SOCIAL DO CÂNCER E SUAS FORMAS DE TRATAMENTO

Desde o século IV a.C., os egípcios, persas e indianos já faziam referência a um tumor maligno, mas foram pelos estudos da escola hipocrática grega que fizeram uma melhor definição do câncer que era visto como um desequilíbrio dos fluidos que compõe o organismo e o caracterizou como um tumor duro que por diversas vezes reaparecia depois extraído ou que se espalhava por diversas partes do corpo causando a morte. Tal concepção sobre o câncer se manteve até o século XVII, na medicina ocidental. E só a partir do século XV se descobriu o sistema linfático, que fez a relação de que essa doença estivesse ligada ao desequilíbrio da linfa sobre o organismo, um problema orgânico geral, onde os tumores eram apenas manifestações visíveis. Este conhecimento inibia intervenções cirúrgicas ou medicamentosas, supondo que as terapias voltadas para o equilíbrio do corpo eram as mais adequadas ao reparo completo do doente (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

O desenvolvimento da anatomia patológica e os conhecimentos sobre células, no século XVIII, mostraram-se fundamental para que o câncer fosse visto como uma doença de caráter local. Apesar dos grandes avanços acerca desta doença, as possibilidades em relação ao tratamento eficaz, continuavam inexistentes, restando as vítimas a internação em asilos para degenerados onde esperavam a morte (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

Meados do século XIX pareciam que os avanços cirúrgicos daria uma nova perspectiva em relação ao câncer. As primeiras cirurgias datam da década de 1840, quando a utilização anestésica possibilitou a existência de cirurgias mais invasivas, porém, o número de fracassos relacionados a este procedimento fez com que fossem deixadas de lado (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

Somente duas décadas mais tarde, as cirurgias passaram a ser mais executáveis, devido ao desenvolvimento das técnicas de assepsia, garantindo a segurança necessária para o desenvolvimento de diversas incisões e a partir daí diversas intervenções cirúrgicas começaram a ser bem-sucedidas (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

Em 1895, passam a surgir os primeiros passos relacionados às grandes transformações no tratamento, que se deu através da aproximação da medicina, da química e da física. O primeiro desses grandes passos foi a criação dos Raios X. As primeiras tentativas de uso médico não se encontrava uma compreensão biológica sobre sua forma de ação. Somente em 1905, que surgiram os primeiros esclarecimentos sobre

seu princípio de ação curativa, quando o radiologista francês Jean Bergonié e o histologista Louis Tribondeau, provaram que as células cancerosas eram mais sensíveis a esses raios do que as células sãs. Este trabalho deu fundamentação biológica para a utilização da radioterapia e possibilitou novos caminhos para a utilização científica (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

No campo da prática médica, à medida que o desenvolvimento relacionado à cirurgia aumentava a taxa de sucesso nas retiradas de tumores malignos em diversos órgãos internos aumentavam também. A radioterapia obtinha mais êxito nos cânceres cervicais, mamários, uterinos e cutâneos. Porém, com exceção desses últimos, a chance de cura dos outros tipos de câncer ainda era significativamente baixa, sendo que as novas descobertas das ciências médicas que mudariam esse rumo no século XX com a quimioterapia, que foi descoberta durante a Primeira Guerra. A quimioterapia é um tratamento composto por substâncias químicas capaz de controlar o processo de multiplicação celular e atualmente é considerada um dos principais tratamentos contra o câncer (TEXEIRA & FONSECA, 2007).

“As atitudes sociais frente ao câncer, a participação do paciente no tratamento e as suas estratégias de enfrentamento, são conhecidas por serem profundamente influenciadas pelas normas e crenças culturais.” Isso significa dizer que as experiências e as crenças próprias e de familiares influencia na tomada de decisões durante o processo da doença e estes aspectos afetam também a comunicação entre o ser doente e os profissionais de saúde (ZAGO, et al, 2001, p. 108).

5. METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Este projeto se caracteriza como um estudo de natureza observacional, de estrutura transversal, do tipo retrospectivo e nível descritivo.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra populacional desta pesquisa será composta pelos indivíduos não ativos atendidos no ambulatório de Fononcologia do serviço de Fonoaudiologia do

serviço do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES) entre os anos de 2011 e 2016.

5.3 CRITÉRIOS E INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos todos os indivíduos não ativos, com câncer de cabeça e pescoço, atendidos no ambulatório de Fononcologia do HUPES, no período de 2011 a 2016, submetidos ou não a algum tratamento.

5.4 FONTE DE DADOS

A fonte destes dados serão os prontuários dos pacientes atendidos ambulatório de fononcologia, do Serviço de Fonoaudiologia do Complexo HUPES.

5.5 COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS

A coleta de dados será feita a partir dos prontuários institucionais dos pacientes atendidos no ambulatório de Fononcologia utilizando como instrumento um formulário de coleta contendo informações a respeito do gênero, idade, profissão, região (cidade, bairro) de origem, origem do encaminhamento, localização e tamanho do tumor, tratamentos realizados, demandas fonoaudiológicas. Esperamos analisar entre 100 a 200 prontuários.

5.6 PRINCIPAIS VARIÁVEIS/DIMENSÕES

As variáveis analisadas incluem gênero, idade, profissão, região (cidade, bairro) de origem, origem do encaminhamento, localização e tamanho do tumor, tratamentos realizados, demandas fonoaudiológicas.

5.7 PLANO DE ANÁLISE

Serão apresentadas medidas de ocorrência, medidas de tendência central e uma análise estatística para comparação destas medidas entre diferentes grupos de

resultados, podendo ser paramétricos ou não paramétricos. Os resultados serão dispostos em tabelas descritivas e gráficos.

6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de estudos com seres humanos será necessário submeter esta pesquisa à aprovação do Comitê de Ética, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. É preciso obter também a aprovação do chefe do serviço de Fonoaudiologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES) e do Serviço de Arquivamento Médico e de Estatístico (SAME) do Complexo HUPES para a coleta de dados e informações dos pacientes, mediante assinatura de carta de anuência.

7. CRONOGRAMA

	2016										2017			
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR
Entrega do Projeto de Pesquisa ao CEP, análise e aprovação	X	X	X	X										
Atualização Bibliográfica						X	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta de dados					X	X	X	X	X	X	X			
Análise de dados											X	X	X	
Redação do artigo/TCC											X	X	X	
Apresentação do TCC														X

8. ORÇAMENTO

Para a realização deste projeto serão utilizados recursos próprios.

- Material de uso permanente:

Item	Quantidade
Notebook	1
Impressora	1
Total:	2

Observação: sem a necessidade de atribuir valor.

- Material de consumo:

Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Papel A4	1 resma	R\$ 12,00	R\$ 12,00
Caneta	5	R\$ 2,00	R\$ 10,00
Lapis	5	R\$ 0,50	R\$ 2,50
Borracha	2	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Cartucho	3	R\$ 20,00	R\$ 60,00
Total:	16	R\$ 36,50	R\$ 88,50

- Valor total do orçamento:

Material	Valor
Uso permanente	R\$ 0,00
De consumo	R\$ 83,50
Total:	R\$ 83,50

REFERÊNCIAS

SCHNITMAN, A. **Análise da fidedignidade da declaração da causa básica de morte por câncer em Salvador.** São Paulo, 1990.

VICENTE, L.C.C. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO COMITÊ DE FONOAUDIOLOGIA EM CANCEROLOGIA. **Fonoaudiologia em cancerologia.** Páginas 73-78. São Paulo, 2000.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA - **O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS,** 2000. Pág 235-239.

Fonoaudiologia em Cancerologia - COMITÊ DE FONOAUDIOLOGIA EM CANCEROLOGIA. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2000.

ZAGO, M.M.F.; BARICHELLO, E.; HANNICKEL, S.; SAWADA, N.O. **O adoecimento pelo câncer de laringe.** São Paulo, 2001.

AMAR, A.; RAPOPORT, A.; FRANZI, S. A.; BISORD, C.; LEHN, C. N. **Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço.** São Paulo, 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE – Coordenadoria de Saúde da região metropolitana da grande São Paulo (Unidade de Avaliação e Controle) - **Manual de credenciamentos e cadastramentos especiais.** São Paulo, 2002.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. **Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS.** Porto Alegre, 2003.

ALVARENGA, L.M.; RUIZ, M. T.; PAVARINO-BERTELLI, E.C.; RUBACK, M. J. C.; GOLONI-BERTOLLO, E. M. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.** São Paulo, 2007.

MELO, L. C.; SILVA, M. C.; BERNARDO, J. M. P.; MARQUES, E. B.; LEITE, I. C. **G. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe.** Juiz de Fora, 2007.

GOES, C. **Perfil epidemiológico do paciente com câncer de cabeça e pescoço atendido no setor de odontologia do Hospital Aristides Maltez no ano de 2006.** Salvador, 2007.

NARDI, V. **Cursos de graduação em fonoaudiologia no estado da Bahia: formação acadêmico-profissional.** Salvador, 2010.

TEXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a doença de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011; Cap. 1, p. 13-23.

OLIVEIRA, E. X. O.; MELO, E. C. P.; PINEHIRO, R. S.; NORONHA, C. P.; CARVALHO, M. S. **Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama.** Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, A. M. **Prevalência e características clínico-epidemiológicas do câncer bucal e de cabeça e pescoço no Hospital Estadual de Bauru/SP.** Bauru, 2013.

MUNIZ, L. F. **Resumo das palestras e cursos instrucionais.** Pernambuco, 2013. Disponível em: <http://sbfa.org.br/fono2013/pdf/anais_parte2.pdf> Acesso em 7 de novembro de 2014>.

VIEIRA, S. C.; LUTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B.; TEXEIRA, J. M. R.; BRITO, L. X. E.; SOARES, L. F. M. **Oncologia Básica.** 2012. Cap. 1, p. 9-21.

NEMR, K.; ARAKAWA-SUGUENO, L. **Fononcologia e novas tendências.** Codas, 2014.

INCA, em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em 12 de novembro de 2014.

Hospital Universitario Pedro Ernesto, em:

<http://www.hupe.uerj.br/Assistencia/ASS_Fonoaudiologia/ASS_fonoaudiologia.html>

Acesso 03 de novembro de 2014.

Instituto Brasileiro de Controle de Câncer, em

<<http://www.ibcc.org.br/especialidades/especialidades-medicas/cirurgia-cabeca-pescoco.asp>>. Acesso em 20 de abril de 2015.

APÊNDICE A – Protocolo de coleta de informações

Nome: _____ Sexo: () F () M

Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Composição familiar: _____

História de tabagismo : () sim () não etilismo: () sim () não

Tipo e local do tumor:

TNM:

Estágio do tumor: () I () II () III () IV

Tratamentos Oncológicos:

() Nenhum

() Cirurgia: _____

() Radioterapia: _____

() Químioterapia : _____

() Cuidados paliativos: _____

() Outros: _____

Queixas: _____

Demandas Fonoaudiológicas: _____

Data de início do atendimento: _____

No de sessões: _____

Duração do atendimento: () – 6 meses () + 6 meses () 1 ano

() 2 anos () 3 anos () + de 3 anos

Encaminhamentos: () Psicólogo () Nutricionista () Psiquiatra () Fisioterapeuta

() Odontólogo () Outros () Cirurgião: _____

Outros (): _____