

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA

COMUNICAÇÃO HUMANA

RODRIGO CESAR ABREU DE AQUINO

MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA: ASPECTOS

EPIDEMIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A

COMUNICAÇÃO HUMANA

Recife
2015

RODRIGO CESAR ABREU DE AQUINO

**MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA: ASPECTOS
EPIDEMIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A
COMUNICAÇÃO HUMANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana.

Orientador: Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Recife
2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A657m Aquino, Rodrigo Cesar Abreu de.
Mortalidade por câncer de boca: aspectos epidemiológicos e
implicações para a comunicação humana / Rodrigo Cesar Abreu de
Aquino. – Recife: O autor, 2015.
130 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Mirella Bezerra Rodrigues Vilela.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana,
2015.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Neoplasias bucais. 2. Registros de mortalidade. 3. Sistema
estomatognático. I. Vilela, Mirella Bezerra Rodrigues (Orientadora). II.
Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2015-061)

RODRIGO CESAR ABREU DE AQUINO

**MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA: ASPECTOS
EPIDEMIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A
COMUNICAÇÃO HUMANA**

Dissertação aprovada em:

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela (UFPE – Orientadora)

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo – Membro interno

Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima – Membro interno

Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva – Membro externo

Recife
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

COLEGIADO

Prof. Dr. Hilton Justino da Silva (Coordenador)

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga (Vice-Coordenadora)

Profa. Dra. Anna Myrna Jaguaribe de Lima

Prof. Dr. Antônio Roazzi

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo

Profa. Dra. Daniele Andrade da Cunha

Profa. Dra. Denise Costa Menezes

Profa. Dra. Lilian Ferreira Muniz

Profa. Dra. Maria das Graças Wanderley Coriolano

Profa. Dra. Maria Eugenia Farias Almeida Motta

Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Profa. Dra. Mariana de Carvalho Leal

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Profa. Dra. Silvana Maria Sobral Griz

Profa. Dra. Silvia Regina Arruda de Moraes

Profa. Dra. Ana Augusta de Andrade Cordeiro

Profa. Dra. Jônia Alves Lucena

Prof. Dr. Otávio Gomes Lins

SECRETARIA

Alexandre Vasconcelos da Silva Telles

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marcia e Ricardo, pela educação que me proporcionaram e pelos valores que me ensinaram. Em especial à minha mãe pelo exemplo de luta, empenho e perseverança que me levou, desde muito cedo, à busca de novas conquistas.

Agradeço a minha esposa, Tatiane, por compreender meus momentos de ausência e estresse, pela presença, apoio e confiança em tudo que me proponho a fazer, por compartilhar sonhos e acima de tudo, pelo amor que me oferece a cada dia.

Ao meu irmão, Marcio, pela ajuda na construção dos meus *Abstract*, e apoio nas minhas decisões acadêmicas.

A minha orientadora, Mirella Rodrigues, pela paciência, dedicação constante e imenso prazer em compartilhar comigo seu gigantesco conhecimento frente às minhas dúvidas e dificuldades, caminhando sempre comigo. Jamais conseguiria chegar onde cheguei, se não fosse por ela.

Aos meus docentes e colaboradores, Coeli Ximenes e Maria Luiza Timóteo, pelos conhecimentos compartilhados na condução deste trabalho.

Aos meus amigos de Mestrado, Ana Iza, Dani, Camila, Carol, Gabi, Julianne, Helena, Lú, Rafa e Tiago, que me proporcionaram momentos incríveis de aprendizado e amizade, compartilhando de forma generosa, toda e qualquer informação necessária para nosso crescimento acadêmico. Pessoas que guardarei na minha vida e no meu coração.

As minhas amigas e eternas professoras, Fátima Valter, Suzane Brust e Viviane Meireles, pelo incentivo na decisão de encarar esse novo desafio.

Aos colegas de Vigilância em Saúde, pelo apoio nessa minha caminhada, e em especial à Gertrudes Monteiro e Mirian Tavares, pela paciência e disponibilidade em ajudar na anuência da liberação dos dados da minha pesquisa, além de serem amigas que posso sempre contar.

Aos professores da Pós Graduação em Saúde da Comunicação Humana, pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana que contribuiu para minha formação.

À banca, Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares, Profa. Dra. Maria Luiza Lopes, Profa. Dra. Vanessa Lima pela dedicação e contribuições oferecidas.

Às Famílias dos pacientes que contribuíram para a construção desse trabalho.

A todos que indiretamente contribuíram de alguma forma no meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico.

RESUMO

O câncer de boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias do tumor, nos lábios e na cavidade bucal. É caracterizado como um problema de saúde pública, por apresentar elevadas taxas de morbimortalidade. O estudo teve como objetivo caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca, as implicações para a comunicação humana e o acesso à assistência fonoaudiológica. Foram desenvolvidos três estudos, sendo o primeiro um estudo seccional, e os outros estudos descritivos e retrospectivos. A população de estudo foi constituída pelos óbitos por câncer de boca, notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade, em residentes de Olinda. As variáveis estudadas foram: características pessoais, do câncer, do acesso aos serviços de saúde e as alterações da comunicação. Foram identificados 87 óbitos, perfazendo um coeficiente padronizado de 21,5/100.000 habitantes. Houve predomínio dos óbitos entre homens, não casados, em pretos ou pardos, com ocupação não braçal, escolaridade inferior a sete anos de estudo, com localização em faringe e língua. As maiores razões de prevalência foram encontradas entre os homens, em trabalhadores braçais e no câncer de palato. Dos 18 casos de óbito por câncer de boca investigados no domicílio, foram referidas alterações na fala (88,9%), mastigação (83,3%), voz (77,8%), sucção em canudo (72,2%) e audição (27,8%). Na maioria dos casos registra-se a realização de tratamento específico, em 27,8% houve a indicação para fonoaudiologia e destes, todos receberam assistência fonoaudiológica. Para 94,4% dos óbitos, o diagnóstico ocorreu em serviços especializados ou de referência, o tempo entre o diagnóstico e o tratamento se deu, nos 83,3% dos casos, em até 60 dias. Tomando como referência as residências dos óbitos por câncer de boca, a distância média percorrida por esses indivíduos para os locais de diagnóstico foi de 7.364,7 metros e para os locais de tratamento, a distância percorrida foi de aproximadamente 6.987,5 metros. Este estudo possibilitou caracterizar os aspectos epidemiológicos que apresentam as maiores prevalências para a mortalidade por câncer de boca, as funções comunicativas comprometidas e a necessidade de assistência fonoaudiológica, bem como conhecer o itinerário percorrido pelo paciente, levando em consideração a distância e o tempo gasto.

DESCRIPTORIOS: Neoplasias Bucais; Registros de Mortalidade; Sistema Estomatognático

ABSTRACT

Mouth cancer is a concept that includes various primary locations of tumors, lips and oral cavity. It is characterized as a public health problem, due to its high morbidity and mortality rates. The study aimed to characterize the epidemiology of mortality from oral cancer, the implications for human communication, and the access to speech therapy assistance. Three studies were carried out, the first one was a cross-sectional study, and the other ones were descriptive and retrospective studies. The study population was composed of deaths from oral cancer, reported to the Mortality Information System, of the residents of Olinda. It were studied the variables of personal characteristics, of the cancer, of the access to health services and of communication deficits. 87 deaths were identified, making a standardized coefficient of 21.5 / 100,000 population. There were more deaths among men, unmarried, black or brown skin color, with no manual occupation, education level less than 7 years of study, with location in the pharynx and tongue. The highest reasons of prevalence were found among men doing manual works and palate cancer. Of the 18 patients who died of mouth cancer investigated at home, amendments were mentioned in speech (88.9%), chewing (83.3%), voice (77.8%), the suction tube (72.2 %) and hearing (27.8%). In most cases there was realization of specific treatment, in 27.8% there was the indication for speech therapy and, in this group, all of them received speech therapy assistance. For 94.4% of the deaths, the diagnosis occurred in specialized or referral services, the time between diagnosis and treatment occurred in 83.3% of cases within 60 days. Regarding the residences of deaths from oral cancer, the distance average traveled by these individuals to the place of diagnosis was 7.364,7 meters and to the place of treatment the distance traveled was approximately 6.987,5 meters. This study made it possible to characterize the epidemiological aspects that present the highest prevalence for mortality from oral cancer, the compromised communicative functions and the need for speech therapy assistance, besides of knowing the road traveled by the patient, considering the distance and the time spent.

KEY WORDS: Mouth Neoplasms; Mortality records; stomatognathic system

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPP	Câncer de Cabeça e Pescoço
DO	Declaração de Óbito
FUNESO	Fundação de Ensino Superior de Olinda
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RP	Razão de Prevalência
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE SÍMBOLOS

$<$	Menor
$\%$	Percentual
$=$	Igualdade
α	Significância
Md	Média
δ	Desvio Padrão
p	p-valor

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Câncer de Boca	18
2.1.1 Carcinogênese e Aspectos Epidemiológicos	18
2.1.2 Implicações do Câncer de Boca na Comunicação Humana	20
2.2 Rede de Atenção à Saúde	22
2.2.1 Rede Assistencial Oncológica	22
2.2.2 Itinerário Terapêutico	25
3 MÉTODO	51
4 RESULTADOS	60
ARTIGO ORIGINAL I: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA: CONHECENDO OS RISCOS PARA POSSIBILITAR A DETECÇÃO PRECOCE DAS ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO	61
ARTIGO ORIGINAL II: CÂNCER DE BOCA: AS ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA	74
ARTIGO ORIGINAL III: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ACESSO GEOGRÁFICO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CASOS DE ÓBITOS POR CÂNCER DE BOCA: AS CONTRIBUIÇÕES DA FONOAUDIOLOGIA	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	112

APÊNDICE A – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACESSO GEOGRÁFICO À REDE E AS IMPLICAÇÕES NA COMUNICAÇÃO HUMANA	115
ANEXOS	117
ANEXO A – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO	118
ANEXO B – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR DO INCA	119
ANEXO C – APROVAÇÃO DO CEP	121
ANEXO D – COMPROVANTE DE ENVIO DO ARTIGO DE REVISÃO PARA A REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA	122
ANEXO E – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO DE REVISÃO PARA A REVISTA CEFAC	123
ANEXO F – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA	124

1 APRESENTAÇÃO

Dois aspectos caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil. Primeiro, o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo, o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido de se garantir o acesso pleno e equânime da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (OLIVEIRA et al., 2011).

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) ocupa a sexta posição como o câncer mais frequente em todo o mundo, acumulando entre dois a três por cento de todas as neoplasias. Destes, 40,0% ocorrem na boca, 25,0% na laringe, 15,0% na faringe e 20,0% nos demais sítios anatômicos, incluindo as glândulas salivares. No Brasil, o câncer de boca está como sexto tipo de câncer mais incidente, ocupando a quarta posição na região nordeste (INCA, 2008; SANTOS et al., 2011).

Em 2012, 14.170 casos novos de câncer de boca ocorreram no Brasil, sendo 9.990 em homens e 4.180 em mulheres, e assim é considerado o câncer mais comum da região da cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele não-melanoma. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e quatro para cada 100 mil mulheres (CAMPOS; LEITE, 2010; INCA, 2014).

O câncer de boca, sexto em incidência entre homens e que atinge mais 11.000 novos brasileiros todo ano, é a mais grave doença que afeta a boca, provocando 4.891 óbitos em 2010, sendo 3.882 homens e 1.009 mulheres, ocupando a terceira posição nas razões incidência / mortalidade entre as neoplasias (BRASIL, 2009; INCA, 2014).

Como em outras neoplasias malignas, o câncer de boca tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do hospedeiro, próprios do indivíduo. Ambos são variados e os seus papéis na gênese do câncer da boca não estão completamente esclarecidos, apesar da influência de fatores individuais, como herança genética, sexo e idade, e de fatores externos, entre eles a agressão por agentes físicos, biológicos e químicos, já está suficientemente documentada. A conjugação entre estes e os fatores externos, associados ao tempo de exposição, é condição básica também na gênese dos tumores malignos que acometem a boca (BRASIL, 2002).

Tabagismo, etilismo e infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) são tidos como principais fatores de risco para o câncer de boca. O fumo e o álcool estabelecem um

sinergismo entre si, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer. O tabaco e o álcool são responsáveis, respectivamente, por cerca de 42,0% e 16,0% dos óbitos por essa neoplasia (INCA, 2014).

No Brasil, a maior ocorrência desses cânceres tem sido registrada na língua, acumulando 32,0% dos casos, seguidos da orofaringe (18,5%) e do assoalho de boca (12,4%), sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais frequente (MELO, 2010). Dependendo das áreas atingidas e do tratamento realizado, os indivíduos podem apresentar alterações orgânicas e funcionais, como dificuldades na mobilidade e desempenho das estruturas e funções orofaciais: fonoarticulação, voz e deglutição (NEMR; LEHN, 2004).

As taxas de mortalidade representam o principal indicador na caracterização da importância das doenças cardiovasculares e neoplasias malignas. De forma geral, as neoplasias malignas representam uma importante causa de morbidade e mortalidade dentre as doenças crônico-degenerativas, estimulando a produção científica e com isso, o desenvolvimento de ações específicas para o seu controle pelos serviços de saúde (MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000; BRASIL, 2009).

A mais recente estimativa mundial apontou que ocorreriam cerca 128 mil óbitos para o ano de 2014. As taxas de mortalidade por câncer da boca apresentam um declínio na população masculina na maioria dos países, mas os valores ainda são elevados no Brasil (INCA, 2014).

Atualmente, o câncer representa a terceira maior causa de morte na população do Brasil, seguido das doenças cardiovasculares e causas externas. Ao serem considerados indivíduos acima dos 40 anos, o câncer assume o segundo lugar como causa de morte, sendo precedido apenas pelas doenças cardiovasculares (OLIVEIRA JUNIOR; CESSE, 2005).

Dificuldades na fala, alimentação, perda acentuada de peso, modificação facial e transtornos emocionais causados pelo câncer de boca, são alterações que os indivíduos podem apresentar, prejudicando significativamente a qualidade de vida dessas pessoas. (KONSTANTINOVIC, 1999; INCA, 2014).

O tempo despendido pelo paciente do diagnóstico ao tratamento, considerando os exames prévios, o tempo de internação (cirurgia) e o tratamento específico pode ser de aproximadamente dois a três meses. A morbidade e suas sequelas, temporárias ou definitivas, comprometem significativamente a qualidade de vida do paciente nesse período. A reabilitação, especialmente quanto à fala e à deglutição também pode ser demorada, o que explica o longo intervalo para que o paciente recupere, ou não, sua qualidade de vida (AMAR, 2002).

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação das redes de atenção aos serviços assistenciais de saúde (MARTINEZ, 2006; SISSON, 2011; CABRAL, 2011).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo, no lugar, com o custo certo e a qualidade certa, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população (MENDES, 2009).

Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (MARTINEZ, 2006; CABRAL, 2011).

O tratamento específico para câncer de boca pode causar efeitos indesejáveis e irreversíveis ao sistema estomatognático, comprometendo inclusive as funções orais. As lesões podem repercutir na fonoarticulação e dificuldades de deglutição de saliva e alimentos, assim como alterações de fala e mastigação. Na maioria dos casos, a voz assume característica pastosa, monótona e hipernasal, além do comprometimento da fala, causados por imprecisão articulatória, que acrescida do trismo acentuado, prejudicam o processo de falar (MENDES, 2000; MENDES, 2007).

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo geral caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca e as implicações para a comunicação humana através do itinerário terapêutico. Os objetivos específicos foram: caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca, no município de Olinda, no período de 2008 a 2012; identificar as alterações da comunicação humana, bem como a assistência fonoaudiológica recebida nos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, em 2012 e 2013; e delinear o itinerário terapêutico dos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, em 2012 e 2013, as distâncias e o tempo médio percorrido bem como o acesso ao fonoaudiólogo.

O desenvolvimento da dissertação resultou na elaboração de cinco artigos.

O primeiro, intitulado “Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso” foi submetido, na qualidade de artigo de revisão, à Revista Brasileira de Cancerologia, estrato B3 da área de Educação Física (ANEXO D) e irá compor a revisão da literatura, junto às demais sub-seções. Ele teve como principal objetivo identificar os estudos realizados com a temática do itinerário terapêutico dos pacientes com câncer, bem como identificar os fatores que são apontados como principais dificuldades de acessibilidade enfrentadas durante o itinerário terapêutico.

Deste artigo de revisão foi possível construir o segundo artigo intitulado “Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos”, que foi publicado, na qualidade de Resenha Crítica, na Revista Distúrbios da Comunicação, estrato B2 da área de Educação Física. Teve como objetivo realizar uma resenha crítica sobre o artigo original “Cancer patients’ concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey”.

Os terceiro, quarto e quinto artigos originais compõem os resultados da dissertação. Respectivamente, o primeiro foi intitulado “Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação”, aprovado para publicação na qualidade de artigo original à REVISTA CEFAC, estrato B1 da área de Educação Física (ANEXO E), teve como objetivo caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca, no município de Olinda, no período de 2008 a 2012. Os segundo e terceiro artigos originais intitulados

“Câncer de boca: as alterações na comunicação e assistência fonoaudiológica” e “Itinerário terapêutico e acesso geográfico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca: as contribuições da fonoaudiologia” tiveram, respectivamente, como objetivos identificar as alterações da comunicação humana, bem como a assistência fonoaudiológica recebida nos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, em 2012 e 2013; e delinear o itinerário terapêutico dos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, em 2012 e 2013, identificando as distâncias e o tempo médio percorrido bem como o acesso ao fonoaudiólogo, respectivamente, e serão submetidos ao periódico CODAS, estrato A2 para a área de Educação Física.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura é composta por duas seções, nas quais a questão de que se ocupa este estudo é contextualizada. A primeira visa apresentar conceituação sobre o câncer de boca, discorrendo sobre a carcinogênese os aspectos epidemiológicos, e as implicações para a comunicação humana. A segunda, refere-se à Rede de Atenção à Saúde, abordando a rede assistencial oncológica e o itinerário terapêutico dos pacientes com câncer de boca, compreendido um artigo de revisão integrativa, Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso, e a resenha crítica, Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos, que estão apresentados de acordo com as normas da revista a que foram enviados, a saber, Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde e Revista Distúrbios da Comunicação, respectivamente.

2.1 Câncer de Boca

2.1.1 Carcinogênese e Aspectos Epidemiológicos

A carcinogênese é um processo que envolve as etapas de iniciação, promoção e progressão tumoral. A iniciação tumoral está relacionada com um dano no DNA, resultantes de mutações causadas por carcinógenos. As células iniciadas podem sofrer ação de agentes promotores, que estimulam sua proliferação, podendo induzir o desenvolvimento do câncer (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

O câncer é uma doença crônica, degenerativa, de genes vulneráveis à mutação. No entanto, apenas uma pequena parcela dos cânceres é herdada. Evidências mostram que a incidência do câncer pode decorrer, principalmente, de fatores ambientais, entre eles a dieta. Os fatores ambientais são mais determinantes para o surgimento do câncer e podem ser modificados pela ação do homem. Entre esses fatores estão o uso de tabaco, agentes infecciosos, radiação, produtos químicos industriais, alimentos, nutrição, atividade física, composição corporal e riscos ocupacionais. Em 80,0% dos casos de câncer, são estabelecidos com os fatores de risco ambiental (ROSA et al., 2011).

O diagnóstico de câncer é marcado pela introdução de um plano de tratamento que pode incluir desde cirurgias, quimioterapia ou radioterapia até a combinação destas ou outras modalidades terapêuticas (ROSA et al., 2011).

De acordo com Weber e Duffrey (2003), o estadiamento é realizado mais comumente pela classificação TNM (características tumorais referentes à extensão, comprometimento de linfonodos e metástase). O INCA (2004) utiliza o Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença e tem por base a avaliação de três componentes que determina o tamanho do tumor primário, a disseminação linfonodal regional e a presença ou não de metástases à distância:

T - extensão do tumor primário;

N - ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais;

M - ausência ou presença de metástase à distância

As neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço, representadas na sua maioria pelos tumores da mucosa de revestimento das vias aéreas e digestivas superiores, constituem uma preocupação para a saúde mundial e, em particular, para os países em desenvolvimento, pela sua relevante incidência e expressiva morbimortalidade. A incidência desses cânceres varia muito dependendo do país analisado. Na Índia, a boca e orofaringe são os sítios mais comuns de câncer. Nesse país, a grande incidência desses sítios de neoplasia é atribuída ao elevado consumo de tabaco e às diferentes formas como é consumido (DIKSHIT; KANHERE, 2000).

Outros tipos de fumo, além do tabaco também podem ser considerados como fator de risco para esse tipo de câncer. Esse é o caso da maconha, considerada risco em potencial, podendo ser, em parte, responsabilizada pelo crescimento da incidência dos carcinomas em boca entre os adultos jovens (ZHANG et. al., 1999).

O câncer de boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias do tumor, como os lábios e a cavidade bucal (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca). A análise das taxas de incidência do câncer de boca é mais completa quando se avaliam todas as suas partes anatômicas em conjunto, já que elas sofrem influência dos mesmos fatores de risco, e também porque uma lesão em uma localização da boca pode-se estender para outras partes da mesma (INCA, 2013; INCA, 2014). A

Organização Mundial de Saúde (1997) estabelece que o câncer de boca, classificado nas áreas das neoplasias e tumores, compreende a codificação topográfica de C00 a C14, localizada no capítulo II da Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão (CID-10).

Os cânceres de boca e orofaringe, assim como os demais da região de cabeça e pescoço são representados em sua maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC). Estes são responsáveis por cerca de 90 a 95% do total de casos. As áreas anatômicas acometidas são as regiões dos lábios, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho), orofaringe (amígdalas, palato mole e base de língua) glândulas salivares, trigonoretromolar, valécula, loja tonsilar, tonsilas palatinas e paredes posteriores e laterais da orofaringe (FURIA, 2004; SOUZA, 2008).

Pacientes com tumores de orofaringe apresentam mais óbitos que os com tumores de boca, com 2,4 vezes mais chance de morte. No momento do diagnóstico, mais de 2/3 de todos os cânceres de orofaringe são lesões avançadas (estádios III e VI), necessitando tratamento mais agressivo. Mesmo assim, resultam em pobre sobrevida e alta mortalidade (DEDIVITIS, 2004; INCA, 2008).

Os cânceres da boca e orofaringe possuem efeitos adversos, principalmente na capacidade de deglutir e mastigar, no bem estar emocional e na comunicação. Esses efeitos influem diretamente na qualidade de vida do paciente e podem ser decorrentes do próprio tumor ou do seu tratamento (MATIAS, 2005).

2.1.2 Implicações do Câncer de boca na Comunicação Humana

O Câncer de boca, dependendo da área de inserção do tumor ou do tratamento realizado, pode provocar anormalidades anatômicas e funcionais, comprometendo a comunicação dos indivíduos em diversos aspectos, como fala, voz e deglutição. Pesquisas sobre a voz após o tratamento do câncer avançado de laringe/hipofaringe, destacam às deficiências vocais apresentadas por esses indivíduos. Alguns estudos associam a descrição da deficiência à análise da inteligibilidade de fala, nos quais podem ser evidenciados componentes de rouquidão, tensão e soprosidade, variando de leve a moderado, sem dificuldades na inteligibilidade de fala (AZEVEDO, 2007).

Dificuldades alimentares e de comunicação, somadas à desfiguração facial e aos transtornos emocionais causados pela doença, podem prejudicar significativamente a qualidade de vida de indivíduos com câncer de boca (KONSTANTINOVIC, 1999).

Quando a proposta terapêutica apresenta elevada morbimortalidade e mínima expectativa de cura, pode-se optar pelo não tratamento. Nos cânceres epidermóides da cabeça e pescoço, a sobrevida dos pacientes com doença recidivada incurável é similar à observada nos pacientes não submetidos a tratamento, apenas acrescentando morbidade aos que são submetidos à terapia cirúrgica (AMAR et al., 2005).

Os efeitos tóxicos da terapêutica quimioterápica, dependendo do tempo de exposição e da concentração plasmática podem ocasionar efeitos indesejáveis, tais como imunossupressão, alterações gastrintestinais, sensoriais e neurotoxicidade. A radioterapia por sua vez, acarreta em efeitos colaterais, imediatos ou tardios, que variam conforme a dose de radiação aplicada, levando a alterações de pele e mucosa, atrofia de órgãos, acrescentando-se outras manifestações fonoaudiológicas como fibrose laríngea e imobilidade bilateral das pregas vocais. Os sintomas podem ser potencializados quando administrados simultaneamente quimioterapia e radioterapia (BRASIL, 2002; PREPAGERAN; RAMAN, 2005; INCA, 2008).

Estudos mostram bons resultados no tratamento da doença pela preservação de estruturas da boca e da laringe, através de tratamentos combinados de radioterapia e quimioterapia, não comprometendo os resultados em termos de tempo de sobrevida. Porém, nem sempre a preservação desses órgãos se torna um tratamento que resguarde realmente todas as funções. Os pacientes possivelmente apresentam alterações de ordem específicas na comunicação e deglutição (CAMPOS; LEITE, 2010; INCA, 2014).

Portanto, cirurgiões, radioterapeutas e oncologistas devem participar dos tratamentos para contribuírem no melhor controle loco-regional da doença, e simultaneamente otimizar a sobrevida após a cura por meio da preservação da função de comunicação do paciente (CAMPOS; LEITE, 2010).

Após a tomada de decisão quanto à escolha do tratamento, o acompanhamento fonoaudiológico contribui para desenvolver suas potencialidades, de maneira humanizada, respeitando suas expectativas e limites da doença avançada (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

Os estudos de sobrevivência podem ainda ser utilizados para estimar a eficiência global do sistema de saúde, uma vez que é consequência não só da qualidade da assistência prestada, mas da acessibilidade ao sistema de saúde para a realização do diagnóstico precoce (MORAES, 2006) e do alcance efetivo das políticas direcionadas à adoção de práticas e hábitos saudáveis (THULER, 2005).

2.2 Rede de Atenção à Saúde

2.2.1 Rede Assistencial Oncológica

Estudos sobre a rede de atenção à saúde demonstram preocupação sobre o modo e o momento em que as pessoas procuram ajuda para solucionar seus problemas de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, consequentemente, adesão ao tratamento proposto (TRAVASSOS et al., 2002; CABRAL, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos. Para a análise epidemiológica, vai se considerar o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas, que difere da tipologia mais usual que são doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis (MENDES, 2010).

De acordo com estudos de Mendes (2009) e Mendes (2010) as redes de atenção à saúde se constituem de três elementos:

(a) a população, que deve ser colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, estabelecendo as necessidades segundo os riscos de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências;

(b) a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que se comunicam de forma diferente, onde o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o modo intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contra-fluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde;

(c) e o modelo de atenção à saúde que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, de acordo com o tempo e a sociedade.

O adequado planejamento e avaliação do setor saúde terão de levar em conta a identificação dos polos de atração, a regionalização do atendimento, as 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, 2011).

As redes de atenção à saúde são serviços organizados hierarquicamente, vinculados entre si pela mesma proposta, de forma cooperativa e interdependentes, permitindo ofertar ações contínuas e integrais à população (MENDES, 2009). As Redes em árvore se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos, ao passo que redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados (OLIVEIRA, 2011).

A Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, instituída em 2005 (Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005), destaca a “necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer”. Além disso, a Portaria GM nº. 741 de 19 de dezembro de 2005 define a necessidade de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de

alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários. A atenção oncológica coloca os profissionais em contato estreito com situação de dor, e morte, além de mutilações, efeitos colaterais que desencadeiam graves reações físicas e emocionais, desesperança de pacientes e familiares, bem como a expectativa de cura da doença. Esses elementos imputam aos profissionais a necessidade de enfrentamentos, perenizados durante a operacionalização da assistência aos usuários (BRASIL, 2009; INCA, 2013).

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2009; INCA, 2013).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços – características demográficas; à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

2.2.2 Itinerário Terapêutico

O termo itinerário terapêutico é usado para definir o percurso e todos os movimentos realizados por pessoas ou grupos, na preservação ou recuperação da saúde, que podem utilizar diversos recursos que incluem desde cuidados caseiros e religiosas até procedimentos médicos convencionais. Referem-se à sequência de acontecimentos e decisões que, tendo como objeto o tratamento da doença, constrói uma determinada trajetória. O itinerário, nessa perspectiva, é considerado como um percorrer dos indivíduos pelos serviços de saúde. Sob esse olhar – ainda que, adiantamos, tais abordagens sejam interessantes e importantes para, por exemplo, a elaboração de políticas públicas –, o itinerário é circunscrito aos serviços de saúde, excluindo-se partes significativas dos caminhos seguidos (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012).

As relações interpessoais entre a pessoa doente, seus familiares e os profissionais de saúde possibilitam que novos cuidados possam fazer parte do cotidiano da vida familiar, modificando, assim, ao longo do tempo, os constituintes dos sistemas de cuidados à saúde, cujo comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, sendo os profissionais de saúde, responsáveis pelos contatos subsequentes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ROSA et al., 2011).

O itinerário terapêutico se constitui por essa rede de relações estabelecidas entre o indivíduo e familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços de saúde e os vários e diferentes grupos com que cada pessoa se inter-relaciona ao longo de sua existência. As escolhas de cuidados resultam então, de operações racionais baseadas na lógica e na avaliação do custo-benefício para os momentos de saúde e/ou doença, isto é, para manutenção e resgate da saúde ou combate à doença em um menor tempo possível (SCHOLZE; SILVA, 2005).

De acordo com a lei Federal 12.732, de 22 de novembro de 2012, o paciente com neoplasia maligna tem direito a se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário único (BRASIL, 2012).

Não obstante, a escolha de gestores e trabalhadores de serviços de saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente

coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso (ALVES et al., 1999; CABRAL, 2011).

O uso efetivo dos serviços de saúde pode ser uma medida de avaliação do acesso, pois resulta de uma multiplicidade de fatores, tais como os individuais predisponentes, contextuais e os relativos à qualidade do cuidado, que influenciam o uso e a efetividade do cuidado (TRAVASSOS, 2004).

Dessa forma, enfrentar um diagnóstico de câncer exige de cada pessoa a reavaliação do próprio itinerário terapêutico, novas inter-relações e a própria reflexão sobre a existência, o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, assim possibilitará a busca por cuidados, através de trajetórias, na tentativa de solucionar problemas da doença e movimentos para preservar ou recuperar a saúde. Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade (ROSA et al., 2011; PINHO; PEREIRA, 2012).

O desenvolvimento da revisão da literatura resultou na elaboração de um artigo de revisão integrativa, intitulado “Acesso e itinerário terapêutico dos pacientes com câncer: principais dificuldades enfrentadas para este percurso”. Do artigo de revisão foi possível construir uma resenha crítica intitulada “Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos”, que irão compor a revisão da literatura, acerca do itinerário terapêutico.

ARTIGO DE REVISÃO

Acesso e Itinerário Terapêutico dos Pacientes com Câncer: Principais Dificuldades Enfrentadas para este Percurso

Access and Therapeutic Itinerary of Cancer Patients: Main Difficulties of this Trajectory

Acceso y la Ruta Terapéutica de los Pacientes de Cáncer: Las Principales Dificultades que Enfrentan para esta trayectoria

Acesso e itinerário dos pacientes com câncer

Rodrigo Cesar Abreu de Aquino¹; Mirella Bezerra Rodrigues Vilela²

Endereço para Correspondência

Rodrigo Cesar Abreu de Aquino

Rua Dr. José Maurício, 264, Apt 11 – Pau Amarelo, Paulista – Pernambuco, Brasil.

CEP: 53433-070; E-mail: rodrigo_c_abreu@hotmail.com; Fone: (81) 97170166 / 87054432.

Contribuição dos Autores

⁽¹⁾ Concepção e delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

⁽²⁾ Concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Afirmamos nada a declarar acerca de quaisquer conflitos de interesse.

¹Enfermeiro Sanitarista, Mestrando em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor do curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO). Recife (PE), Brasil. E-mail: rodrigo_c_abreu@hotmail.com.

²Fonoaudióloga, Doutora em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz. Professora Adjunta I do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE, membro permanente do programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da UFPE e Tutora acadêmica do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: mirellarod@hotmail.com.

Resumo

Introdução: A prevenção do câncer no mundo é um dos desafios mais urgentes enfrentados por pesquisadores e gestores de saúde pública, entre outros, onde o conhecimento sobre o percurso realizado pelo indivíduo pode contribuir substancialmente para a redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento efetivo, reduzindo o número de óbitos ocasionados por períodos longos de espera. O processo de itinerário terapêutico afigura-se como um tema complexo que importa conhecer mais profundamente, pois é pelo entendimento dos fenômenos que é possível melhorarem os processos, neste caso o acesso e percurso terapêutico dos pacientes com câncer. **Objetivo:** Identificar os estudos sobre o itinerário terapêutico dos pacientes com câncer, além dos fatores apontados como principais dificuldades de acessibilidade enfrentadas durante a busca por atenção à saúde. **Métodos:** Através da revisão integrativa em bases eletrônicas, foram identificados 3.847 artigos, e a partir dos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 03 estudos. **Resultados:** Verificou-se que as publicações sobre o tema ainda são escassas, quando comparadas a pesquisas sobre o cuidado e/ou tratamento do câncer. **Conclusão:** As pesquisas localizadas ratificam a importância de realização de mais estudos sobre acesso e itinerário terapêutico.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasia; Tempo para o Tratamento.

Abstract

Introduction: *The prevention of cancer in the world is one of the most urgent challenges faced by researchers and public health managers, among others, where the knowledge of the trajectory taken by the individual can contribute substantially to reduce the time between diagnosis and effective treatment reducing the number of deaths caused by long waiting periods. The therapeutic itinerary process appears as a complex subject that is important to know more deeply, it is the understanding of the phenomena that can improve processes, in this case, the access and therapeutic itinerary of cancer patients.* **Objective:** *Identify studies on the therapeutic itinerary of patients with cancer, in addition to the factors identified as major accessibility problems faced during the search for health care.* **Methods:** *Through integrative review in electronic databases, 3847 articles were identified, and from the inclusion and exclusion criteria, 03 studies remained.* **Results:** *It was found that publications on the topic are still scarce compared to research on the care and / or treatment of cancer.* **Conclusion:** *Researches confirm the importance of further studies on access and therapeutic itinerary.*

Keywords: *Health Services Accessibility; Neoplasms; Time to Treatment.*

Resumen

Introducción: La prevención del cáncer en el mundo es uno de los retos más urgentes que enfrentan los investigadores y administradores de salud pública, entre otros, en los que el conocimiento de la trayectoria tomada por el individuo puede contribuir sustancialmente a reducir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento eficaz, reduciendo el número de muertes causadas por largos períodos de espera. El proceso de itinerario terapéutico aparece como un tema complejo que es importante conocer más profundamente, es la comprensión de los fenómenos que pueden mejorar los procesos, en este caso el acceso y el curso terapéutico de pacientes con cáncer. **Objetivo:** Identificar los estudios sobre el itinerario terapéutico de los pacientes de cáncer, además de los factores identificados como las principales dificultades de accesibilidad que enfrentan durante la búsqueda de la atención de salud. **Métodos:** A través de la revisión integradora en las bases de datos electrónicas, se identificaron 3847 artículos, y de los criterios de inclusión y exclusión, 03 estudios se mantuvieron. **Resultados:** Se encontró que las publicaciones sobre el tema son escasas en comparación con la investigación sobre el cuidado y / o tratamiento del cáncer. **Conclusión:** Las encuestas localizadas confirman la importancia de realizar más estudios sobre el acceso y el itinerario terapéutico.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud; Neoplasia; Tiempo al tratamiento

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem tipos diferentes de doenças que têm como característica o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo aos tecidos adjacentes. Sua origem se dá por condições multifatoriais, que podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover a carcinogênese¹.

Dois aspectos caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil. Primeiro, o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo, o desafio que isso representa para o sistema de saúde, no sentido de se garantir o acesso pleno e equânime da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença².

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Research on Cancer), e da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve em 2012, o surgimento de 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo. Estima-se para 2030 uma carga global de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento¹.

No Brasil, para o ano de 2011, foram estimados 489.270 casos novos, sendo os cânceres mais incidentes os de pele (não-melanoma), de próstata, de mama, de pulmão e de colo de útero. As projeções indicam que as taxas de câncer, em geral, tendem a aumentar se não houver modificações significativas no estilo de vida³.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS), assim como os sistemas de saúde de outros países no mundo, orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário, que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde, desde a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso⁵.

O tempo despendido com o tratamento, considerando os exames prévios, o tempo de internação (cirurgia) e o tratamento radioterápico é de aproximadamente dois a três meses⁶. O uso efetivo dos serviços de saúde pode ser uma medida de avaliação do acesso, pois resulta de uma multiplicidade de fatores, tais como os individuais predisponentes, contextuais e os relativos à qualidade do cuidado, que influenciam o uso e a efetividade do cuidado⁷.

Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, não tem expressão conhecida no Brasil, onde a bibliografia que se avoluma sobre o tema data, sobretudo, da última década⁸, e ainda há uma persistente opção por descrever os itinerários de maneira a pensá-los como relacionados ao trânsito de sujeitos pelas redes oficiais de saúde. Não obstante, observa-se

que a literatura sobre itinerários terapêuticos é ainda limitada em relação às possibilidades que seus estudos oferecem⁹.

Face ao exposto, o processo de itinerário terapêutico afigura-se como um tema complexo que importa conhecer mais aprofundadamente, pois é pelo entendimento dos fenômenos que é possível melhorarem os processos, neste caso o acesso e percurso terapêutico dos pacientes com câncer. Deste modo, a presente pesquisa teve como objetivo identificar os estudos sobre o itinerário terapêutico dos pacientes com câncer, bem como os fatores que são apontados como principais dificuldades de acessibilidade enfrentadas durante essa busca por atenção à saúde.

Logo, a presente revisão busca identificar os principais entraves do itinerário terapêutico do paciente com câncer, para a população em geral e, principalmente, aos profissionais de saúde a visão, a reflexão acerca das principais dificuldades enfrentadas para o acesso a rede de atenção oncológica e o percurso dos pacientes com câncer, acerca dos aspectos que facilitam ou dificultam as demandas e as reais necessidades desse público.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como aquela em que resultados de pesquisas sobre um determinado assunto ou questionamento são analisados e sintetizados, com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre um tema em particular¹⁰.

Realizou-se levantamento de artigos científicos nas bases de dados PubMed, Medline via Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), tendo a

busca de dados ocorrida em julho/2014. Para a pesquisa foram utilizados descritores (Mesh/Decs) e termos livres (Mesh Terms), cruzados através do operador booleano “AND”, dispostos no Quadro 1.

Foram incluídos os artigos que abordaram a temática do acesso e percurso realizado pelos pacientes com câncer através dos serviços de saúde, sem restrição de idiomas, país de publicação e período. Quando os títulos não continham todas as informações requeridas ou gerava alguma dúvida sobre o objeto de estudo, era realizada a leitura dos resumos, e quando não satisfeito, a leitura completa dos artigos para decidir sobre sua inclusão. Os artigos que abordavam os aspectos assistenciais e/ou fisiopatológicos do câncer, revisões de literatura, manuais técnicos, monografias, dissertações e teses, assim como os artigos cujos resumos estavam indisponíveis e aqueles que não abordavam a temática proposta, foram excluídos da pesquisa.

Após a pré-seleção dos artigos, por meio da leitura flutuante dos resumos uma segunda análise foi realizada, através da leitura minuciosa das publicações pré-selecionadas para decidir inclusão e exclusão dessas produções, de acordo com critérios preestabelecidos. Nesta etapa, o trabalho foi realizado por dois revisores independentes, que utilizaram a técnica do consenso para seleção dos artigos a serem utilizados para pesquisa.

Para melhor apresentação dos resultados as seguintes variáveis foram analisadas nos artigos selecionados: período e local de publicação do artigo; desenho metodológico de estudo; representatividade da amostra; características do acesso (avaliação e tipo) e itinerário terapêutico; principais resultados.

RESULTADOS

Foram identificados 3.847 artigos com os descritores e termos livres diretamente relacionados ao tema, respeitando os critérios de elegibilidade, localizando-se, a partir desses, três estudos referentes ao itinerário terapêutico de indivíduos com câncer, que atenderam os critérios de inclusão e exclusão, sendo definitivamente considerados para o estudo.

A Figura 1 apresenta o fluxograma da estratégia de seleção dos artigos, conforme os critérios de elegibilidade pré-estabelecidos. O Quadro 2 mostra a caracterização da análise dos artigos referente ao ano e local de publicação dos artigos, desenho metodológico dos estudos, representatividade da amostra, características do acesso e itinerário terapêutico e os principais resultados.

De acordo com a classificação, as pesquisas enquadram-se como artigos originais (n=3), sendo dois com abordagem quantitativa, e um com abordagem quantitativa e qualitativa, apresentando desenhos metodológicos diferentes, apresentam ano de publicação entre 2002 e 2012, e quanto ao local de publicação, uma produção é australiana, uma norte-americana e uma francesa.

Os estudos apresentaram características diversas, tendo como base populações, amostras, objetivos e procedimentos metodológicos heterogêneos. Estes fatos não permitiram realização de metanálise, porém, após análise dos dados, possibilitaram o estabelecimento de considerações acerca do acesso e itinerário terapêutico do paciente com câncer.

A composição das amostras dos estudos variou entre homens e mulheres, exceto no artigo de Ly et al.¹¹, que avaliou predominantemente mulheres com câncer de mama e apenas 01 homem.

DISCUSSÃO

As publicações encontradas^{11,12,13} datam da última década, remetendo o pouco interesse por parte dos pesquisadores em se aprofundar neste tema, ou mesmo o desconhecimento sobre a importância de realizar estudos que contemplem essa proposta temática. Por se tratar de um tema bastante recente, verifica-se que publicações sobre itinerário terapêutico ainda são reduzidas, principalmente as referentes ao indivíduo com câncer e o tempo despendido para os cuidados oncológicos¹⁴. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes e apesar de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, ainda permanecem pouco expressivos nas pesquisas nacionais.

Os estudos foram realizados em países sócioeconomicamente desenvolvidos, com modelos de atenção à saúde diversificados, publicados em periódicos internacionais. Isto sugere que países com índices elevados de fatores socioeconômicos têm maior interesse em mensurar a qualidade da saúde dos indivíduos como método de avaliação da assistência prestada a sua população, assim como a viabilização de recursos e serviços aos pacientes que buscam alguma determinada terapêutica. Não obstante, observa-se que a literatura sobre itinerários terapêuticos é ainda limitada em relação às possibilidades de conhecimento dos fatores geográficos, econômicos e patológicos que seus estudos oferecer^{8,9}.

Verificou-se ainda a ausência de publicações na América Latina sobre o itinerário terapêutico de pacientes com câncer. Grande parte dos países latino-americanos, inclusive o Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta modelos de saúde com ênfase na atenção primária, devendo esta ser a principal forma de acesso aos serviços de saúde, garantindo a articulação com os demais níveis de complexidade assistencial e o cuidado

integral do paciente. Mendes ¹⁵ define os sistemas de atenção à saúde como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população.

O conhecimento sobre o acesso e o itinerário realizado pelo paciente, pode ajudar profissionais e gestores a compreender as principais dificuldades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde, além de facilitar a identificação dos principais obstáculos, relacionados a fatores socioculturais e organizacionais. Conill et al ¹⁶, afirma em seu estudo que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais ou mesmo por pesquisadores e gestores.

Foi possível observar uma população relativamente jovem, diagnósticos variados de câncer e com estágios diferentes de evolução da doença. Alguns estudos apontam que, apesar das taxas de morbimortalidade no sexo masculino assumirem um peso significativo, observa-se ainda que a utilização dos serviços de saúde pelos homens é menor do que a das mulheres^{16,17}.

As dificuldades relativas à acessibilidade geográfica e à disponibilidade dos serviços de saúde especializados as caracterizam como uma barreira para a utilização dos mesmos.

No estudo de Holmes e colaboradores¹² foi avaliada a associação entre a distância percorrida pelo paciente e o diagnóstico tardio da doença. O deslocamento percorrido pelo indivíduo através do seu itinerário terapêutico faz com que a distância e a demora interfiram diretamente na busca ao serviço de saúde, assim como na adesão a terapêutica especializada, reduzindo a precocidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento. O estudo ainda aborda a relação entre a raça/cor do indivíduo com câncer e o risco de

adoecer, onde está aumentado para indivíduos negros, quando comparados aos brancos, explicado por fatores genéticos, cuidados de saúde e acesso socioeconômico.

A utilização dos serviços de atenção à saúde está ligada às características da oferta e à conduta das pessoas frente à doença e aos serviços disponíveis, que pode variar conforme o sexo, grupos etários, grupos sociais, características raciais, problemas de saúde, procedimentos específicos e áreas geográficas. Estudo realizado em 2006 afirma que as desigualdades sociais influenciam no acesso, em particular, a renda e a escolaridade mostraram-se fatores importantes no acesso aos serviços de saúde, assim como o local de residência afeta o acesso, que melhora dependendo do grau de desenvolvimento socioeconômico da região⁵.

O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, assim como o itinerário percorrido pelo indivíduo nos diversos níveis dos serviços de saúde, pode gerar angústias e dúvidas sobre sua condição clínica, dificultando o acesso ao serviço especializado e assim, reduzir as chances de tratamento efetivo¹⁴.

Já no estudo de Paul e colaboradores¹³ houve o interesse em avaliar o nível de preocupação do paciente e a relação com o tempo decorrido entre o diagnóstico e as etapas dos tratamentos realizados. O estudo contribui na verificação do acesso como indicador da qualidade da assistência realizada. Uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articulados, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico.

Ly et al.¹¹ abordou a interferência do grau de satisfação do indivíduo frente à falta de informações necessárias para a compreensão da doença e sua relação com a busca por serviços especializados. O entendimento errado sobre a sua condição patológica ou a falta

de comunicação efetiva com os profissionais envolvidos na trajetória que o paciente realiza, pode levá-lo a buscar terapêuticas não convencionais e assim, não satisfazer o indivíduo, prolongando o tempo gasto para a cura, ou até mesmo provocando desfechos não desejáveis, como a morte ¹⁴.

Travassos e Martins⁷ descrevem os determinantes da utilização dos serviços de saúde como fatores relacionados: à necessidade de saúde, características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas; aos prestadores de serviços; à organização e gestão dos serviços; à regulamentação profissional e do sistema. Eles afirmam que se deve priorizar o emprego de medidas que apreenda cada uma das etapas no processo de utilização dos serviços, de forma a permitir a verificação dos múltiplos fatores para seu uso e assim melhorarem o desempenho dos sistemas de saúde.

Um dos artigos que integraram os resultados desta revisão destaca a preocupação de metade dos pacientes com o tempo de espera em uma ou mais fases do diagnóstico ou tratamento do câncer, afirmando que a preocupação e ansiedade podem estar relacionadas com as expectativas de que o atraso possa reduzir as chances de um resultado positivo do tratamento. O diagnóstico tardio e tratamento inespecífico para o câncer podem conduzir o paciente a caminhos longos, que reduzem potencialmente as chances de cura ¹³.

Foi possível verificar que para cada aumento de milha percorrida em distância, houve um aumento correspondente de 9% na probabilidade dos pacientes da raça negra ser diagnosticados com câncer de próstata de alto risco, comparado a um aumento estatisticamente não significativo de 2,0% para os pacientes brancos¹². As dificuldades relacionadas à disponibilidade e acessibilidade geográfica aos serviços de saúde de qualidade têm sido descritas como uma barreira para a aplicação ou utilização de cuidados aos pacientes com câncer ^{2,5,14}.

Além disso, a maioria dos pacientes buscou a primeira consulta por orientação de alguém conhecido, e mais da metade não tinha nenhuma informação sobre a natureza de sua doença, antes da consulta especializada¹¹.

No Brasil, recentemente foi publicada a Lei nº 12.732/12, do Ministério da Saúde do Brasil, que estabelece o direito do paciente com câncer em ser tratado em um prazo de até 60 dias, após o diagnóstico da doença, reduzindo consideravelmente o tempo gasto para todo o itinerário do paciente¹⁸.

Desataca-se que tempo não é o único fator impactante para as dificuldades do itinerário terapêutico. Barreiras geográficas, econômicas e sociais interferem diretamente no acesso aos serviços de atenção ao câncer.

Os estudos^{11,12,13} mostraram, de forma distinta, que o conhecimento sobre o acesso aos serviços especializados e o itinerário percorrido pelo paciente podem favorecer o diagnóstico precoce e interferir no processo terapêutico do indivíduo com câncer. O atraso pode levá-lo ao diagnóstico da doença em fases avançadas ou diminuir consideravelmente as chances de cura.

Reconhece-se que os descritores utilizados para a busca deste tema ainda são inespecíficos, podendo ter contribuído para a não localização de artigos de interesse para a proposta desta revisão. Contudo, o delineamento deste estudo, ao englobar as bases de dados de maior relevância, bem como a busca em todos os idiomas, acabou por contemplar artigos que efetivamente abordaram o itinerário terapêutico do paciente com câncer. Espera-se que a partir deste e de outros estudos a temática torne-se mais recorrente, visto que é reconhecida como uma estratégia pontencial para a identificação dos entraves no acesso ao sistema de saúde, e com isso, poderá vislumbrar e contribuir com as melhorias na conquista do tratamento oportuno para o câncer.

Observa-se como limitação nos estudos^{11,13} amostras reduzidas e a possibilidade de existência do viés de memória, já que uma parcela dos pacientes pesquisados apresenta idade avançada e o tempo entre a ocorrência do evento e a coleta dos dados pode comprometer a lembrança de algumas informações importantes.

CONCLUSÃO

Considerando a crescente evolução da morbimortalidade do câncer em todo o mundo, e a despeito dos muitos esforços para o fortalecimento da rede de atenção oncológica, verificam-se fragilidades na rede de atenção à saúde, assim como no modelo de acesso e itinerário terapêutico aos serviços de oncologia, configurando entraves neste percurso, na medida em que se torna longo e demorado. Porém o tempo não é o único fator impactante para as dificuldades do itinerário terapêutico. Barreiras geográficas, econômicas e sociais interferem diretamente no acesso aos serviços de atenção ao câncer.

Com esta revisão evidenciou-se que publicações acerca do itinerário terapêutico ainda são recentes e em número reduzido, quando comparadas a pesquisas voltadas à patogênese, assistência e/ou tratamento do câncer. Nesse sentido, as pesquisas localizadas ratificam a importância de realização de mais estudos sobre acesso e itinerário terapêutico, no sentido de corroborar para compreensão do papel profissional, das necessidades dos usuários e para o planejamento organizacional das redes de atenção à saúde, tema ainda escasso na literatura científica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. Cad Saúde Pública. 2011; 27: 317-26.
3. Rosa LM, Burigo T, Radunz V. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro: 2011; 19: 463-7.
4. Mendes E V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
5. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2006 [citado 2014 Nov 07]. 11(4): 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000400019&lng=en.
6. Amar A, Rapaport A, Franzi AS, Bisordi C, Lehn CN. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de Cabeça e Pescoço. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2002; 69, 400-403.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2014 Nov 07]. 20:190-8. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000800014&lng=en.
8. Cabral ALLV, Hemáez AM, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(11):4433-4442.
 9. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012 [citado 2014 Nov 07] ; 16(41): 435-450. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000200012&lng=en. Epub June 07, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000026>.
 10. Mendes K D S, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.
 11. Ly M, Diop S, Sacko M, Baby M, Diop CT, Diallo DA.
Breast cancer: factors influencing the therapeutic itinerary of patients in a medical oncology unit in Bamako (Mali). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(5):1025-32
 12. Holmes JA, Carpenter WR, Wu Y, Hendrix LH, Peacock S, Massing M, Schenck AP, Meyer AM, Diao K, Wheeler SB, Godley PA, Stitzenberg KB, Chen RC. Impact of distance to a urologist on early diagnosis of prostate cancer among black and white patients. *J Urol*. 2012 Mar;187(3):883-8.
 13. Paul C, Carey M, Anderson A, Machenzie L, Sanson-Fisher R, Courtney R, Clinton-Mcharg T. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact

- of waiting times along the diagnosis and treatment journey. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012; 21(3): 321–329.
14. Aquino RCA, Vilela MBR. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. *Rev. Distúrb. Comum*. São Paulo: 2014; 26(2): 420-422.
 15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
 16. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira, MC, Boing AF, Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5):1501-1510.
 17. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2002 [citado 2014 Dez 05]; 7(4): 687-707. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400007&lng=en.
 18. EBC, Empresa Brasil de Comunicação. Faltam recursos para lei que obriga SUS a iniciar tratamento do câncer em 60 dias, diz diretor do Icesp. [Internet] 2013 [citado 2014 Jun 13] Disponível em:
<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/faltam-recursos-para-lei-que-obriga-sus-a-iniciar-tratamento-do-cancer-em-60>.

Cruzamentos em Inglês	Cruzamentos em Espanhol	Cruzamentos em Português
Cancer (Decs) and Therapeutic Itinerary (Mesh Terms)	Cancér (Decs) and Itinerario Terapéutico (Mesh Terms)	Câncer (Decs) and Itinerário Terapêutico (Mesh Terms)
Cancer (Decs) and Therapeutic Trajectory (Mesh Terms)	Cancér (Decs) and Viaje Terapéutico (Mesh Terms)	Câncer (Decs) and Percurso Terapêutico (Mesh Terms)
Cancer (Decs) and Health care line (Mesh Terms)	Câncer (Decs) and Línea de Atención (Mesh Terms)	Câncer (Decs) and Linha de Cuidado em Saúde (Mesh Terms)
Neoplasms (Mesh) and Therapeutic Itinerary (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Itinerario Terapéutico (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Itinerário Terapêutico (Mesh Terms)
Neoplasms (Mesh) and Therapeutic Trajectory (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Viaje Terapéutico (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Percurso Terapêutico (Mesh Terms)
Neoplasms (Mesh) and Health care line (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Línea de Atención (Mesh Terms)	Neoplasia (Mesh) and Linha de Cuidado em Saúde (Mesh Terms)

Quadro 1- Estratégias de busca para a consulta nas bases de dados.

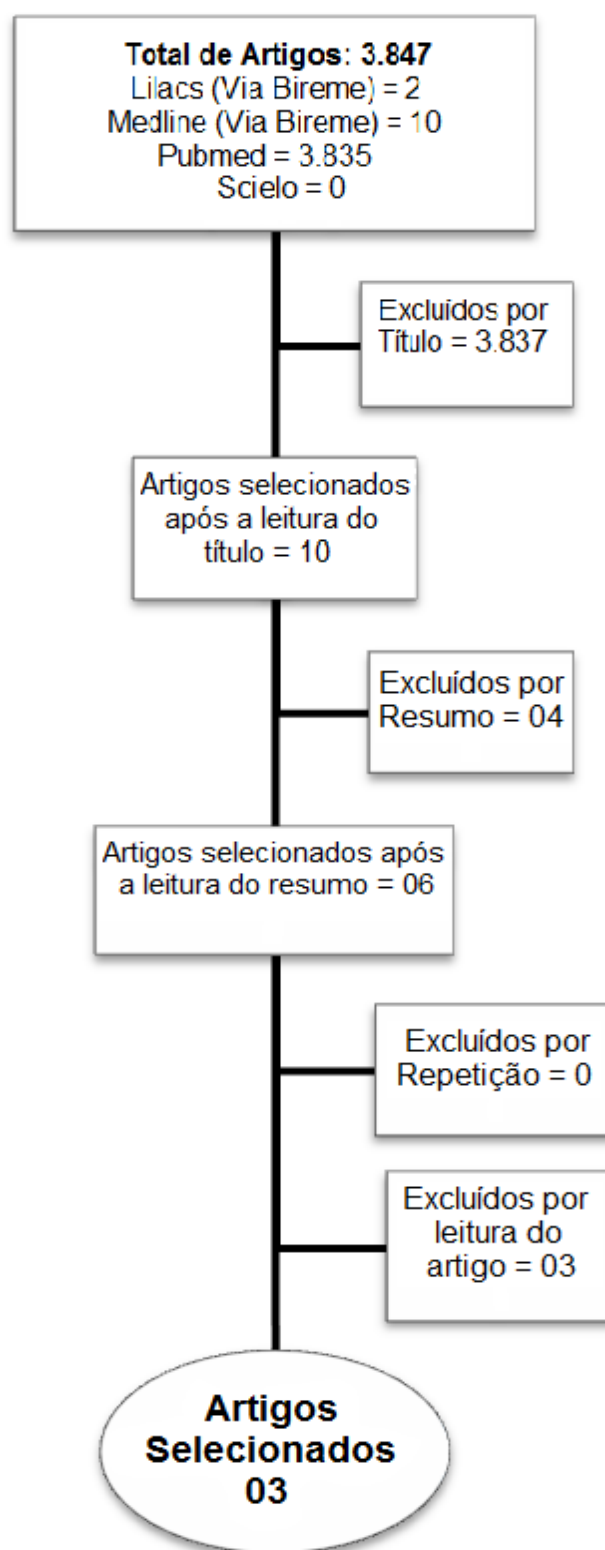


Figura 1- Fluxograma com estratégias de seleção dos artigos.

Autor e Ano	País	Desenho do Estudo	Representatividade de Amostra	Acesso e Itinerário terapêutico	Resultados
Paul C, et al, 2012;	Austrália	Questionário auto-relatório; Transversal; Quantitativo;	• 146 pacientes (76% mulheres); • 19 a 90 anos ($60 \pm 14,1$ anos) com neoplasias diversas (50% mama e 25% próstata); • Março a setembro/2010; • Dois hospitais em Sydney, na Austrália;	• O acesso aos serviços de saúde é um indicador de qualidade da assistência; • Relação do tempo de espera entre acesso ao diagnóstico / tratamento e evolução da doença; • Utilização efetiva dos serviços de saúde incluindo as características sócio-demográficas e aspectos estruturais dos serviços.	• 50% dos participantes relataram preocupação com o tempo de espera em uma ou mais fases do diagnóstico ou tratamento do câncer; • A preocupação e ansiedade do paciente podem estar relacionadas com as expectativas de que o atraso possa reduzir as chances de um resultado positivo do tratamento.
Holmes JA et al., 2012;	Estados Unidos	Estudo de Coorte; Quantitativo;	• 1.720 pacientes brancos e 531 negros; • Avaliação do deslocamento entre a residência e um serviço de urologia; • 0 a 10 milhas (40% dos pacientes), de 11 a 20 milhas (45% dos pacientes) e mais de 20 milhas (57% dos pacientes);	• Um obstáculo para o acesso a um especialista pode ser à distância de deslocamento entre a residência do paciente e o serviço especializado, reduzindo a precocidade do diagnóstico do câncer em sua fase inicial; • O risco aumenta para indivíduos negros, quando comparados aos brancos, explicado por fatores genéticos, cuidados de saúde e acesso socioeconômico; • O diagnóstico tardio está associado a maiores distâncias, manifestando-se como doença de maior risco e em fases mais avançadas.	• 57% que viviam mais distante dos serviços de saúde estavam mais propensos a diagnosticar tardiamente o câncer de alto risco; • Para cada aumento de milha em distância, houve um aumento correspondente de 9% na probabilidade dos pacientes negros serem diagnosticados com câncer de próstata de alto risco, comparado a um aumento estatisticamente não significativo de 2% para os pacientes brancos ($p < 0,01$ e $0,13$, respectivamente).
Ly M et al., 2002	França	Descritivo; Qualitativa e quantitativa;	• 44 pacientes com câncer de mama (43 mulheres); • 25 a 80 anos ($46,0 \pm 19,5$ anos); • Em estágios avançado de desenvolvimento, 45,5% estágio IV e 40,9% no estágio III.	• A falta de informação pode levar o paciente a compreender de forma errada a sua doença, levando-o a buscar terapêuticas não convencionais; • A satisfação na primeira consulta influencia significativamente o itinerário do paciente; • O acesso ao serviço especializado satisfaz melhor as necessidades do paciente acerca da sua doença.	• 75% dos pacientes buscaram a primeira consulta por orientação de alguém conhecido, onde 54,5% não tinham nenhuma informação sobre a natureza de sua doença, antes de realizar a consulta especializada; • 67,6% buscaram na primeira consulta um médico convencional, referindo não ter recebido nenhuma informação sobre sua doença ($p = 0,0016$);

Quadro 2 – Análise dos artigos sobre estudos de Câncer e Itinerário terapêutico.

RESENHA CRÍTICA

Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos

Rodrigo Cesar Abreu Aquino*

Mirella Bezerra Rodrigues Vilela**

Paul C, Carey M, Anderson A, Mackenzie L, Sanson-Fisher R, Courtney R, Clinton-McHarg T. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey. *Eur J Cancer Care*. 2012; 21: 321-9.

A literatura socioantropológica utiliza o termo itinerário terapêutico para definir o percurso dos indivíduos ou grupos aos serviços de saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes¹. O entendimento errado sobre a sua condição patológica pode levá-lo a buscar terapêuticas não convencionais e, assim, não satisfazer o indivíduo, interferindo significativamente no itinerário percorrido.

Por se tratar de um tema bastante recente, verifica-se que publicações sobre itinerário terapêutico ainda são escassas, principalmente as referentes ao indivíduo com câncer. O conhecimento sobre o acesso e o itinerário realizado pelo paciente, pode ajudar profissionais e gestores a compreender as principais dificuldades apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde, além de evidenciar os principais obstáculos relacionados a fatores socioculturais e organizacionais.

Nesse contexto, destaca-se o artigo "*Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey*", escrito por Christine Paul e colaboradores, pesquisadores da

Universidade de Newcastle, Austrália. O objetivo desse estudo foi identificar a proporção de pacientes que relataram algum nível de preocupação em relação ao tempo decorrido para várias fases do tratamento, associado às características demográficas, características da doença e o auto-relato de sofrimento psíquico. A justificativa para a realização deste trabalho reside no fato de que o tempo de espera pode causar preocupação significativa para pacientes com câncer sobre suas condições clínicas, que repercute em fatores psicossomáticos, acelera os processos de adoecimento e reduz as chances de cura.

Para cumprir o objetivo, os autores investigaram 146 indivíduos com câncer, atendidos no ambulatório de radioterapia de dois hospitais em Sydney, na Austrália, no período de março a setembro de 2010. Os indivíduos elegíveis foram os que possuíam idade igual ou superior a 18 anos; diagnosticados com qualquer tipo de câncer, e com boa compreensão da língua inglesa para concluir o inquérito. Foram excluídos aqueles que frequentavam a clínica pela primeira vez e os avaliados com limitações físicas ou mentais para completar a pesquisa.

*Enfermeiro Sanitarista pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), Mestrando em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor do curso de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO). **Fonoaudióloga, Professora Adjunta I do Departamento de Fonoaudiologia da UFPE, membro permanente do programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da UFPE e Tutora acadêmica do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE.

O instrumento de coleta foi revisto após teste piloto realizado com 66 sujeitos. Posteriormente, os indivíduos que consentiram a sua participação foram identificados com um código único e convidados a preencher um questionário, usando um computador *touch-screen* Dell com o *software* de pesquisa *Digivey*. Foi explicado o conteúdo da pesquisa e a utilização do computador para o preenchimento do instrumento de coleta de dados. As frequências, proporções e intervalos de confiança de 95% (IC) foram utilizados para descrever as características demográficas dos participantes e seus níveis de preocupação sobre tempo de espera, e as variáveis com um valor de $p < 0,25$ no teste do qui-quadrado foram retidos para inclusão na regressão logística. As variáveis com um valor de $p < 0,10$ na regressão logística foram removidas.

Os resultados mostraram que os níveis de preocupação foram considerados de moderado a alto por cerca de metade das pessoas pesquisadas. Os autores afirmam que os grupos de pacientes que relataram maior preocupação foram os de condições socioeconômicas mais baixas, nascidos fora da Austrália, e de idades mais jovens. Uma pequena parcela dos pesquisados refere alguma preocupação com o tempo de espera para o diagnóstico de câncer, entretanto metade dos pacientes afirma-se preocupar com a espera em pelo menos uma fase do tratamento. Apesar de uma pequena proporção de pacientes referirem níveis muito altos de preocupação com tempo de espera, foi predominante a preocupação vivenciada em qualquer fase do itinerário terapêutico.

Durante a leitura crítica do artigo, observa-se que a análise das variáveis relacionadas às características demográficas, à doença e às proporções de preocupação dos pacientes com câncer, estabelece uma associação interessante, tornando relevantes as informações analisadas, entretanto, o formato de apresentação dos resultados das variáveis referentes aos níveis de preocupação em cada período de tempo e nas diversas fases de tratamento, não ficou claro. Além disso, a forma de seleção das unidades amostrais pode ter comprometido a representatividade da amostra, pelo fato da pouca explanação das características do universo de estudo e a escolha por conveniência dos pesquisados.

Os locais e tipos de tratamentos realizados durante o itinerário são informações importantes que não foram mencionados nos critérios de inclusão e

exclusão, nem abordados como variáveis de pesquisa. Ademais, o intervalo de tempo entre o problema vivenciado e a coleta dos dados pode constituir um viés de memória, interferindo assim nas respostas relacionadas às fases iniciais de tratamento.

A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico, além de requerer dos profissionais extrema habilidade relacional e afetiva, considerando as necessidades e especificidades dos usuários². O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, assim como o itinerário percorrido pelo indivíduo nos diversos níveis dos serviços de saúde, pode gerar angústias e dúvidas sobre sua condição clínica, dificultando o acesso ao serviço especializado e assim, reduzir as chances de tratamento efetivo. A falta de comunicação efetiva com os profissionais pode levar o paciente a compreender de forma errada a sua doença, levando-o a buscar terapêuticas não convencionais.

Enfrentar um diagnóstico de câncer exige uma reavaliação do próprio itinerário terapêutico, que possibilitará a busca para solucionar problemas da doença, para preservar ou recuperar a saúde e lidar com a enfermidade³. Uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articulados, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico.

Neste cenário, destaca-se a realidade brasileira, que apesar dos muitos esforços na tentativa de estruturação de fortalecimento, a rede de atenção oncológica ainda lida com constantes fragilidades, com amplos intervalos de tempo entre o acesso aos serviços em varias fases do tratamento, a despeito da rápida evolução da doença, em muitos dos casos. Nesse sentido, o estudo traz uma contribuição significativa para os profissionais e gestores da saúde por discutir possível associação entre o tempo de espera no acesso e o itinerário terapêutico, e a preocupação do paciente com câncer sobre sua condição patológica, tema ainda pouco encontrado na literatura científica. Considerando o aumento de casos de câncer no Brasil e no Mundo, acredita-se na importância de desenvolvimento de outros estudos, com amostras mais robustas e que descrevam maiores detalhes sobre o acesso e o itinerário terapêutico do paciente com câncer.

Referências Bibliográficas

1. Martinez HA. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte: Abril; 2006.

2. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA; 2008.

3. Pinho PA, Pereira PPG. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2012;

16(41):435-47.

Recebido em dezembro/13; **aprovado em** fevereiro/14.

Endereço para correspondência

Rodrigo Cesar Abreu Aquino. Endereço: Rua Dr. José Maurício,
264 apto. 11, Pau Amarelo, Paulista - PE/Brasil

CEP: 53433-070.

E-mail: rodrigo_c_abreu@hotmail.com



3 MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

Este estudo foi desenvolvido a partir de dois desenhos. O primeiro trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter transversal, do tipo seccional. O segundo trata de dois estudos descritivos e retrospectivos.

3.2 Local do Estudo

A área de estudo foi o município de Olinda (PE), formado por 32 bairros, localizado na Região Metropolitana do Recife – PE. Apresenta uma extensão territorial de 43,5 Km² e faz limite, ao Norte com o Município do Paulista, ao Sul com a Cidade de Recife, ao Leste com o Oceano Atlântico e Oeste com Paulista e Recife. A estimativa populacional de Olinda é de 397.268 habitantes, predominantemente urbana. O município apresentou em 2010 uma renda média domiciliar de 621,73 reais por mês, com 39,3% dessa população recebendo em média $\frac{1}{2}$ salário mínimo mensal, uma taxa de desemprego de 13,0% e um percentual de analfabetismo de 6,5% (OLINDA, 1999; IBGE, 2012; OLINDA, 2012, OLINDA, 2014).

A rede assistencial de saúde de Olinda obedece ao fluxo de atenção básica e média complexidade, composta por dois centros especializados de saúde, uma maternidade, um hospital geral conveniado, uma unidade de pronto-atendimento adulto e pediátrico, sete policlínicas, 53 unidades de saúde da família e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que proporcionam cobertura de aproximadamente 50,0% da população cadastrada na estratégia de saúde da família e, 23,0% destas, são cobertas por equipes básicas de saúde bucal (OLINDA, 2012).

O município de Olinda participa do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer através de ações de integralidade da política de saúde bucal no município e possibilita o acesso à rede de assistência ao câncer do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através de pactuação intermunicipal com a Cidade de Recife (ABRUCIO; COSTA, 1998; BOTTI, 2010; OLINDA, 2012).

3.3 População do Estudo

Para o primeiro estudo, a população foi constituída pelo universo dos óbitos cuja causa básica de morte foi o câncer de boca (CID C00 a C14), no período de 2008 a 2012, em residentes do município de Olinda, registrados no banco de dados municipal do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Para análise do itinerário terapêutico e alterações da comunicação foi realizado um corte para os óbitos por esta causa, que ocorreram nos anos de 2012 e 2013, cuja assistência foi integralmente realizada pelo Sistema Único de Saúde. Essas informações foram obtidas através de entrevistas aos informantes-chave de cada caso, que foram identificados através de busca ativa residencial, por meio dos registros de endereço das declarações de óbito do banco de dados do SIM.

Foram excluídos os casos que apresentaram outra co-morbidade que pudesse causar alterações na comunicação (distúrbios neurológicos, cognitivos ou sensoriais).

3.4 Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo foram definidas a partir do modelo de Declaração de Óbito (DO) (ANEXO A) e Ficha de Registro de Tumor padronizada pelo INCA (ANEXO B).

As variáveis foram agregadas em dois grupos de acordo com a fonte de coleta dos dados conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis do estudo e suas categorias e agrupamentos

GRUPO	VARIÁVEL	CATEGORIA
Variáveis de caracterização epidemiológica Fonte de Coleta: DO	Sexo	Masculino Feminino Ignorado
	Faixa etária	40 a 59 anos 60 e mais anos
	Raça/ Cor	Branca Preta Parda Amarela Indígena Ignorado
	Escolaridade	Nenhum

	(Em anos de estudos concluídos)	1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 e mais anos Ignorado
	Estado Civil	Casado Solteiro Divorciado Viúvo Ignorado
	Ocupação	Segue os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho.
	Local de ocorrência do óbito	Hospital Outros estabelecimentos de saúde Domicílio Via pública Outros Ignorado
	Localização do tumor primário	Lábio Língua Palato Faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe) Outras partes da boca
Variáveis para o acesso geográfico à rede e implicações na comunicação humana. Fonte: Instrumento de coleta primária	Origem do encaminhamento	SUS Não SUS Demanda espontânea Ignorado
	Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta especializada	Em meses
	Tempo decorrido entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento	Em dias
	Principal razão para a não realização do primeiro tratamento	Recusa do tratamento Doença avançada, falta de condições clínicas Outras doenças associadas Abandono do tratamento Complicações do tratamento Óbito Ignorado
	Serviços utilizados durante percurso terapêutico (diagnóstico ao óbito);	Especificação seguindo a ordem cronológica dos serviços buscados e/ou acessados
	Principais dificuldades de acessibilidade enfrentadas durante percurso terapêutico (diagnóstico ao óbito)	Geográficas Temporais Financeiras
	Alterações nas funções da	Audição

	Comunicação e do sistema estomatognático.	Cognição Deglutição Fala Mastigação Sucção no canudo Voz
--	---	---

3.5 Coleta de Dados

Os dados foram extraídos do banco do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do município de Olinda, para os casos de câncer de boca ocorridos entre os anos de 2008 e 2013.

Para a caracterização epidemiológica foram analisados os cinco últimos anos de banco de dados encerrados, de 2008 a 2012, de forma agregada para controlar as flutuações aleatórias devido ao número reduzido de casos, conforme estratégia de pesquisa já validada por outros autores (LOYOLA et al., 2002; VILELA et al., 2008; NOLASCO et al., 2009; ALVAREZ et al., 2009; GRANDY; ENANDER, 2009).

Para investigar o itinerário terapêutico, o acesso geográfico aos serviços utilizados e as alterações da comunicação ocorridas durante o curso da doença, foram utilizados os princípios do protocolo da Autópsia Verbal (AV) (BRASIL, 2008), através de visita domiciliar e aplicação de instrumento de coleta de dados semi-estruturado (APÊNDICE B) aos informantes-chave dos óbitos por câncer de boca ocorridos em 2012 e 2013. Durante a realização das coletas, ocorridas em 2014, o ano de 2013 foi incluído tendo em vista o encerramento do banco de dados do SIM municipal e como forma de minimizar o viés de memória e aumentar o universo de indivíduos pesquisados nesta fase, ficando assim dois anos para esta segunda etapa.

Autópsia Verbal é uma técnica aplicada, através de questionário, aos familiares e/ou cuidadores da pessoa falecida e utilizado em diversos países para obter informações sobre óbito com o objetivo de conhecer a estrutura da mortalidade nessas áreas (BRASIL, 2008).

A pessoa que fornece as informações é a chave para uma investigação bem sucedida. No entanto, sua identificação pode ser um desafio. O entrevistado, segundo o método da AV, deve ter convivido com o falecido durante as circunstâncias ou a doença que levou a morte. Preferencialmente, deve ser o cuidador da pessoa que faleceu, um familiar, a pessoa que assistiu ao óbito e/ou tenha residido no mesmo domicílio do falecido. Além disso, deve ser capaz de fornecer as informações solicitadas com clareza. Em uma situação de investigação realizada em domicílio, é possível encontrar mais de um familiar participando da entrevista. Nesse caso, uma pessoa com mais de 18 anos de idade deve ser o responsável pelas informações prestadas. Porém, nada impede que outras pessoas, inclusive menores de 15 anos, colaborem no processo (BRASIL, 2008).

Através da AV foi possível obter informações sobre a identificação do falecido, a identificação do entrevistado e seu relato sobre os acontecimentos, as doenças, condições clínicas e necessidades de saúde do indivíduo que mobilizaram ou não a busca e/ou a utilização de serviços de saúde nesse período.

Foram notificados ao SIM de Olinda 38 óbitos por câncer de boca, nos anos de 2012 e 2013. De posse dos endereços residenciais desses óbitos, foi traçado um roteiro de visitas domiciliares conforme localização e proximidade dos casos, utilizando o recurso do serviço *Google Maps*® versão 2014, respeitando suas políticas de utilização. Após a identificação do local exato da residência, buscou-se identificar se a área era coberta pela Estratégia Saúde da Família, e nesses casos, acionou-se a Equipe Saúde da Família para colaborar com a identificação do indivíduo e a realização das visitas.

A visita aos endereços selecionados seguiu o seguinte processo: quando o local encontrava-se fechado, o mesmo seria visitado por mais duas vezes, em horários e dias diferentes, para garantir a ausência de moradores no local. Essa informação era confirmada através da consulta aos vizinhos laterais e frontais.

Dos 38 casos de câncer de boca registrados no SIM, para os anos de 2012 e 2013, em seis casos o endereço registrado na DO era inexistente ou não localizado no município de Olinda; em três casos o endereço não correspondia ao paciente; em oito casos o local estava fechado ou a residência havia sido vendida e os vizinhos não tinham o contato dos

familiares; houve uma recusa em responder o questionário; e dois casos foram aplicados o instrumento de coleta de dados, mas os pacientes não se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão, restando 18 casos.

Para mensurar o acesso dos pacientes aos serviços utilizados, verificando quantidade, distribuição e distância entre a residência e os serviços, foi aplicada a técnica de georeferenciamento dos casos, utilizando o Sistema de Posicionamento Global (GPS), para marcação dos pontos referentes à residência e aos serviços utilizados pelos pacientes. Utilizou-se o aparelho de GPS Portátil *Garmin Etrex 10*[®], em que todos os pontos foram marcados no intervalo entre as 14 e 17 horas, para evitar variância entre o alinhamento dos satélites e diminuição da margem de erro para o posicionamento dos mesmos (≤ 5 metros) (GARMIN, 2000; GARRASTAZÚ, 2011).

Em seguida, houve o delineamento do itinerário terapêutico dos 18 casos de óbitos por câncer de boca (CID C00 a C14), notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que ocorreram em residentes de Olinda, no ano de 2012 e 2013, com a assistência integralmente realizada pelo Sistema Único de Saúde. Através dos registros de endereço contidos nas Declarações de Óbito notificadas ao SIM, realizou-se entrevistas com os informantes-chave de cada caso, identificados por meio de busca ativa residencial.

3.6 Análise dos Dados

As variáveis descritas por meio de proporções tiveram as diferenças percentuais testadas através do teste qui-quadrado corrigido de Yates, com $\alpha=5\%$.

A partir desses dados, calculou-se o coeficiente de mortalidade específico (CME) por causa de morte, em residentes de Olinda, através da técnica de padronização direta por faixa etária, tomando como referência a população do Brasil, e agregando, na unidade temporal, o período de estudo. Utilizou-se essa padronização com o intuito de controlar as possíveis interferências da distribuição populacional no município.

Em seguida, foram calculados os coeficientes de mortalidade por câncer de boca para as categorias das variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, estado civil,

raça/cor e sítio de frequência do tumor primário, mensurando as medidas de razão de prevalência, com significância estatística de 5%. Considerou-se como categorias de exposição: sexo masculino (SOUZA, 1996; CAMARINI, 1999; LORANZI, 2003; MORAES, 2003; DEDIVITIS, 2004; SOUZA, 2008; MELO, 2010), faixa etária maior de 40 anos (SOUZA, 1996; MORAES, 2003; DEDIVITIS, 2004; MELO, 2005; SOUZA, 2008; MELO, 2010), Raça/ cor Branca (CAMARINI, 1999; SOUZA, 1996; SOUZA, 2008), com até sete anos de estudo (MELO, 2010), trabalhadores braçais (MELO, 2005; SOUZA, 2008), casados (MELO, 2005) e a língua como sítio de maior frequência (MORAES, 2003; SOUZA, 2008; MELO, 2010).

Para as variáveis referentes às alterações na comunicação, analisou-se a frequência das respostas e correlação de frequência entre as diferentes variáveis estudadas, para conhecer as alterações na comunicação dos óbitos por câncer de boca, utilizando-se o teste estatístico Qui- quadrado corrigido de Yates, com $\alpha=5\%$.

Para o itinerário terapêutico foi realizado análise espacial da distribuição dos casos e dos serviços utilizados, para determinar uma melhor compreensão entre o câncer de boca desde o acesso até o óbito de cada indivíduo pesquisado, construindo mapas com os respectivos pontos e utilizado o estimador de densidade de Kernel para avaliar o fenômeno do comportamento de ocorrência dos casos de câncer de boca. O mapa de Kernel demonstra a intensidade pontual de um determinado fenômeno, ponderado pela distância em relação a um valor central (LONGLEY, 1999).

As diferenças percentuais das variáveis categóricas foram testadas por meio do teste exato de Fisher, com $\alpha=5\%$, e para as variáveis tempo gasto e distância percorrida entre a residência e o serviço de diagnóstico e tratamento, utilizando-se medidas de tendência central e dispersão.

O processamento e a análise dos dados foram realizados através *EpiInfo*®, versão 3.5.4, e pelo *Bioestat*®, versão 5.0, respectivamente. Para as análises espaciais utilizou-se o *Arcview*®, versão 3.2., e a ferramenta *Google Earth*®. Com esta última, houve a possibilidade de mensurar a distância e o tempo considerando o uso de transporte coletivo para o deslocamento. A apresentação dos dados se deu por meio de tabelas e mapas

construídos, respectivamente, pelos *softwares Excel* do pacote *Microsoft Office 2007*[®] e *Arcview*[®], versão 3.2.

3.7 Considerações Éticas

Para obtenção das informações relativas aos óbitos por câncer de boca, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), de todos os participantes (APÊNDICE A).

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), com o número de CAAE 21394913.9.0000.5194 e sob o parecer de aprovação 420.224 (ANEXO D).

4 RESULTADOS

ARTIGO ORIGINAL I

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA:
CONHECENDO OS RISCOS PARA POSSIBILITAR A DETECÇÃO PRECOCE DAS
ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO ^(*)**

***Epidemiologic aspects of mortality from oral cancer: understanding the risks to
enable the early detection of changes in communication***

**Rodrigo César Abreu de Aquino ⁽¹⁾, Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima ⁽²⁾, Coeli
Regina Carneiro Ximenes de Menezes⁽³⁾, Mirella Rodrigues ⁽⁴⁾**

⁽¹⁾ Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁽²⁾ Curso de Graduação em Fonoaudiologia e Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana (PPGSCH) da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁽³⁾ Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁽⁴⁾ Curso de Graduação em Fonoaudiologia e Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana (PPGSCH) da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Tipo de Manuscrito: Artigo original de pesquisa

Área: Saúde Coletiva

Título Resumido: Epidemiologia da mortalidade por câncer de boca

Fonte de auxílio: Secretaria de Saúde de Olinda – PE

Conflito de Interesse: Inexistente

^(*) Aceito para publicação na Revista CEFAC em 17/12/2014 (ANEXO E).

RESUMO

Objetivos: caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca, no município de Olinda, no período de 2008 a 2012. **Métodos:** foi realizado um estudo epidemiológico, de base populacional, do tipo seccional, a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade dos óbitos por câncer de boca no período de 2008 a 2012, em residentes de Olinda. Foi calculado o coeficiente de mortalidade específico por câncer de boca, e foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, grau de instrução, estado civil, ocupação, sitio anatômico do câncer e local de ocorrência do óbito, e as diferenças percentuais foram testadas pelo Qui-quadrado corrigido de Yates ($\alpha=5\%$). Foi mensurada a razão de prevalência ($\alpha=5\%$). **Resultados:** ocorreram 87 óbitos por câncer de boca, perfazendo um coeficiente de mortalidade específico de 21,5/ 100.000 habitantes. Houve predomínio dos óbitos entre homens, não casados, em pretos ou pardos, com ocupação não braçal, escolaridade inferior a 7 anos de estudo, com localização anatômica do tumor em faringe e língua ($p<0,005$). As maiores razões de prevalência foram encontradas entre os homens (RP=3,43), em trabalhadores braçais (RP= 2,86) e nos casos em que o câncer ocorreu no palato (RP=4,5). **Conclusão:** a identificação dos aspectos epidemiológicos que apresentam os maiores riscos para a mortalidade por câncer de boca orientará o planejamento das intervenções em saúde e em Fonoaudiologia.

DESCRIPTORES: Neoplasias Bucais; Registros de Mortalidade; Sistema Estomatognático

ABSTRACT

Purpose: to characterize the epidemiology of oral cancer mortality in the city of Olinda, in the period from 2008 to 2012. **Methods:** an epidemiological study, population-based, sectional-type, was conducted using data from the Mortality Information System of deaths from oral cancer in the period from 2008 to 2012 in residents of Olinda. The Specific Mortality Coefficient for oral cancer was calculated, and it were analyzed the variables gender, age group, race / skin color, education level, marital status, occupation, anatomic site of cancer and death occurrence location, and the percentage differences were tested using the Yates corrected Chi-square ($\alpha = 5\%$). Prevalence ratio was measured ($\alpha = 5\%$). **Results:** there were 87 deaths from mouth cancer, making a Specific Mortality Coefficient 21.5 / 100,000. There were more deaths among men, unmarried, black or brown skin color, with non-manual occupation, less than 7 years of education, with anatomical location of the tumor in the pharynx and tongue ($p < 0.005$). The highest prevalence rates were found among men (PR = 3.43) in manual workers (PR = 2.86) and in cases where the cancer occurred in the palate (OR = 4.5). **Conclusion:** the identification of epidemiological aspects that present the greatest risk for mortality from oral cancer will guide the planning of health interventions and Speech Therapy.

KEYWORDS: Mouth Neoplasms; Mortality Registries; Stomatognathic System

INTRODUÇÃO

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil, particularmente por dois aspectos: o primeiro é o aumento da incidência e da mortalidade, proporcional ao crescimento demográfico, ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento socioeconômico. O segundo é o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido de garantir o acesso efetivo e equânime da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença¹.

Dentre os tipos de câncer mais frequente em todo o mundo, o de cabeça e pescoço (CCP) ocupa a sexta posição, representando cerca de 3% de todas as neoplasias. Destes, 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe e 20% nos demais sítios anatômicos, incluindo as glândulas salivares². No ano de 2012, ocorreram cerca de 300 mil casos novos de câncer de boca e 145 mil óbitos por esta causa³.

É considerado câncer de boca aquele que se localiza na cavidade oral, incluindo orofaringe, e todas as estruturas nela contida. É o sexto tipo de câncer mais incidente no Brasil, e ocupa a quarta posição na região Nordeste^{2,4}, tendo sido considerado o câncer mais comum da região da cabeça e pescoço, quando se exclui o câncer de pele não-melanoma. Estimou-se 15.290 casos novos do câncer de boca, no Brasil, em 2014, sendo 11.280 em homens e 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 para cada 100 mil mulheres^{3,5}.

É reconhecida como a mais grave doença que afeta a boca, provocando 4.891 óbitos em 2010, sendo 3.882 homens e 1.009 mulheres, ocupando a terceira posição de letalidade entre as neoplasias^{2,6}. As taxas de mortalidade por câncer na boca apresentam um declínio na população masculina na maioria dos países, mas os valores ainda são elevados no Brasil³.

Apesar da gravidade da doença, a detecção precoce, por meio de exame clínico dos tecidos da boca, pode descobrir anormalidades potencialmente malignas, que em estágios iniciais, possibilita um tratamento menos agressivo e melhor prognóstico³.

No Brasil, a língua é a estrutura com maior ocorrência desses cânceres, com 32% dos casos, seguidos da orofaringe (18,5%) e do assoalho de boca (12,4%), sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais frequente⁷.

Atualmente, o câncer representa a terceira maior causa de morte na população do Brasil, seguido das doenças cardiovasculares e causas externas. Ao serem considerados indivíduos acima dos quarenta anos, o câncer assume o segundo lugar como causa de morte, sendo precedido apenas pelas doenças cardiovasculares^{8,9}. As taxas de mortalidade representam o principal indicador da situação de saúde de uma sociedade. De forma geral, as neoplasias malignas representam uma importante causa de morbidade e mortalidade dentre as doenças crônico-degenerativas, estimulando a

produção científica e o com isso, o desenvolvimento de ações específicas para o seu controle pelos serviços de saúde^{6,7}.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca, no município de Olinda, no período de 2008 a 2012.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de base populacional, do tipo seccional, desenvolvido no município de Olinda (PE). Olinda é um município localizado e na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco, com 379.271 habitantes. O município apresentou em 2010 uma renda média domiciliar de 621,73 reais, e 39,33% da população recebeu em média $\frac{1}{2}$ salário mínimo, com uma taxa de desemprego de 13,01% e um percentual de analfabetismo de 6,5%^{10,11}.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), sob o número de CAAE 21394913.9.0000.5194 e número de parecer 420.224/2013.

A população do estudo foi constituída pelo universo dos óbitos cuja causa básica de morte foi o câncer de boca (CID C00 a C14), no período de 2008 a 2012, em residentes de Olinda.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com anuência da Secretaria de Saúde do município. Esse período foi analisado de forma agregada para controlar as flutuações aleatórias devido aos pequenos números, conforme estratégia de pesquisa já validada por outros autores¹²⁻¹⁶.

Foram analisadas as variáveis sociais (sexo, faixa etária, raça/cor, grau de instrução, estado civil e ocupação), clínicas (sítio anatômico do câncer) e de acesso ao serviço de saúde (local de ocorrência do óbito e relação com o Sistema único de Saúde - SUS) e, descritas por meio de frequências absolutas e relativas e testadas as diferenças percentuais por meio do teste qui-quadrado corrigido de Yates, com $\alpha=5\%$.

Foi calculado o coeficiente de mortalidade específico (CME) por causa de morte, ajustado por idade, utilizando a técnica de padronização direta e tomado como população padrão a do Brasil. Esta padronização foi utilizada como forma de controlar as possíveis interferências da distribuição populacional no município.

Posteriormente foram calculados os coeficientes de mortalidade por câncer de boca para as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, estado civil, raça/cor e sítio de frequência do tumor primário, mensurando a razão de prevalência, com $\alpha=5\%$. Foram consideradas como variáveis de exposição: sexo masculino^{7,17-22}, faixa etária maior de 40 anos^{7,17,20-23}, raça/ cor branca^{17,21,22}, com até sete anos de estudo⁷, trabalhadores braçais^{22,23}, casados^{23,24} e a língua como sítio de maior frequência^{7,20,22}.

Para a estratificação da população, segundo tais categorias, utilizaram-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando-se o banco de dados agregados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA)²⁴.

O processamento e a análise dos dados foram realizados por meio do Tabwin, versão 3.4 e do Bioestat, versão 5.0, e os dados foram apresentados sob forma de tabela.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2012, ocorreram 87 óbitos por câncer de boca, em Olinda, perfazendo um coeficiente de mortalidade específico padronizado de 21,5/ 100.000 habitantes. Do total, 74,7% ocorreu nos indivíduos do sexo masculino ($p < 0,0001$), 50,57% não casados ($p < 0,0001$), 57,47% com idade superior a 60 anos, 62,07% dos casos foram classificados pela sua raça/cor como pretos ou pardos ($p < 0,0001$), 58,62% desempenhavam ocupação não relacionada a atividade braçal ($p < 0,0001$) e 47,13% tinham escolaridade inferior a 7 anos de estudo ($p = 0,0008$). Desataca-se o alto percentual de ignorabilidade nesta última variável (37,93%).

Em relação ao sítio de localização anatômica do câncer de boca, 33,33% foram na faringe, e 31,03% na língua ($p < 0,0001$). Foram 85,06% os óbitos que ocorreram em estabelecimentos de saúde ($p < 0,0001$), sendo destes, 83,78% em serviços próprios do SUS ou conveniado ($p < 0,0001$).

Dentre as razões de prevalência mensuradas, destacam-se o sexo masculino (RP= 3,43; $p < 0,001$), indivíduos na faixa etária 60 anos e mais (RP=2,78; $p < 0,001$), com menos de sete anos de estudo (RP=3,09; $p = 0,002$), casados (RP=2,10; $p = 0,001$), que desempenham atividades consideradas braçais (RP=2,86; $p < 0,001$) e tendo a língua como sítio de maior frequência (RP=13,5 em relação ao lábio e RP=4,5 em relação ao palato; $p < 0,0001$; $p = 0,0002$), conforme demonstrado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar os indivíduos que foram a óbito por câncer de boca, destacando a população mais exposta a este agravo. Com relação a variável sexo, constatou-se que durante todo o período estudado, houve predomínio dos óbitos de indivíduos do sexo masculino (74, 71%), apresentando uma razão de prevalência de morrer por câncer de boca de 3,43 ($p < 0,001$) maior entre os homens em relação às mulheres, fator que pode estar relacionado ao estilo de vida desse grupo populacional, com hábitos de fumar e beber, que quando ocorrem simultaneamente, podem potencializar o risco. No entanto, estudos têm apontado crescimento na prevalência desses tumores no sexo feminino, particularmente pela mudança do comportamento feminino nas últimas décadas¹⁸. A razão de óbitos por sexo neste estudo foi de 3:1, semelhante a outros estudos que retratam maior proporção de

óbitos por câncer de boca nos indivíduos do sexo masculino^{7,17-19,22,25-29}. Analisando os dados referentes às taxas de mortalidade segundo faixa etária, não houve diferença estatisticamente significativa entre os intervalos etários ($p=0,2$), assim como o identificado em outro estudo similar²⁶. Todos os óbitos ocorreram em indivíduos com idade superior a 40 anos, com razão de prevalência de 2,78 ($p<0,001$), maior entre os indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais, achado também evidenciado em outros estudos que destacam a ocorrência de casos em pessoas com idades superiores a 50 anos^{18,22,26-28}. Há justificativas moleculares, relativas aos mecanismos de carcinogênese e de proliferação da célula tumoral, associados ao declínio do sistema imunológico, que favorecem o maior acometimento do câncer em maiores de 60 anos de idade. Com o envelhecimento da população, a estimativa é que ocorra um aumento considerável do câncer na população idosa²⁹⁻³¹.

A maioria dos casos encontrados foi composta por indivíduos de cor preta/ parda (62,07%), em discordância com outros estudos que identificaram maior representatividade da morbidade em indivíduos de cor branca^{17,22,26,28}. No entanto, evidências científicas também apontam que as pessoas de cor preta/ parda, comparadas às de cor branca, que apresentam maior disponibilidade de recursos de saúde, tendem a residir em locais mais distantes dos serviços de saúde, geralmente relacionado a fatores socioeconômicos desfavoráveis, dificultando o acesso a um diagnóstico precoce e tratamentos específicos, provocando um desfecho indesejado para a doença^{1,32}.

O estudo apontou também que, nesta população estudada, não existe diferença entre a prevalência de morte por câncer de boca segundo a raça/cor da pele dos indivíduos ($RP=0$). Possivelmente existem na região Nordeste do Brasil, mais indivíduos categorizados como pardos²⁵.

No que se refere ao nível educacional, houve maior ocorrência de óbitos entre os que têm menos de sete anos de estudo (47,13%), com prevalência de morte por câncer de boca três vezes maior que os demais indivíduos ($p=0,002$), resultado similar ao de estudos com a mesma temática^{7,26-29}. Esse aspecto também tem sido observado em estudos com outros tipos de câncer. Em uma pesquisa com mulheres com câncer de mama, detectaram que a sobrevida daquelas com grau de escolaridade superior era maior quando comparado com as mulheres com menos anos de estudo³³.

De forma geral, observa-se a existência de uma relação entre o nível de instrução e a mortalidade por câncer de boca, mostrando que grupos socialmente desfavorecidos tendem a ter maior contato com fatores de riscos, tais como nutrição inadequada e baixas condições de saúde bucal, além de apresentar uma maior dificuldade de acesso à saúde e informações sobre a doença. Entretanto, destaca-se que os resultados e as conclusões para esta variável merecem ser interpretadas com cautela, tendo em vista a alta proporção de registros classificados como ignorado (37,93%).

Sobre o estado civil, encontrou-se no agrupado dos anos, maior proporção de mortalidade entre os não-casados (50,57%), diferente de outros estudos, no qual a

morbidade²³ e a mortalidade por câncer de laringe foi maior nos casados²⁵. No entanto, mesmo havendo uma predominância entre os não-casados, o estudo apontou uma maior prevalência de morrer por câncer de boca entre os casados (RP=2,10; p=0,001). Assim como a escolaridade, o estado civil é um fator de risco para a ocorrência do câncer de boca. Na busca realizada, não foi encontrada nenhuma referência que estabeleça uma relação direta entre a ocorrência do óbito e o estado civil do indivíduo, estando o dado mais relacionado a aspectos de qualidade de vida.

Quanto à ocupação, a maioria dos óbitos foi em pessoas cuja ocupação não estava relacionada ao trabalho braçal (58,62%), porém a probabilidade de mortalidade foi 2,86 vezes maior entre os trabalhadores braçais (p<0,001). Por se tratar de uma área urbana, turística e residencial, sem a presença de indústrias ou atividades agropecuárias importantes ¹¹, a população local geralmente se envolve em atividades relacionadas ao comércio, educação e turismo, diferente de outros estudos que encontraram relação entre câncer da cavidade bucal e faringe e o exercício de determinadas ocupações, como por exemplo: pescadores e agricultores, pintores, açougueiros, pedreiros e condutores de veículos a motor, encanadores e trabalhadores da construção civil, instaladores de carpetes, além de outras atividades que demandam esforço braçal dos trabalhadores^{7,22,26}.

Verificou-se que os indivíduos apresentaram como sítio de localização do tumor mais frequente a faringe (33,33%) seguida da língua (31,03%), áreas mais expostas aos fatores de risco associados a esse tipo de câncer, como o tabagismo, o etilismo e as infecções pelo Papiloma Vírus Humanos (HPV). Quanto comparada com a prevalência do óbito por câncer de lábio e de palato, o câncer de língua tem uma prevalência de 13,5 e 4,5 maior respectivamente, (p<0.0001; p=0,0002). O tumor nesses locais, pode favorecer sinais clínicos da doença refletidos na fonoarticulação e dificuldades de deglutição salivar e de alimentos. Resultados semelhantes a este foram observados em outros estudos, os quais apontam que o hábito de fumar e a ingestão de álcool estabelecem um sinergismo entre esses dois fatores de risco, aumentando 30 vezes o risco para o desenvolvimento do câncer de boca, em especial na língua, faringe e laringe^{3,20,22,34}.

A maior proporção de registro de óbitos ocorreu dentro dos serviços de saúde (85,06%), fato que está relacionado diretamente com a característica maligna e progressiva da doença, que devido sua evolução, compromete sistemas importantes para a manutenção das funções orgânicas, levando o indivíduo à necessidade de suporte especializado, portanto, é esperado que o óbito neste local de ocorrência seja bem mais frequente em relação aos demais. Destes óbitos ocorridos em serviços hospitalares, 83,78% foram em serviços próprios ou conveniados ao Sistema Único de Saúde. O tratamento do câncer é amplamente realizado pelo SUS, que possui hospitais de referência para o acompanhamento da doença, desde o diagnóstico até o tratamento específico, possibilitando o atendimento a pessoas de classes socioeconômicas variadas¹.

Foi verificado também que 14,94% dos óbitos ocorreram em suas residências, aspecto que pode ser justificado pelo fato de que, em muitos dos casos de câncer, devido a inviabilidade desses se submeterem a tratamentos mais agressivos, e não apresentarem perspectiva de cura ou remissão da doença, muitos retornam para suas residências e iniciam os cuidados paliativos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, e morrer de forma humanizada. A escolha de levar o paciente para morrer em casa é tomada pelo médico que o acompanha durante a internação hospitalar, entretanto, pesquisas afirmam que os pacientes na situação terminal decidem não permanecer em hospitais na sua fase final da vida³⁵⁻³⁷. No entanto, aqui se limita a elencar hipóteses explicativas para esse achado, dado que a fonte de dados foi o sistema de informação e não entrevista direta ao usuário. Não se pode deixar de citar também a possibilidade do óbito ter ocorrido em casa pela dificuldade de acompanhamento no sistema público de saúde, caracterizando assim uma falha no sistema e não uma escolha individual e familiar.

Destacando que o reconhecimento dos aspectos epidemiológicos que expõem certos grupos ao óbito por câncer de boca deve ser observado pelos profissionais que atuam com as funções orais, a evolução para as perdas comunicativas e sequelas indesejadas, assim como a morte, podem ser evitadas ou diminuídas quando o profissional reconhece precocemente as lesões neoplásicas e seus efeitos. Dependendo das áreas atingidas e da cirurgia reparadora, os indivíduos podem apresentar alterações orgânicas e funcionais, como dificuldades na mobilidade e desempenho das estruturas e funções orofaciais: fonoarticulação, voz e deglutição³⁸.

As alterações na comunicação podem estar relacionadas ao comprometimento decorrente das sequelas dos tratamentos, assim como, das adaptações desenvolvidas na tentativa de superar as limitações impostas pelos mesmos. A localização anatômica e o tamanho do tumor influenciam diretamente na capacidade de comunicação do indivíduo, variando conforme o sítio de inserção tumoral, podendo provocar comprometimento auditivo, paralisia facial, trismo, disartria, disfagia e alterações na ressonância da voz^{7,29,38,39}.

CONCLUSÃO

Constatou-se que no período de 2008 a 2012, ocorreram 87 óbitos por câncer de boca em Olinda (CME 21,5/100.000), com prevalência dos indivíduos do sexo masculino (74,7%), não casados (50,57%), com idade superior a 60 anos (57,47%), pretos ou pardos (62,07%), que desempenhavam ocupação não braçal (58,62%), tinham escolaridade inferior a 7 anos de estudo (47,13%) e com sítio de localização do tumor em faringe (33,33%) e na língua (31,03%). Os óbitos ocorreram em estabelecimentos de saúde (85,06%), sendo destes, 83,78% em serviços próprios ou conveniados ao SUS.

A identificação dos aspectos epidemiológicos que apresentam os maiores riscos para a mortalidade por câncer de boca orientará o planejamento das intervenções em

saúde e em Fonoaudiologia, reduzindo as alterações na comunicação oral e o número de óbitos por câncer de boca.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: Origem dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):317-26.
2. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3r. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
3. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
4. Santos FD, Montovani J, Soares CT, Carvalho LR. Expressão da P53 no tumor e no epitélio oral em pacientes com câncer de boca e faringe. *Arquivos Int Otorrinolaringol* [serial on the Internet]. 2011 Mar [cited 2014 Set 08]; 15 (01): [about 6 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-48722011000100006&script=sci_arttext
5. Campos RJDS, Leite ICG. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. *Rev CEFAC*. 2010; 12(4):671-7.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
7. Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *RGO – Rev. Gaúcha Odontol*. 2010;58(3):351-5.
8. Oliveira Junior FJM, Cesse EAP. Morbimortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. *Rev. Bras Cancerol*. 2005; 51(3):201-8.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Mortalidade, 2014. [cited 2014 mar 07]. Available from: <http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxopcao.htm>.
10. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU em 2012. [cited 2014 abr 20]; Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpe.def>.
11. OLINDA, Secretaria de Saúde de Olinda [internet]. Sala de Situação de Olinda -2012. [cited 2013 Apr 18]; Available from: <http://www.saudeolinda.blogspot.com.br/>.
12. Loyola E, Castillho-Salgado C, Aguilar PN, Vidaurre M, Mujica OJ, Piedra RM. Geographic information systems as a tool for monitoring health inequalities. *Rev. panam. salud pública*. 2002;12(6):415-28.
13. Vilela MBR, Bonfim C, Medeiros Z. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. saúde mater. infant*. 2008;8(4):445.

14. Nolasco A. Preventable avoidable mortality: Evolution of socioeconomic inequalities in urban areas in Spain, 1996–2003. *Health place*. 2009 Set;15(3):732-41.
15. Grandy SC, Enander H. Geographic analysis of low birthweight and infant mortality in Michigan using automated zoning methodology. *Int. J. Health Geogr*. 2009;8(1):10.
16. Alvarez G. Infant mortality and urban marginalization: a spatial analysis of their relationship in a medium sized city in northwest Mexico. *Rev. panam. salud pública*. 2009;26(1):31-8.
17. Camarini ET. Estudos epidemiológicos dos carcinomas espinocelulares de boca dos pacientes atendidos nas cidades de Baurú e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil. [Dissertação]. Baurú (SP): Faculdade de Odontologia de Baurú; 1999.
18. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico- epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2004;70(1):35-40.
19. Loranzi RL. Incidência e risco acumulado de câncer de boca no município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
20. Moraes TMN. Câncer de Boca: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnósticos. [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2003.
21. Souza A, Stevaux OM, Santos GG, Marcucci G. Epidemiologia do câncer epidermóide da mucosa bucal – Contribuição ao estudo sobre três variáveis: Sexo, faixa- etária e raça. *Rev. de Odontol. UNICID*. 1996;8:127-34.
22. Souza RM, Sakae TM, Guedes AL. Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2008;37(2):32-41.
23. Melo MCB, Lorenzato FRB, Filho JEC, Melo ZM, Cardoso SO. A Família e o processo de adoecer de câncer bucal. *Rev. Psicol. Estudo*. 2005;10(3):413-9.
24. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados agregados do Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. [cited 2014 feb 13]; Available from: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>.
25. Pernambuco LA, Vilela MBR. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco - 2000-2004. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2009;2(75):222-7.
26. Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LM, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wunsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(3):543-52.
27. Marchioni DML, Fisberg RM, Góis Filho JF, Kowalshill, LP, Carvalho MB, Abrahão M et al. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo de caso-controle na Região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;23(3):553-64.
28. Marques LU, Eluf-Neto J, Figueiredo RAO, Góis-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho MB et al. Saúde bucal, Práticas de higiene bucal e Ocorrência de Câncer da Cavidade oral. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3): 471-9.

29. Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO – Rev. Gaúcha Odontol. 2010;58(3):351-5.
30. Kurtz JE, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat JP, Dufour P. Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. Crit Rev Oncol Hematol. 2010;75(1):47-57.
31. Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. Semin Oncol. 2004;31(2):128-36.
32. Holmes JA, Carpenter WR, Wu Y, Hendrix LH, Peacock S, Massing M et al. Impact of distance to a urologist on early diagnosis of prostate cancer among black and white patients. J Urol. 2012;187(3):883-8.
33. Schneides IJC, D'orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(6):1285-96.
34. Cruz ACS, Franzolin SOB, Pereira AAC, Beijo LA, Hannerman JAC, Cruz JRS. Carcinoma de células escamosas da boca: Concordância diagnóstica em exames realizados no laboratório de anatomia patológica da Universidade Federal de Alfenas. Rev. Bras. Cancerol. 2012;58(4):655-61.
35. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta paul enferm [serial on the Internet]. 2012 [cited 2014 Set 08]; 25 (2): [about 5 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-2102012000900003&script=sci_arttext&tlng=pt
36. Brumley R, Enguidanos S, Jamilson P, Seitz R, Morgenstem N, Saito S. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc. 2007;55(7):993-1000.
37. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev de Saúde Pública. 2005;9(3):391-7.
38. Nemr K, Lehn C. Voz em câncer de cabeça e pescoço. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Rocca; 2004. P 102-17.
39. Felix JD, Zandonade E, Amorim MHC, Castro DS. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbito por câncer de mama na Região Sudeste, Brasil (1998 – 2007). Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2012;17(4):945-53.

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos óbitos por câncer de boca nos anos de 2008 a 2012, Olinda-PE

Variável	N	%	p-valor	Medida de Associação Epidemiológica			
				RP*	p-valor **	IC95%***	
Sexo							
Masculino	65	74,71	x=21,3	3,43	<0,001	2,12-5,57	
Feminino	22	25.29	p<0,0001				
Faixa Etária							
40 -59	37	42.53	x=1,94	2,78	<0,001	1,81-4,25	
60 e mais	50	57.47	p=0,2				
Raça/Cor							
Branca	27	31.03	x=39,9	0			
Preta / Parda	54	62.07	p<0,0001				
Não informado	6	6.90					
Grau de Instrução (anos)							
até 07	41	47.13	x=14,34	3,09	p=0,002	1,66-5,77	
08 e+	13	14.94	p=0,0008				
Ign	33	37.93					
Estado Civil							
Casado	31	35.64	x=17,86	2,10	p=0,001	1,32-3,32	
Solteiro/viúvo/separado	44	50.57	p<0,0001				
Ignorado	12	13.79					
Ocupação							
Trabalhador Braçal	24	27.59	x=27,52	2,86	p<0,001	1,76 - 4,65	
Demais Ocupações	51	58.62	p<0,0001				
Nao informada	12	13.79					
Sítio de localização do tumor							
Lábio	2	2.30	x=35,9	13,5	p<0,0001	3,21-56,77	
Língua	27	31.03	p<0,0001				
Palato	6	6.90		4,50	p=0,0002	1,86-10,90	
Faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe)	29	33.33		0			
Outras partes da boca	23	26.44		0			
Local de Ocorrência do óbito							
Serviço de Saúde	74	85.06	x=42,8	-	-	-	
Domicílio	13	14.94	p<0,0001				
Rede Própria ou Conveniada ao SUS							
SIM	62	83.78	x=33,78	-	-	-	
Não	12	16.22	p<0,0001				
Total	87	100.00					

(*) RP= Razão de Prevalência; (**) Teste qui-quadrado corrigido de Yates com significância estatística de $p \leq 0,05$; (***) IC= Intervalo de Confiança.

Recebido em: 05/08/2014

Aceito em: 17/12/2014

Endereço para correspondência:

Rodrigo César Abreu de Aquino

Rua Dr. José Maurício, 264, Apt 11 – Pau Amarelo

Paulista – Pernambuco – Brasil

CEP: 53433-070

E-mail: rodrigo_c_abreu@hotmail.com

ARTIGO ORIGINAL II

CÂNCER DE BOCA: AS ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA FONAUDIOLÓGICA

Reconhecido como tumor maligno localizado na cavidade oral (mandíbula, mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca), o câncer de boca tem como principais sintomas o aparecimento de lesões que não cicatrizam, ulcerações superficiais e indolores e manchas que podem ser esbranquiçadas ou avermelhadas. O tabagismo, o etilismo e a má higiene oral são importantes fatores de risco para a doença (MARKKANEN-LEPPANEN, 2006; INCA, 2014).

O indivíduo pode apresentar dificuldade para falar, se alimentar, perda acentuada de peso e linfadenomegalia cervical. Essas alterações, somadas à modificação facial e aos transtornos emocionais causados pela doença, prejudicando significativamente a qualidade de vida dessas pessoas. O tratamento do câncer ocorre por meio de cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia e a indicação é feita de acordo com a localização do tumor (KONSTANTINOVIC, 1999; MARKKANEN-LEPPANEN, 2006; INCA, 2014).

De forma geral, o tratamento apresenta efeitos colaterais, imediatos ou tardios, que variam conforme a dose e intensidade da radiação aplicada, levando a alterações de pele e mucosa, atrofia de órgãos, acrescentando-se outras alterações fonoaudiológicas como fibrose laríngea e imobilidade bilateral das pregas vocais. A quimioterapia, por sua vez, ocasiona alterações gastrintestinais, sensoriais e neurotoxicidade, dependendo do tempo de exposição e da concentração plasmática. Alterações vocais e disfagia, podem ser sequelas dos tratamentos cirúrgicos e irradiantes (BRASIL, 2002; PREPAGERAN; RAMAN, 2005; CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012; INCA, 2012).

Estudos evidenciam que tratamentos combinados de radioterapia e quimioterapia, associados ou não à ressecção cirúrgica geram resultados positivos no tratamento da doença preservando estruturas da boca e laringe. Porém, nem sempre a preservação desses

órgãos se torna um tratamento que resguarde realmente todas as funções. Em geral, são observadas alterações de ordem específicas na comunicação e deglutição (CAMPOS; LEITE, 2010; INCA, 2014). Mediante a escolha do tratamento e a assistência prestada, o acompanhamento fonoaudiológico contribui para ampliar as potencialidades comunicativas, respeitando as expectativas e os limites da doença (CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo identificar as alterações da comunicação humana, bem como a assistência fonoaudiológica recebida nos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, em 2012 e 2013.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em Olinda, localizado na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco.

O Município apresenta uma extensão territorial de 43,5 Km², composto por 32 bairros e uma população de 397.268 habitantes (OLINDA, 1999; IBGE, 2012; OLINDA, 2014). Participa do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer de boca através da política municipal de saúde bucal e possibilita o acesso à rede de assistência ao câncer do âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, através de pactuação intermunicipal com Recife, capital pernambucana (ABRUCIO; COSTA, 1998; BOTTI, 2010; OLINDA, 2012).

A população estudada foi composta por 18 óbitos por câncer de boca, residentes em Olinda, notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ocorridos nos anos de 2012 e 2013, com assistência integralmente realizada pelo Sistema Único de Saúde. Essas informações foram obtidas em entrevistas realizadas aos informantes-chave de cada caso, identificados através de busca ativa residencial, por meio dos registros de endereço das Declarações de Óbito do banco de dados do SIM. A escolha de trabalhar com os casos de óbito por esta causa se deu a partir de duas premissas: os casos estariam notificados no

SIM com dados pessoais necessários à busca, e a possibilidade de tornar o grupo estudado homogêneo, tendo em vista que todos tiveram a mesma causa básica de óbito, codificado de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID de C00 a C14.

Foram notificados no SIM de Olinda 38 óbitos por câncer de boca, entre os anos de 2012 e 2013. De posse dos endereços residenciais desses óbitos, foi traçado um roteiro de visitas domiciliares conforme distribuição e proximidade dos casos, utilizando o recurso do serviço *Google Maps*® versão 2014, respeitando suas políticas de utilização. Após a identificação do local da residência, buscou-se identificar se a área era coberta pela Estratégia Saúde da Família e, nesses casos, acionou-se a Equipe Saúde da Família para colaborar com a identificação do indivíduo.

A visita aos endereços selecionados seguiu o seguinte processo: quando a residência encontrava-se fechada, seria visitada por mais duas vezes, em dias e horários diferentes, afim de ratificar a ausência de moradores no local. Essa confirmação se dava por meio da consulta aos vizinhos laterais e frontais.

Dos 38 casos de câncer de boca registrados no SIM, em 2012 e 2013, para seis casos o endereço registrado na DO era inexistente ou não localizado no município de Olinda; três casos o endereço não correspondia ao paciente; oito casos o local estava fechado ou a residência havia sido vendida e os vizinhos não tinham o contato dos familiares; houve uma recusa em responder o questionário; e dois casos os pacientes não tinham realizado o tratamento exclusivamente pelo SUS, portanto, não se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, restando 18 casos a serem estudados.

Os indivíduos que apresentassem outra co-morbidade que pudesse causar alterações na comunicação (distúrbios neurológicos, cognitivos ou sensoriais) seriam excluídos, porém nenhum caso se enquadrava nesse critério.

A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento de coleta de dados semi-estruturado, desenvolvido exclusivamente para este estudo e aplicado aos informantes-chave. Para investigar as alterações da comunicação e a assistência fonoaudiológica

ocorridas durante o curso da doença, foram utilizados os princípios do protocolo da Autópsia Verbal, já validado e utilizado no Brasil e em diversos países (BRASIL, 2008).

O entrevistado, denominado de informante-chave, segundo o método da AV, deve ter convivido com o falecido durante as circunstâncias ou a doença que levou a morte, preferencialmente, ter sido o cuidador da pessoa que faleceu, um familiar, a pessoa que assistiu ao óbito e/ou tenha residido no mesmo domicílio do falecido, e ser capaz de fornecer as informações solicitadas com clareza (BRASIL, 2008).

Os resultados foram descritos através da análise da frequência absoluta e relativa. As diferenças percentuais foram testadas por meio do teste estatístico Qui- quadrado corrigido de Yates, com $\alpha=5\%$. O processamento e a análise dos dados foram realizados através do EpiInfo, versão 3.04, e do Bioestat, versão 5.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO), sob o CAAE número 21394913.9.0000.5194 e parecer de número 420.224.

RESULTADOS

Dos 18 casos de óbito por câncer de boca investigados, 55,6% dos informantes-chaves foram membros do núcleo familiar (esposo/a e/ou filhos/as) e em 72,2% as respostas foram fornecidas por um único informante-chave ($p<0,0001$).

Em 55,6% dos casos, a suspeita do câncer de boca foi através da realização do auto-exame ($p<0,0001$), o diagnóstico ocorreu apenas por profissionais médicos, tendo igualmente a língua e a faringe como sítio tumoral de maior ocorrência em (33,33%); em 83,3% houve a realização de tratamento específico ($p<0,0001$) (Tabela 1).

Dos indivíduos que tiveram alguma indicação de tratamento específico para o câncer, de forma isolada e/ou combinada, 72,2% realizaram quimioterapia ($p<0,0001$), 66,6% radioterapia ($p=0,0012$) e 27,8% foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica ($p<0,0001$). Todos os casos (100%) apresentaram alguma alteração na comunicação, sendo 88,9% na fala ($p<0,0001$), em 83,3% dos casos a mastigação e a deglutição estavam

comprometidas ($p<0,0001$), 77,8% na voz ($p<0,0001$), 72,2% a sucção por meio de canudo estava prejudicada ($p<0,0001$), 27,8% apresentaram algum prejuízo na audição ($p<0,0001$) e 22,2% a cognição estava alterada ($p<0,0001$). Em relação a realização de procedimentos complementares, observou-se que 72,2% realizaram sondagem gastrointestinal ($p<0,0001$), 5,6% gastrostomia ($p<0,0001$) e 22,2% foram submetidos ao procedimento de traqueostomia ($p<0,0001$). Em 27,80% houve a indicação para fonoaudiologia, e dos cinco casos que receberam indicação do tratamento fonoaudiológico, todos buscaram e tiveram acesso ao acompanhamento por este profissional (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Analizando os dados referentes ao fornecimento de informações, houve o predomínio de um único informante-chave e, em sua maioria um membro do núcleo familiar, fator que está relacionado a ocorrência deste tipo de câncer em indivíduos com idade superior a 40 anos, casados e com filhos (SOUZA et al, 2008; MARQUES et al, 2008). Pernambuco e Vilela (2009), em estudo sobre a mortalidade por neoplasia de laringe, apontam prevalência maior entre indivíduos casados, no entanto não foi encontrada referência que relacione a ocorrência do óbito com o estado civil do indivíduo, sendo esta informação mais relevante quando avaliados os aspectos de qualidade de vida.

Os resultados encontrados neste estudo descreveram que a ocorrência da suspeita do câncer de boca, se deu em sua maioria durante o autoexame da cavidade oral, ratificando a importância dessa prática e sugerindo a ampliação das ações preventivas de saúde bucal. Moraes (2003) destaca a importância de realização dos exames periódicos e de ações educativas direcionadas à população, afim de identificar possíveis lesões em estágios iniciais da doença, visto que o câncer nesta área geralmente é indolor e de difícil visualização. Entretanto, grande parte da população só atenta para alguma anormalidade anatômica na boca quando a lesão está apresentando deformidades, comprometimento da função ou mal cheiro no local.

Neste sentido, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2014) afirma que não existem evidências científicas que comprovem que o autoexame seja efetivo como medida preventiva contra o câncer de boca, pois a população em geral tem dificuldade em diferenciar lesões potencialmente malignas de áreas anatômicas normais, porém o autoexame possibilita a visualização de lesões em estágios iniciais, reduzindo a chance de evolução e agravamento da doença.

Para a população do estudo, a língua e a faringe aparecem como os principais sítios de localização do tumor. Essa situação pode se dar pelo fato de serem áreas mais expostas aos fatores de risco para o câncer de boca, como tabagismo, etilismo e infecções pelo Papiloma Vírus Humanos (HPV), favorecendo o desenvolvimento de lesões, em especial na língua, faringe e laringe (CRUZ et al., 2012; INCA, 2014).

Foi possível verificar que na maioria dos casos houve a realização de tratamento específico, de forma isolada ou associada a outro tratamento, e menos de um terço da população foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, devido à pouca efetividade e elevada perda funcional do órgão acometido. Os componentes terapêuticos que podem ser aplicados isolados ou em associação para o tratamento do câncer de boca são cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A indicação é feita de acordo com a localização do tumor. Alguns métodos de tratamento para o câncer de cabeça e pescoço podem causar comprometimentos estéticos e funcionais significativos (MENDES, 2007; TEXEIRA, 2009; INCA, 2014).

Os procedimentos adotados para tratamento específico do câncer de boca podem causar efeitos indesejáveis e irreversíveis ao sistema estomatognático, comprometendo inclusive as funções orais. Lesões nessas áreas podem repercutir na fonoarticulação e dificuldades de deglutição de saliva e alimentos, havendo também alterações de fala e mastigação, concentrando mais de 80,0% dos sujeitos. A voz e a sucção em canudo foram apontadas como funções alteradas em mais de 70,0% dos entrevistados e, a audição esteve comprometida em quase um terço da população, estando relacionadas com os efeitos provenientes do tratamento realizado. Estudos afirmam que a ressecção total ou parcial de estruturas fonoarticulatórias é responsável por modificações na articulação dos sons e voz

que afetam significativamente a inteligibilidade de fala desses sujeitos. A voz assume característica pastosa, monótona e hipernasal, além do comprometimento de diversos sons da fala, causados por imprecisão articulatória, que acrescida de trismo acentuado, prejudicam a fala (MENDES, 2000; MENDES, 2007).

Os tumores que surgem a partir da mucosa da nasofaringe e parede posterior da faringe apresentam obstáculos anatômicos, como ossos e nervos periféricos, que dificultam a realização da cirurgia, levando a escolha da radioterapia como conduta terapêutica. Contudo, grandes doses de irradiação são necessárias na tentativa de erradicação do tumor. Dentre as reações pós-radioterapia registram-se a osteorradionecrose da mandíbula e dentes, otite média ou externa, trismo, fibrose, disfunção endócrina, edema de laringe e até paralisia de prega vocal, diminuição do reflexo da deglutição e do peristaltismo faríngeo, que podem permanecer por até dois anos. Já o tratamento quimioterápico, indicado antes ou após uma ressecção de tumor, e isolado/combinado à radioterapia, pode acarretar em dificuldades de sucção e deglutição dos alimentos, cujo grau de dificuldade será determinado pelo tipo de tratamento realizado e dosagem aplicada, pela natureza e extensão da ressecção necessária (MENDES, 2000; CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

Para que ocorra uma diminuição considerável de massa tumoral, o paciente necessita de várias doses de quimioterápicos por um tempo prolongado, fazendo com que a concentração sanguínea das drogas se elevem, destruindo as células neoplásicas, e concomitantemente as saudáveis, levando a efeitos colaterais e alterações indesejáveis nas estruturas responsáveis pela comunicação. Mendes (2007) caracteriza diversos métodos que podem ser utilizados na reabilitação das funções orais que foram prejudicadas, são elas a fonoterapia, a realização de operações reconstrutoras ou o uso de próteses orais.

Em relação à realização de procedimentos complementares, destaca-se 72,2% com sondagem gastrointestinal, 5,6% gastrostomia e 22,2% foram submetidos ao procedimento de traqueostomia. Pacientes em estágio avançado da doença ou fora das possibilidades terapêuticas, tendem a perder a função de algumas estruturas anatômicas, seja pelo tamanho e localização do tumor, como também pelo tipo de tratamento específico a que foi

submetido (MENDES, 2000). Funções como alimentação e comunicação se encontram prejudicadas, agravando ainda mais o quadro do paciente. Alterações na deglutição, mastigação e sucção são comuns, havendo a necessidade de realização de procedimentos complementares que reestabeleçam essas atividades, porém a utilização de alguns dispositivos acaba levando a implicações na comunicação. Calheiros e Albuquerque (2012) destacam a importância de observar quais estruturas o tumor já acometeu, assim como, a presença de dispositivos como sonda ou traqueóstomo, verificando o grau de comprometimento das funções de alimentação e comunicação.

Após o diagnóstico e início do tratamento para o câncer de boca, 27,8% tiveram indicação para acompanhamento em Fonoaudiologia e, todos os casos que receberam indicação, foram acompanhados por este profissional. Como dito acima, os métodos utilizados para tratamento do tumor e o tipo de reconstrução utilizada, podem provocar um grande prejuízo nos músculos da cabeça e do pescoço, assim como alterações nas funções orais e na face, de modo que esses indivíduos, em sua maioria, necessitariam de acompanhamento fonoaudiológico.

Devido às alterações de comunicação nesses casos, o fonoaudiólogo tem um papel importante na orientação do paciente. Cabe a ele contribuir de modo a maximizar a deglutição, adaptá-la e/ou preservar com segurança o prazer da alimentação por via oral, bem como ajudar o paciente a restabelecer ou adaptar sua comunicação, orientado quanto ao processo de reabilitação de fala e/ou deglutição, que se dará pela utilização de estruturas remanescentes e funções compensatórias, visando a uma maior integração familiar e social.

As estratégias para desenvolver a comunicação, seja através da (re)adaptação da linguagem oral como também no estabelecimento de uma comunicação efetiva não-verbal, garante uma melhor qualidade de vida e melhora na interrelação deste com seus familiares e equipe (MENDES, 2000; CALHEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

No entanto, observa-se que a assistência fonoaudiológica foi restrita a menos de um terço da população estudada. Essa ocorrência pode estar relacionada à doença avançada, com alguns indivíduos submetidos a cuidados paliativos, e com isso diversas técnicas terapêuticas se tornam inviáveis. As complicações provenientes do tratamento específico,

principalmente às da quimioterapia, como a imunossupressão, indisposição e efeitos colaterais como náuseas e vômito, desestimulam o paciente a buscar acompanhamento de outros profissionais envolvidos de forma indireta na cura da doença.

Oliveira e colaboradores (2011) afirmam que 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 procura pode variar segundo sexo, idade, grupos sociais, e sua utilização poderá depender dos problemas de saúde e gravidade da doença, procedimentos específicos e áreas geográficas em que o paciente ou o serviço se encontram.

Desta forma, o acesso ao serviço de fonoaudiologia também é um outro complicador para o ingresso e manutenção da terapia, pois a maioria dos usuários é SUS-dependentes e com isso a demanda alta de pacientes, atrelada a baixa quantidade de profissionais, leva à prolongar o tempo de espera para começar o acompanhamento fonoaudiológico. Essa situação pode ser agravada quando o serviço oferecido se encontra em um local distante da residência do paciente, más condições para o deslocamento e a centralização da assistência oferecida. O acompanhamento fonoaudiológico favorece o enfrentamento da doença, no que se refere ao processo de comunicação e alimentação, assim como, auxilia na readaptação das suas novas condições provenientes do pós-terapia.

Por fim, reconhecem-se alguns elementos que podem constituir limitação metodológica do estudo, tais como a imprecisão dos endereços registrados no SIM, dificultando a localização das residências, reduzindo o N e a possibilidade de existência de viés temporal de memória dos informantes-chave, tendo em vista se tratar de um estudo retrospectivo. No entanto, para este foram adotadas estratégias de contextualização da época do adoecimento e morte dos indivíduos, de modo a minimizar os efeitos da questão temporal, proporcionando maior segurança na coleta dos dados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho permitem concluir que o autoexame aparece como principal forma de suspeita para o câncer de boca, sendo uma importante alternativa a ser

estimulada na população, apesar das suas limitações. A língua e a faringe foram identificadas como os principais sítios tumorais e a maioria dos indivíduos teve alguma indicação para tratamento específico. Ratificou-se que as funções da comunicação apresentaram alterações em proporções elevadas, a despeito disso, poucas pessoas receberam indicação para o acompanhamento fonoaudiológico. No entanto, todos que receberam foram acompanhados por este profissional. A readaptação funcional repercutiu na melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da família e nas suas funções sociais respeitando suas expectativas e limitações da doença avançada.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L; COSTA, V.M.F. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo**

Brasileiro. Centro de Estudos Konrad Adenauer – Stiftung, Série Pesquisa, nº 12, São Paulo, 1998.

BOTTI, C.S. **Avaliação do processo de implementação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato Grosso-MT**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA. **Falando Sobre Câncer da Boca**. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2008.

CALHEIROS, A.S; ALBUQUERQUE, C.S. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. **Rev. HUPE** Vol 11 n 2, 2012.

CAMPOS, R.J.D.S; LEITE, I.C.G. **Qualidade de vida e voz pós-radioterapia:** repercussões para a fonoaudiologia. Rev. CEFAC vol.12 no.4 São Paulo jul./ago. 2010.

CRUZ, A.C.S. FRANZOLIN, S.O.B; PEREIRA, A.A.C; BEIJO, L.A; HANNERMAN, J.A.C; CRUZ; J.R.S. Carcinoma de células escamosas da boca: Concordância diagnóstica em exames realizados no laboratório de anatomia patológica da Universidade Federal de Alfenas. **Rev. Bras. Cancerol.** vol 58 no.4 Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para o TCU em 2012.** Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpe.def>. Acessado em: 20 de abril de 2013.

KONSTANTINOVIC, V.S. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.** Vol 27, 1999.

MARKKANEN-LEPPÄNEN, M; ISOTALO, E; MÄKITIE, A.A; ASKO-SELJAARA, S; PESSI, T; SUOMINEN, E; HAAPANEN, ML. Changes in articulatory proficiency following microvascular reconstruction in oral or oropharyngeal cancer. **Oral Oncology.** Vol 42, 2006.

MARQUES LU, ELUF-NETO J, FIGUEIREDO RAO, GÓIS-FILHO JF, KOWALSKI LP, CARVALHO MB. Saúde bucal, Práticas de higiene bucal e Ocorrência de Câncer da Cavidade oral. **Rev Saúde Pública,** 2008.

MENDES, A.M.S. **Câncer de Boca:** um campo a ser explorado pela fonoaudiologia. [Monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - CEFAC; 2000.

MENDES, R.F. **Análise do impacto na comunicação oral de indivíduos tratados cirurgicamente do câncer na cavidade oral**. [Monografia]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da UFMG; 2007.

MORAES, T.M.N. **Câncer de Boca**: Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnósticos. [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da USP; 2003.

OLINDA, Secretaria de Planejamento Urbano, Transportes e Meio Ambiente - SEPLAMA. **Lei Nº 5161/99**: Definições dos limites dos bairros de Olinda. Olinda: SEPLAMA, 1999.

_____, Secretaria de Saúde de Olinda. **Sala de Situação de Olinda -2012**. Disponível em: <http://www.saudeolinda.blogspot.com.br/>. Acessado em 18/04/2013.

_____, Prefeitura Municipal de Olinda. **Olinda em dados**. Disponível em: <http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>. Acessado em 04/01/2014.

OLIVEIRA, E.X.G; MELO, E.C.P; PINHEIRO, R.S; NORONHA, C.P; CARVALHO, M.S. Acesso à assistência oncológica: O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, vol 27 no2, Rio de Janeiro, 2011.

PERNAMBUCO, L.A; VILELA, M.B.R. Estudo da mortalidade por câncer de laringe no estado de Pernambuco - 2000-2004. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. Vol 2, no75. 2009.

PREPAGERAN,N; RAMAN, R. Delayed complication of radiotherapy: laryngeal fibrosis and bilateral vocal cord immobility. **Med J Malaysia**. 2005.

SOUZA, R.M; SAKAE, T.M; GUEDES, A.L. Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. vol37, no 2. 2008.

TEIXEIRA, L.C. Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 61, n. 2, ago. 2009 . Disponível em: http://pepsic.bvsaludOrg/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 dez. 2014.

Tabela 1 – Características gerais dos óbitos por câncer de boca nos anos de 2012 e 2013, Olinda-PE

Variável	N	%	p-valor (*)
<i>Parentesco do Informante-chave</i>			
Membros do núcleo familiar (esposo/a e filhos/as)	10	55,6	x=22,2
Pais ou irmãos	4	22,2	p<0,0001
Outros membros da família	4	22,2	
<i>Suspeita do Câncer de Boca</i>			
Autoexame	10	55,6	x=24,1
Profissional	5	27,8	p<0,0001
Família	3	16,7	
<i>Diagnóstico do Câncer de Boca</i>			
Médico	18	100,0	–
Outros Profissionais	0	0	
<i>Sítio de Localização do Tumor</i>			
Língua	6	33,3	–
Faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe)	6	33,3	
Outras partes da boca e/ou não especificada	6	33,3	
<i>Realização de Tratamento Específico</i>			
Sim	15	83,3	x=44,3
Não (doença avançada)	3	16,7	p<0,0001
Total	18	100,0	

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal

(*) Teste qui-quadrado corrigido de Yates com $\alpha=5\%$.

Tabela 2 – Alterações na comunicação e assistência fonoaudiológica nos casos de óbitos por câncer de boca nos anos de 2012 e 2013, Olinda-PE

Variável	N	%	p-valor (*)
Tipo de Tratamento Específico (Isolados e/ou associados)			
Quimioterapia	13	72,2	x=18,6; p<0,0001
Radioterapia	12	66,6	x=11,1 p=0,0012
Cirúrgico	5	27,8	x=19,7 p<0,0001
Alterações na Comunicação			
Sim	18	100,0	—
Funções Alteradas Após Diagnóstico e/ou Tratamento (Isoladas ou Associadas)			
Audição	5	27,8	X=19,71; p<0,0001
Fala	16	88,9	X=60,53; p<0,0001
Voz	14	77,8	X=30,9; p<0,0001
Mastigação	15	83,3	X=40,3; p<0,0001
Deglutição	15	83,3	X=44,3; p<0,0001
Sucção	13	72,2	X=19,71; p<0,0001
Cognição	4	22,2	X=30,8; p<0,0001
Procedimentos Complementares			
Sondagem Gastrointestinal	13	72,2	X=72,1; p<0,0001
Traqueostomia	4	22,2	
Gastrostomia	1	5,6	
Indicação para Fonoaudiologia			
Sim	5	27,8	x=38,7
Não	11	61,1	p<0,0001
Não soube responder	2	11,1	
Acompanhamento pela Fonoaudiologia			
Sim	5	27,8	x=38,7
Não	11	61,1	p<0,0001
Não soube responder	2	11,1	
Total	18	100,0	

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal

(*) Teste qui-quadrado corrigido de Yates com $\alpha=5\%$.

ARTIGO ORIGINAL III

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ACESSO GEOGRÁFICO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS CASOS DE ÓBITOS POR CÂNCER DE BOCA: as contribuições para a Fonoaudiologia

INTRODUÇÃO

Estudos referentes a rede de atenção à saúde destacam os aspectos referentes ao modo e ao momento em que as pessoas buscam ajuda para solucionar seus problemas de saúde, com o propósito de garantir o acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (TRAVASSOS et al., 2002; CABRAL, 2011).

O percurso e todos os movimentos realizados por estas pessoas ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, é definido como itinerário terapêutico, o qual incorpora diversos recursos de uma rede assistencial organizada, incluindo cuidados caseiros e religiosos, tendo como objeto o tratamento da doença, construindo uma determinada trajetória assistencial (MARTINEZ, 2006; PINHO; PEREIRA, 2012).

O itinerário pelos serviços de saúde representa a forma de funcionamento destes sistemas, no qual seu trajeto compreende toda relação convencional— consultas médicas, hospitalizações, realização de exames preventivos e diagnósticos — com os serviços de saúde, assim como percurso terapêutico complementar – apoio religioso, terapias cognitivas e práticas integrativas e complementares. A escolha de qual caminho seguir é resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Ainda não há consenso na literatura sobre os condicionantes para a escolha desse itinerário (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; MARTINEZ, 2006; OLIVEITA et al, 2011; PAUL et al, 2012), porém fatores relacionados ao acesso geográfico e sócio-organizacional dos serviços, influenciam diretamente nessa escolha.

O acesso refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Donabedian (1973) define duas dimensões da acessibilidade que se inter-relacionam entre si. A primeira é a sócio-organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso desses serviços, tais como as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. A segunda dimensão é a geográfica, que se relaciona à análise do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem e dificuldades para mobilidade. A relação destes com o uso de serviços expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços.

No Brasil existem dispositivos legais que tratam do acesso e buscam garantir a atenção integral à população, para o diagnóstico e o tratamento do câncer, em tempo oportuno e de forma estruturada e hierarquizada. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria nº. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005) e da Portaria GM nº. 741 de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

Atualmente a Fonoaudiologia vem se inserindo em algumas áreas que até então eram pouco exploradas pela classe, atuando e participa de estudos junto a uma equipe multidisciplinar. A atuação do fonoaudiólogo pode contribuir de forma bastante satisfatória e eficiente para a qualidade de vida em indivíduos portadores de câncer de boca (MENDES, 2000).

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo delinear o itinerário terapêutico dos casos de óbitos por câncer de boca, nos residentes de Olinda – PE, nos anos de 2012 e 2013, mensurando as distâncias e o tempo médio percorrido na busca pelos serviços de diagnóstico e tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, no município de Olinda, localizado na Região Metropolitana do Recife – PE. Possui uma extensão territorial de 43,5 Km², distribuída em 32 bairros. Tem uma população estimada em 397.268 habitantes, predominantemente urbana (OLINDA, 1999; IBGE, 2012; OLINDA, 2014).

A rede assistencial de saúde de Olinda é composta por dois centros especializados de saúde, uma maternidade, um hospital geral conveniado, uma unidade de pronto-atendimento adulto e pediátrico, sete policlínicas, 53 unidades de saúde da família e um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, que proporcionam cobertura de 50% da população cadastrada na estratégia saúde da família e 23% são cobertas pelas equipes básicas de saúde bucal (OLINDA, 2012). Participa do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através de pactuação intermunicipal com Recife (ABRUCIO; COSTA, 1998; BOTTI, 2010; OLINDA, 2012).

Delineou-se o itinerário terapêutico dos casos de óbitos por câncer de boca (CID C00 a C14), notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que ocorreram em residentes em Olinda, no ano de 2012 e 2013, com a assistência integralmente realizada pelo Sistema Único de Saúde. Através dos registros de endereço contidos nas declarações de óbito notificadas ao SIM, realizou-se entrevistas com os informantes-chave de cada caso, identificados por meio de busca ativa residencial. Foi traçado um roteiro de visitas conforme localização e proximidade dos casos, viabilizadas por meio do serviço *Google Maps*® versão 2014, respeitando suas políticas de utilização. Após a identificação do local exato da residência, iniciou-se o processo de visitas aos endereços selecionados para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Quando o local encontrava-se fechado, seria visitado mais duas vezes, em horários e dias diferentes, garantindo a ausência de moradores neste local, além da confirmação através do questionamento aos vizinhos laterais e frontais.

Para investigar o itinerário terapêutico se utilizou os princípios do protocolo da Autópsia Verbal (BRASIL, 2008), para a aplicação do instrumento durante a visita nas

residências. Autópsia verbal (AV) é um questionário aplicado aos familiares e/ou cuidadores da pessoa falecida e utilizado em diversos países para obter informações sobre óbito com o objetivo de conhecer a estrutura da mortalidade nessas áreas (BRASIL, 2008). A pessoa que fornece as informações é a chave para uma investigação bem sucedida. Nesse caso, uma pessoa com mais de 18 anos de idade deve ser o responsável pelas informações prestadas. Porém, nada impede que outras pessoas, inclusive menores de 15 anos, colaborem no processo (BRASIL, 2008).

Segundo os dados notificados ao SIM ocorreram 38 casos de óbitos por câncer de boca, nos anos de 2012 e 2013, nos residentes de Olinda. Destes, em seis casos o endereço registrado na DO era inexistente ou não localizado no município de Olinda; em três casos, o endereço não correspondia ao paciente; para oito casos o local estava fechado ou a residência havia sido vendida, e os vizinhos não tinham o contato dos familiares; houve uma recusa em responder ao questionário; e dois casos, após aplicado o instrumento de coleta de dados, houve a exclusão devido os pacientes não se enquadrarem nos critérios de inclusão, totalizando 18 casos, os quais compuseram a população deste estudo.

As variáveis do estudo estão relacionadas à distância percorrida e tempo gasto para locais de diagnóstico e tratamento, serviços utilizados durante percurso terapêutico e as principais dificuldades de acesso enfrentadas.

Para mensurar o acesso dos pacientes aos serviços utilizados, verificando quantidade, distribuição e distância entre a residência e os serviços, realizou-se a técnica de georeferenciamento dos casos utilizando o Sistema de Posicionamento Global (GPS), para marcação dos pontos referentes à residência e aos serviços utilizados pelos pacientes. Foi utilizado o aparelho de GPS Portátil *Garmin Etrex 10*[®], nos quais todos os pontos foram marcados no intervalo entre as 14 e 17 horas, para evitar variância entre o alinhamento dos satélites e diminuição da margem de erro para o posicionamento dos mesmos (≤ 5 metros) (GARMIN, 2000; GARRASTAZÚ, 2011).

Foi realizada distribuição espacial dos casos e dos serviços utilizados para o diagnóstico e o tratamento. Utilizou-se o estimador de densidade de Kernel para avaliar o fenômeno do comportamento de ocorrência dos casos de câncer de boca, permitindo a

identificação de áreas quentes para a mortalidade por câncer de boca. As diferenças percentuais das variáveis categóricas foram testadas por meio do teste exato de Fisher, com $\alpha=5\%$ e utilizadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis tempo gasto e distância percorrida entre a residência e o serviço de diagnóstico e tratamento.

Utilizou-se o *EpiInfo*, versão 3.5.4, e o *Bioestat*, versão 5.0, respectivamente, para o processamento e a análise dos dados. Nas análises espaciais se utilizou o *Arcview*[®], versão 3.2., e a ferramenta *Google Earth*[®]. Com esta última, foi possível mensurar a distância e o tempo, considerando o uso de transporte coletivo para o deslocamento.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO, sob o CAAE de número 21394913.9.0000.5194 e Parecer de número 420.224.

RESULTADOS

Dos 18 casos de óbito por câncer de boca investigados, 94,4% tiveram, o diagnóstico ocorreu em serviços especializados ou de referência ($p<0,001$). O tempo entre o diagnóstico e o tratamento se deu, para 83,3% dos casos em até 60 dias ($p<0,001$), para 77,8% o tempo entre o diagnóstico e o óbito foi de até 12 meses ($p<0,0001$), e as dificuldades financeiras para o acesso aos serviços de saúde foram verificadas em 72,2% dos casos de óbito por câncer de boca ($p<0,001$), conforme tabela 1.

A espacialização dos óbitos pareceu inicialmente não ter nenhum padrão de distribuição, ocorrendo em todo território do Município de Olinda (Figura 1A). No entanto, o estimador de densidade de Kernel apontou a existência de uma área quente para a ocorrência desse evento nos residentes de Olinda, localizada mais ao sul Olinda, na região de divisa com o município de Recife (Figura 1B). Os serviços utilizados para o diagnóstico e o tratamento do câncer de boca foram predominantemente realizados fora do município de Olinda (Figura 2 A e B).

Tomando como referência as residências dos óbitos por câncer de boca, a distância média percorrida por esses indivíduos para os locais de diagnóstico foi de 7.364,7 metros

(Md=6.300m; δ = 3.567,38m), com tempo médio gasto de 32,67 minutos (Md=28min; δ =17.25min). Já para os locais de tratamento, a distância percorrida foi de aproximadamente 6.987,5 metros (Md=6.950m; δ =2.974,98m), gastando em média 33,68 minutos até o serviço desejado (Md=34,5min; δ =14.35min) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo apontaram os serviços especializados e de referência como local predominante para o diagnóstico do câncer de boca. Entretanto isso demonstra em certa medida a fragilidade para o diagnóstico dos serviços da atenção básica, que deveriam ser a porta de entrada para a rede de atenção à saúde, identificando em fase inicial as primeiras lesões sugestivas para a neoplasia. Engel et al (2013) descrevem que o Sistema Único de Saúde (SUS) identifica a atenção básica como porta de entrada preferencial de usuários do sistema público de saúde, promovendo o acesso desses aos serviços em diferentes níveis de densidade tecnológica, assumindo o compromisso do acompanhamento longitudinal dentro da rede de atenção. Entretanto a utilização dos serviços de saúde está ligada a características da oferta e à conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços (OLIVEIRA et al., 2011).

Foi possível verificar que na maioria dos casos o tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento específico ocorreu em até 60 dias. Isso demonstra que os serviços de saúde começam a tratar os pacientes dentro do padrão estabelecido pelo SUS, apesar de, por se tratar de uma patologia de evolução rápida, chegar ao limite deste prazo pode ser tarde para interromper o avanço da doença. O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL,2012) estabelece que o paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento, assim como o itinerário percorrido pelo indivíduo nos diversos níveis dos serviços de saúde podem gerar

angústias e dúvidas sobre sua condição clínica, dificultando o acesso ao serviço especializado e assim, reduzir as chances de tratamento efetivo. Nesse cenário, destaca-se a realidade brasileira, que apesar dos muitos esforços na tentativa de estruturação de fortalecimento, a rede de atenção oncológica ainda lida com constantes fragilidades, com amplos intervalos de tempo entre o acesso aos serviços em varias fases do tratamento, a despeito da rápida evolução da doença em muitos dos casos (AQUINO; VILELA, 2014).

Dependendo do tempo de espera para o início do tratamento, assim como algumas dificuldades para se realizar o mesmo, como distância, falta de recursos financeiros e efeitos colaterais exacerbados, a cura do paciente pode ser mais demorada que o previsto, ou ainda, o paciente pode evoluir para um quadro de maior agravamento da doença. Os resultados desse estudo descrevem que a grande maioria dos óbitos ocorrera antes de um ano (77,8%), fator que pode estar relacionado ao longo intervalo de tempo para o diagnóstico da lesão e o início da terapêutica, como também a doença se encontrar em estadiamento avançado. Aquino e Vilela (2014) apontam que uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articulados, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico, levando a um bom prognóstico da doença.

O estudo de Paul e colaboradores (2012) avaliou o nível de preocupação do paciente e a relação com o tempo decorrido entre o diagnóstico e as etapas dos tratamentos realizados, sendo constatado que o paciente se angustia mais com o longo período de espera entre o diagnóstico e o tratamento, do que com as complicações da terapêutica realizada. De acordo com Souza (2014), a demora no agendamento das consultas especializadas é uma das barreiras de acesso para o atendimento integral da população, retardando o diagnóstico precoce e, assim, um tratamento mais efetivo para a doença, além disso, a inexistência de critérios definidos para a escolha do serviço de referência no qual os usuários serão encaminhados é outro aspecto desordenador do acesso.

No que se referem às dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, os recursos financeiros foram identificados como principal empecilho para sua utilização destes

serviços. Algumas situações limitam ou dificultam a entrada dos usuários nos serviços de atenção oncológica. Dentre alguns fatores, destaca-se o acesso aos serviços de saúde, seja pela distância que o usuário percorre até entrar na rede de atendimento oncológico e os custos implicados para este deslocamento. A distância percorrida pelo paciente deve ser considerada, pois irá exigir dele repetidas visitas aos serviços de saúde para atendimento e tratamento específico. Neste sentido, a localização e descentralização de serviços, o tempo e os custos envolvidos com o deslocamento são fundamentais para a avaliação do padrão de acessibilidade destes indivíduos (OLIVEIRA et al., 2011; ENGEL et al., 2013).

A localização espacial dos óbitos demonstrou uma distribuição de caráter mais homogênea no território de Olinda, no entanto, com área de mais alta densidade na região próxima à divisa com o Recife. Observou-se na análise de Kernel, a existência de uma área de maior ocorrência para os casos mais graves de câncer de boca, que levam a óbito. Estas áreas coincidem com bairros que apresentam menores condições socioeconômicas (OLINDA, 2014), favorecendo o aumento dos fatores de risco para o câncer de boca, tais como etilismo, tabagismo e maus hábitos de higiene oral, além da relação que esta doença se mantém com os determinantes sociais da saúde (INCA, 2014).

Identificou-se que o diagnóstico da lesão, para câncer de boca, se deu de forma predominante fora do município de Olinda, mesmo sendo uma ação que deveria ocorrer dentro das atividades de promoção e prevenção, inerentes à atenção básica. Ainda foi possível verificar que todos os pacientes iniciaram seu tratamento em hospitais de referência na cidade vizinha, Recife. Isto se dá pelo fato de Olinda não possuir atendimento de alta complexidade com dispositivos tecnológicos e terapêuticos necessários para a atenção oncológica, participando apenas do planejamento, organização e avaliação das ações de detecção precoce do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de pactuação intermunicipal com Recife (OLINDA, 2012). Segundo Oliveira et al. (2011), a concentração e centralização dos recursos diagnósticos e terapêuticos, desejável para garantir maiores volumes e melhor qualidade do atendimento, muitas vezes impõe extensos deslocamentos a uma parcela considerável da população.

Identificou-se a distância percorrida e o tempo gasto pelos pacientes até os locais de diagnóstico e tratamento. Em média, utilizando os veículos coletivos como meio de transporte, os indivíduos necessitam se deslocar trechos consideravelmente distantes, para chegar ao destino pretendido.

Não foram encontrados estudos que determinem o tempo e a distância ideais para o acesso do paciente aos serviços de saúde. Contudo, parâmetros apresentados por Santos (1988) consideram como distância aceitável, um raio de 1000 metros entre a residência do usuário e o serviço a ser utilizado. Estudos apontam que a distância e o tempo gasto para realizar esse trajeto assumem relevância na evolução da doença e agravamento do quadro, uma vez que a proximidade do serviço de saúde interfere na precocidade do diagnóstico e no início do tratamento (OLIVEIRA et al., 2011; ENGEL et al., 2013).

Pressupõe que o caminho percorrido pelos usuários, desde a atenção primária até a especializada, em busca do diagnóstico e do tratamento, é um indicador da qualidade geral do acesso ao cuidado integral e do sistema de saúde que fornece esse cuidado (SOUZA et al., 2014).

As dificuldades relativas à acessibilidade geográfica e o tempo gasto para chegar aos serviços de saúde especializados têm sido identificadas como uma barreira para a utilização dos mesmos. No estudo de Holmes e colaboradores (2012) foi avaliada a associação entre a distância percorrida pelo paciente e o diagnóstico tardio da doença. O deslocamento percorrido pelo indivíduo através do seu itinerário terapêutico faz com que a distância e a demora interfiram diretamente na busca ao serviço de saúde, assim como na adesão à terapêutica especializada, reduzindo a precocidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento.

Por fim, entende-se que alguns elementos podem constituir limitação metodológica ao estudo, tais como o registro impreciso dos endereços no SIM, dificultando a localização das residências, reduzindo a população estudada e a possibilidade de ocorrência de viés temporal de memória dos informantes-chave, tendo em vista tratar-se de um estudo retrospectivo. Contudo, para este foram adotadas estratégias de contextualização da época

do adoecimento e morte dos indivíduos, de modo a reduzir os efeitos da questão temporal, proporcionando maior segurança na coleta das informações.

CONCLUSÃO

Houve a distribuição homogênea dos casos de óbitos por câncer de boca, e a existência de uma área quente para a ocorrência dos óbitos por CA de boca em local com condições sociais desfavoráveis. A partir da análise do itinerário que o usuário fez em busca de assistência, desde o diagnóstico até o óbito, observou-se que o paciente é diagnosticado em hospitais de referência, iniciando seu tratamento antes dos 60 dias preconizados pelo Ministério da Saúde. Apesar disso, devido a doença estar em estadiamento avançado ou mesmo a demora para o diagnóstico, fez com que os indivíduos fossem a óbito em menos de um ano. Dentre os principais obstáculos que o usuário enfrenta na busca pelo atendimento nos serviços de atenção oncológica, o financeiro foi o principal apontado para o percurso terapêutico dessas pessoas.

Conhecer o itinerário percorrido pelo paciente, levando em consideração a distância e o tempo gasto, pode favorecer o diagnóstico precoce e interferir no processo terapêutico do paciente com câncer, cujo atraso leva o indivíduo ao diagnóstico da doença em fases avançadas ou diminui consideravelmente as chances de cura, contudo, ainda são poucos os estudos sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.C.A; VILELA, M.B.R. Comunicação dos pacientes com câncer: Preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Rev. Distúrb. Comun.**, vol 26, no 2, São Paulo: 2014.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Diário Oficial da União de 22 de novembro de 2012.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

ENGEL, H.R; WEILLER, T.H.; FARÃO, E.M.D; BARROS, I.F.O; BORDIGNON, J.S; LUZ, E.M.F. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. **Rev Enferm UFSM**, vol 3, no 1, 2013.

GARRASTAZÚ, M.C. **Manual de uso e orientação do GPS de navegação**. Colombo: EMBRAPA, 2011. Disponível em:
<http://www.cnpf.embrapa.br/publica/seriedoc/edicoes/Doc229.pdf>. Acesso em: 05 de Janeiro de 2015.

GRADY, S.C.; ENANDER, H. Geographic analysis of low birthweight and infant mortality in Michigan using automated zoning methodology. **Int. J. Health Geogr.**, London, v. 8, p.10, 2009.

HOLMES, J.A; CARPENTER, W.R; WU, Y; HENDRIX, L.H; PEACOCK, S; MASSING, M; SCHENCK, A.P; MEYER, A.M; DIAO, K; WHEELER, S.B; GODLEY, P.A; STITZENBERG, K.B; CHEN, R.C. Impact of distance to a urologist on early diagnosis of prostate cancer among black and white patients. **J Urol.**, vol 187, no3, 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2014 - Incidência de câncer no Brasil..** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MARTINEZ, H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MENDES, A.M.S. **Câncer de Boca: um campo a ser explorado pela fonoaudiologia**. [Monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica - CEFAC; 2000.

OLINDA, Prefeitura Municipal de Olinda. **Olinda em dados**. Disponível em:
<http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>. Acessado em 04/01/2014.

OLIVEIRA, E.X.G; MELO, E.C.P; PINHEIRO, R.S; NORONHA, C.P; CARVALHO, M.S. Acesso à assistência oncológica: O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):317-326, fev, 2011.

PAUL, C; CAREY, M; ANDERSON, A; MACHENZIE, L; SANSON-FISHER, R; COURTINEY, R; CLINTON-MCHARG, T. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey. **Eur J Cancer Care (Engl.)**, 21(3): 321–329, 2012.

SANTOS, C.N.F. **A cidade como um jogo de cartas**. São Paulo: Projeto, 1988.

SOUSA, F.O.S; MEDEIROS, K.R; GURGEL JUNIOR, G.D; ALBUQUERQUE, P.C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

Tabela 1 – Acesso à atenção oncológica dos óbitos por câncer de boca nos anos de 2012 e 2013, Olinda-PE

Variável	N	%	p-valor (*)
Local de diagnóstico			
Atenção Básica de Saúde	1	5,6	X²=77,22; p<0,001
Serviço Especializado ou Referência	17	94,4	
Tempo entre o diagnóstico e o Início do tratamento			
Até 60 dias	15	83,3	X²=43,04; p<0,001
61 dias ou mais	3	16,7	
Tempo entre o diagnóstico e o óbito			
Até 12 meses	14	77,8	X²=29,76; p<0,001
13 meses ou mais	4	22,2	
Dificuldades para o acesso aos Serviços de Saúde			
Temporais (Período entre consultas e tratamentos)	2	11,1	X²=79,13; p<0,001
Geográficas (distância e condições ambientais)	2	11,1	
Financeiras (transporte, hospedagem, alimentação, tratamentos complementares)	13	72,2	
Total	18	100,00	

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal

(*) Teste Exato de Fisher com $\alpha=5\%$.

Tabela 2 – Acesso à atenção oncológica dos óbitos por câncer de boca nos anos de 2012 e 2013, Olinda-PE

Variável	Média	Mediana	Mínima	Máxima	DP
<i>Residência ao Local de Diagnóstico</i>					
Distância Média (*)	7364.7	6300	2500	14200	3567.38
Tempo Médio (**)	32.67	28	11	60.25	17.25
<i>Residência ao Local de Tratamento</i>					
Distância Média (*)	6987.5	6950	2500	12900	2974.98
Tempo Médio (**)	33.68	34.5	14	60	14.35

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores através do protocolo de autópsia verbal

(*) Distância em metros usando transporte coletivo; (**) Tempo em minutos usando transporte coletivo.

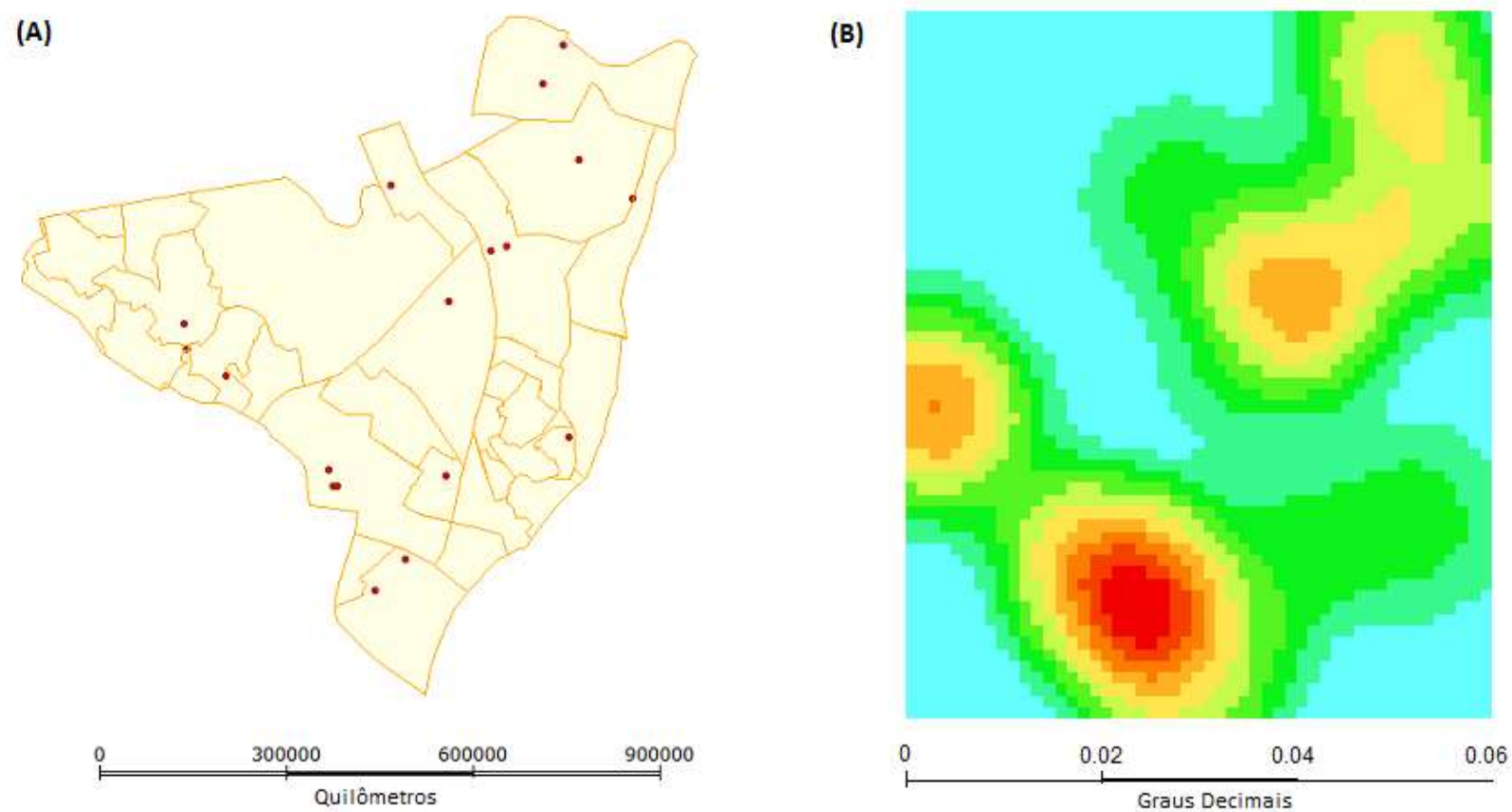


Figura 1- (A) Distribuição, (B) análise espacial por estimador de densidade de Kernel, dos óbitos por câncer de boca no município de Olinda-PE, no período de 2012 e 2013.

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador

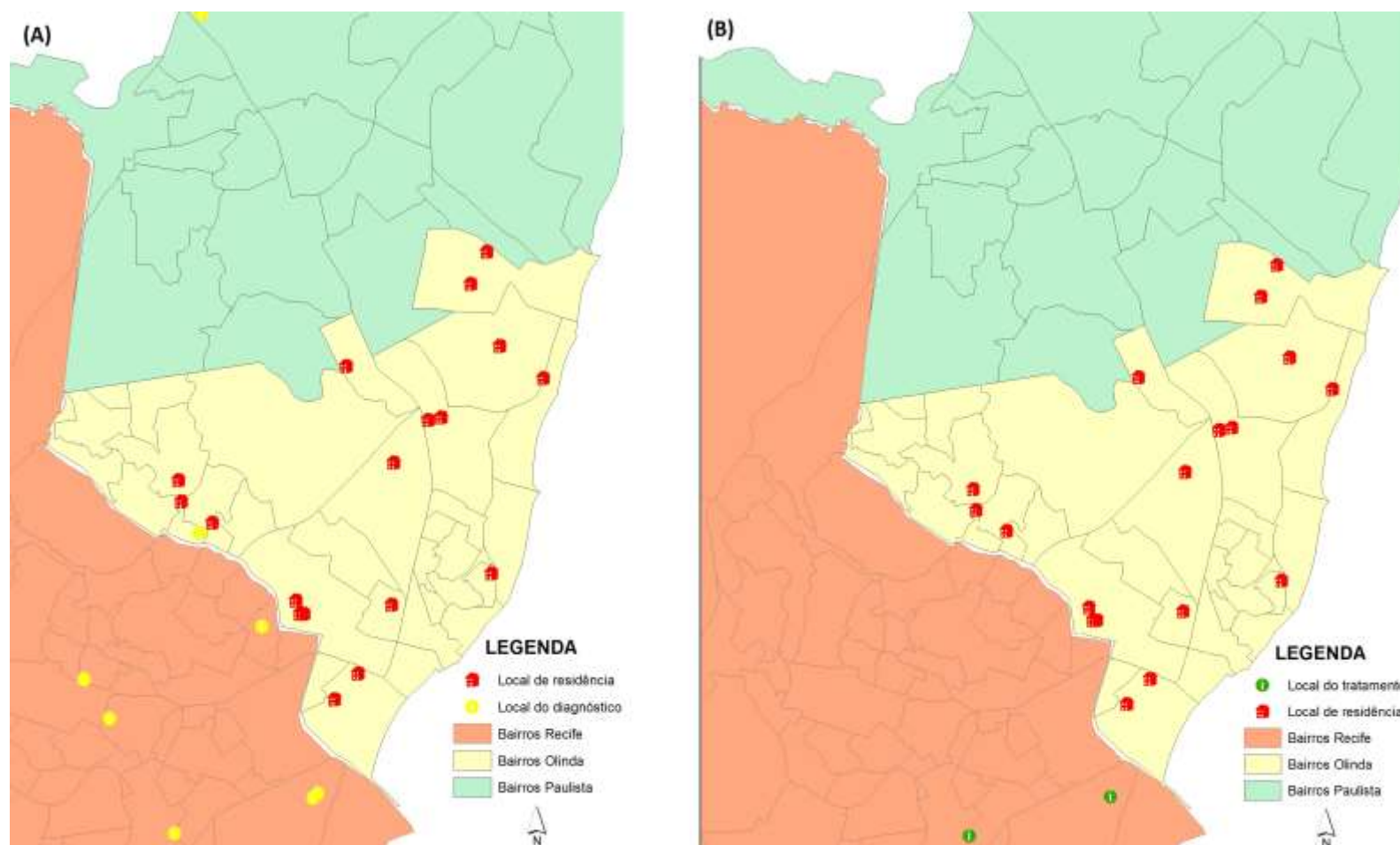


Figura 2- (A) local de diagnóstico e (B) Local de tratamento dos óbitos por câncer de boca no município de Olinda-PE, no período de 2012 e 2013.
Fonte: Dados coletados pelo pesquisador

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que no período de 2008 a 2012, ocorreram 87 óbitos por câncer de boca em Olinda, com prevalência dos indivíduos do sexo masculino, não casados, com idade superior a 60 anos, pretos ou pardos, que desempenhavam ocupação não braçal, escolaridade inferior a sete anos de estudo e com sítio de localização do tumor em faringe e na língua. Os óbitos ocorreram em estabelecimentos de saúde, em sua grande maioria do SUS.

O autoexame apareceu como principal forma de suspeita do câncer de boca e permanece como uma importante alternativa a ser estimulada na população. Verificou-se a língua e faringe como sítios tumorais de maior incidência e que a maioria dos indivíduos teve alguma indicação para tratamento específico. Ratificou-se que as funções da comunicação apresentaram alterações em proporções elevadas, especificamente aquelas relacionadas à fala, mastigação e deglutição. No entanto, poucas pessoas receberam indicação para o acompanhamento fonoaudiológico. Apesar disso, todos que receberam indicação foram acompanhados por este profissional.

Houve distribuição homogênea dos óbitos por câncer de boca, identificando-se a existência de uma área quente para a ocorrência deste evento em local com condições sociais desfavoráveis. O uso do itinerário terapêutico foi uma estratégia importante para construir os percursos assistenciais dos indivíduos, e evidenciar que o diagnóstico para o câncer de boca é realizado em hospitais de referência, e as pessoas iniciam o tratamento antes dos 60 dias preconizados pelo Ministério da Saúde. Apesar disso, o estadiamento avançado ou até mesmo o tempo para o diagnóstico, fizeram com que os indivíduos fossem a óbito em menos de um ano. Dentre os principais obstáculos que o usuário enfrentou pelo atendimento nos serviços de atenção oncológica, o financeiro foi o principal registrado nesse percurso terapêutico.

Assim, os resultados desse estudo trazem como contribuição científica o conhecimento da população que foi a óbito por este tipo de câncer, suas implicações na comunicação e as fragilidades que persistem na busca por acesso e assistência à saúde geral e fonoaudiológica. E isso se aplica aos serviços de saúde e à gestão da saúde pública

na medida em que fornece dados necessários ao direcionamento de ações, potencializando a garantia do acesso e a assistência à saúde da população.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L; COSTA, V.M.F. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro**. Centro de Estudos Konrad Adenauer – Stiftung, Série Pesquisa, nº 12, São Paulo, 1998.

ALVAREZ, G. et al. Infant mortality and urban marginalization: a spatial analysis of their relationship in a medium sized city in northwest Mexico. **Rev. panam. salud pública.**, Washington, v.26, n. 1, p. 31-38, 2009.

ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde**: considerações sobre o itinerário terapêutico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

AMAR, A; RAPOPORT, A; FRANZI, S.A; BISORDI, C; LEHN, C.N. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, 2002.

AMAR, A; ORTELLADO, D.K; FRANZI, S.A; CURIONI, O.A; RAPOPORT, A. Sobrevida após recidiva intratável do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. **Rev. Col. Bras. Cir.** , 2005.

AZEVEDO, E.H.M. **Avaliação da voz (deficiência, incapacidade e desvantagem vocal) e qualidade de vida após o tratamento do câncer avançado de laringe e/ou hipofaringe** [Dissertação]. Fundação Antônio Prudente – São Paulo, 2007.

BOTTI, C.S. **Avaliação do processo de implementação do consórcio intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato Grosso-MT**. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA. **Falando Sobre Câncer da Boca**. – Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. **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**. Diário Oficial da União de 19 de dezembro de 2005a.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº. 741 de 19 de dezembro de 2005. **Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades**. Diário Oficial da União de 21 de dezembro de 2005b.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2008.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Diário Oficial da União de 22 de novembro de 2012.

CABRAL, A.L.L.V; HERMAEZ, A.M; ANDRADE, E.L.G; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4433-4442, 2011.

CALHEIROS, A.S; ALBUQUERQUE, C.S. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. *Rev. HUPE* Vol 11 n 2, 2012.

CAMARINI, E.T. **Estudos epidemiológicos dos carcinomas espinocelulares de boca dos pacientes atendidos nas cidades de Baurú e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil.** [Dissertação]. Baurú: Faculdade de Odontologia de Baurú, 1999.

CAMPOS, R.J.D.S; LEITE, I.C.G. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, vol.12 no.4 São Paulo jul./ago, 2010.

DEDIVITIS, R.A; FRANÇA, C.M; MAFRA, A.C.B; GUIMARÃES, F.T; GUIMARÃES, A.V. Características clínico- epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, 2004.

DIKSHIT, R.P; KANHERE, S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population- based case-control study in Bhopal, India. **Int. J. Epidemiol.**, 2000.

FURIA, C.L.M. **Disfagias mecânicas.** In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Rocca; 2004.

GARMIN. **Etrex Navegador Pessoal:** Manual do usuário. GARMIN International, 2000. Disponível em: http://gvfly.com/downloads/Etrex_Amarelo%20Portugues.pdf. Acesso em 05 de Janeiro de 2015.

GARRASTAZÚ, M.C. **Manual de uso e orientação do GPS de navegação.** Colombo: EMBRAPA, 2011. Disponível em: <http://www.cnpf.embrapa.br/publica/seriedoc/edicoes/Doc229.pdf>. Acesso em: 05 de Janeiro de 2015.

GRADY, S.C.; ENANDER, H. Geographic analysis of low birthweight and infant mortality in Michigan using automated zoning methodology. **Int. J. Health Geogr.**, London, v. 8, p.10, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para o TCU em 2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpe.def>. Acesso em: 20 de abril de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM:** classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Linha de cuidado e integralidade da atenção.** INCA, 2013. Acessado em 29/11/2013. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_linha_cuidado.pdf

_____. Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2014 - Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

NEMR, K; LEHN, C. **Voz em câncer de cabeça e pescoço.** In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Rocca; 2004.

JUNQUEIRA, L. C. V. & CARNEIRO, J. **Histologia Básica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.

LONGLEY, P. **Geographical Information Systems: principles, techniques, management and applications.** Cambridge: Geoinformation International, 1999.

LORANZI, R. L. **Incidência e risco acumulado de câncer de boca no município de São Paulo.** Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Universidade de São Paulo, 2003.

LOYOLA, E. et al. Geographic information systems as a tool for monitoring health inequalities. **Rev. panam. salud pública.**, Washington, 2002.

KONSTANTINOVIC, V.S. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, 1999.

MARTINEZ, H.A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006.

MATIAS, K.S. **Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL** [dissertação]. São Paulo (SP): Univ. de São Paulo; 2005.

MELO, M.C.B; LORENZATO, F.R.B; FILHO, J.E.C; MELO, Z.M; CARDOSO, S.O. **A Família e o processo de adoecer de câncer bucal.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 413-419, 2005.

MELO, L.C; SILVA, M.C da, BERNARDO, J.M.P, MARQUES, E.B; LEITE, I.C.G. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO – Rev. Gaúcha Odontol**, 2010.

MELLO JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D. **As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Caderno de Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MORAES, T.M.N. **Câncer de Boca:** Avaliação do conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnósticos – [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2003.

MORAES, A. B. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v.22, n.10, out, 2006.

NOLASCO, A. et al. Preventable avoidable mortality: Evolution of socioeconomic inequalities in urban areas in Spain, 1996–2003. **Health place.**, Kidlington, v.15, n.3, p. 732-741, 2009.

OLINDA, Secretaria de Planejamento Urbano, Transportes e Meio Ambiente - SEPLAMA. **Lei Nº 5161/99**: Definições dos limites dos bairros de Olinda. Olinda: SEPLAMA, 1999.

_____, Secretaria de Saúde de Olinda. **Sala de Situação de Olinda -2012**. Disponível em: <http://www.saudeolinda.blogspot.com.br/>. Acessado em 18/04/2013.

_____, Prefeitura Municipal de Olinda. **Olinda em dados**. Disponível em: <http://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados>. Acessado em 04/01/2014.

OLIVEIRA, E.X.G; MELO, E.C.P; PINHEIRO, R.S; NORONHA, C.P; CARVALHO, M.S. Acesso à assistência oncológica: O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):317-326, fev, 2011.

OLIVEIRA JUNIOR, F.J.M; CESSÉ, E.A.P. Morbimortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. **Rev. BrasCancerol**. 51(3):201-08, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PREPAGERAN, N; RAMAN, R. Delayed complication of radiotherapy: laryngeal fibrosis and bilateral vocal cord immobility. **Med J Malaysia**, 2005.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. **Therapeutic itineraries**: paths crossed in the search for care. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun, 2012.

ROSA, L.M; BÚRIGO, T; RADUNZ, V. Itinerário terapêutico: alimentação e câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; jul/set; 19(3):463-7, 2011

SANTOS, F.D; MONTOVANI, J; SOARES, C.T; CARVALHO, L. R de. Expressão da P53 no tumor e no epitélio oral em pacientes com câncer de boca e faringe. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.** (Impr.) [online]. [cited 2011-08-04]; 15(1): 41-47, 2011.

SCHOLZE, A.S; SILVA, Y.F. **Riscos potenciais à Saúde em itinerários de cura e cuidado**. *Cogitare Enferm.* [site de internet], 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5008/3786>. Acesso em: 01 de julho de 2013.

SISSON, M.C. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.123-36, jan./mar, 2011.

SOUZA, A; STEVAUX, O.M; SANTOS, G.G; MARCUCCI, G. Epidemiologia do câncer epidermóide da mucosa bucal – Contribuição ao estudo sobre três variáveis: Sexo, faixa-etária e raça. **Revista de Odontologia**. UNICID, 1996

SOUZA, R.M; SAKAE, T.M; GUEDES, A.L. **Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil**. Arquivos Catarinenses de Medicina; Vol. 37, no. 2, 2008.

THULER, L. C.; MENDONÇA, G. A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**; v. 27, n. 11, p. 656/60, 2005.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**; 11(5/6):365-373, 2002.

VILELA, M.B.R.; BONFIM, C.; MEDEIROS, Z. Mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias: reflexo das desigualdades sociais em um município do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.8, n.4, p.445-461, 2008.

WEBER, R.S; DUFFREY, D.C. **Cabeça e Pescoço**. IN: Sabiston. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro. 16a ed. Editora Guanabara Koogan, 2003.

ZHANG, Z; MORGENSTERN, H; SPITZ, M.R; TASHKIN, D.P; YU, G; MARSHALL, J.R. Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**; 8(12): 1071–1078, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa: Mortalidade por câncer de boca: aspectos epidemiológicos e as implicações para comunicação humana), que está sob a responsabilidade do pesquisador RODRIGO CESAR ABREU DE AQUINO, residente na rua Dr. José Maurício, 264 apt 11. Pau Amarelo – Paulista – Pernambuco, telefone: 87054432 e endereço eletrônico: rodrigo_c_abreu@hotmail.com, para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação da Prof. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fonoaudiologia. Av. Prof. Moraes Rego, Cidade Universitária 50670-901 - Recife, PE - Brasil Telefone: (081) 21268927.

A pesquisa tem como objetivo Caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca e as implicações para a comunicação humana através do itinerário terapêutico.

Será cumprido, nesse estudo, os princípios éticos registrados na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando o sigilo ético dos conteúdos e identificações dos sujeitos pesquisados.

Os riscos são mínimos para acidentes e condições morais, porém podendo ocorrer acontecimentos inesperados de ordem emocional durante a pesquisa.

Os benefícios para os pesquisados são o esclarecimento posterior sobre a problemática estudada e para a própria vida destes; e para o pesquisador é o conhecimento adquirido baseado neste tipo de estudo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, através de questionário, ficarão armazenados em sob a responsabilidade do Pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária,

Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Mortalidade por câncer de boca: aspectos epidemiológicos e as implicações para comunicação humana**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante (ou responsável legal): _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACESSO GEOGRÁFICO À REDE E AS IMPLICAÇÕES NA COMUNICAÇÃO HUMANA.

1. Dados de Identificação
 - 1.1 Nome:
 - 1.2 Nome do Informante Chave:
 - 1.3 Grau de Parentesco ou Afinidade:
 - 1.4 Houve Mais de um Informante Chave?
2. Como ocorreu a suspeita do Câncer de Boca?
 - 2.1 Exame de Profissional da área de saúde () Qual: _____
 - 2.2 Auto-exame ()
 - 2.3 Observação por pessoas da família ()
 - 2.4 outros: _____
3. Onde ocorreu o diagnóstico?
 - 3.1 Unidade de Saúde da Família ()
 - 3.2 Unidade Básica de Saúde ()
 - 3.3 Serviço Especializado ()
 - 3.4 Demanda espontânea ao Serviço de Referência ()
 - 3.5 Ignorado ()
4. Quando ocorreu o diagnóstico?
 - 4.1 () _____ Mês(es)
 - 4.2 () _____ Ano(s)
 - 4.3 () Aproximação em anos: _____
5. Que profissional realizou o diagnóstico?
 - 5.1 Dentista ()
 - 5.2 Médico ()
 - 5.3 Outros: _____
6. Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento?
 - 6.1 () _____ Dia(s)
 - 6.2 () _____ Mês(es)
 - 6.3 () _____ Ano(s)
7. Houve tratamento específico?
 - 7.1 Sim, qual?
() Cirúrgico
() Quimioterápico
() Radioterápico
Onde realizou: _____
 - 7.2 Não, qual o motivo:
() Recusa do tratamento
() Doença avançada, falta de condições clínicas
() Outras doenças associadas
() Abandono do tratamento

- () Complicações do tratamento
() Óbito
8. Qual (is) serviço (s) utilizado (s) durante o itinerário terapêutico?
- 8.1 Primeiro serviço: _____
8.2 Segundo serviço: _____
8.3 Terceiro Serviço: _____ adicionar serviços
8.4 Outros serviços: _____
9. Quais as principais dificuldades de acessibilidade enfrentadas durante o itinerário terapêutico?
- 9.1 () Geográficas (Distância, condições ambientais)
9.2 () Temporais (Tempo entre consultas, tratamentos)
9.3 () Financeiras (Transporte, hospedagem, alimentação, tratamento complementar)
10. Teve indicação de Fonoaudiologia?
- 10.1 () Sim
10.2 () Não
10.3 () Não soube responder
11. Houve acompanhamento de Fonoaudiologia?
- 11.1 () Sim
11.2 () Não
11.3 () Não soube responder
12. Como foi o acesso ao serviço de Fonoaudiologia?
- 12.1 () Demanda espontânea
12.2 () Encaminhamento
12.3 () Triagem
12.4 () Outros
Qual o serviço: _____
13. Quais funções alteradas após o diagnóstico e/ou tratamento de Câncer de Boca?
- 13.1 () Audição. Qual _____
13.2 () Fala. Qual _____
13.3 () Voz. Qual _____
13.4 () Mastigação. Qual _____
13.5 () Deglutição. Qual _____
13.6 () Sucção. Qual _____
13.7 () Cognição. Qual _____
14. Realizou procedimentos complementares?
- 14.1 () Sondagem Gastrointestinal
14.2 () Gastrostomia
14.3 () Traqueostomia
14.4 () Outros
Onde realizou: _____

ANEXOS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cenário	1	Cenário	2	Registro	3	Data
		4	Município	5	UF	6	Cemitério
II	Identificação	7	1 - Mãe 2 - Não Mãe	8	Obito Data Hora	9	RIC
		10	Naturalidade	11	Nome do falecido	12	Nome do pai
III	Residência	13	Nome da mãe	14	Data de nascimento	15	Idade
		16	Sexo	17	Raça/cor	18	Estado civil
IV	Ocorrência	19	Escolaridade	20	Ocupação habitual e ramo de atividade	21	Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)
		22	Código	23	Saline/Distrito	24	Município de residência
V	Fetá ou menor que 1 ano	25	UF	26	Local de ocorrência do óbito	27	Estabelecimento
		28	Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	29	Código	30	UF
VI	Condições e causas do óbito	31	Saline/Distrito	32	Município de ocorrência	33	UF
		34	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO	35	Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36	Número de filhos tidos
VII	Médico	37	Idade	38	Escolaridade	39	Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe
		40	Idade	41	Idade	42	Idade
VIII	Causas externas	43	Idade	44	Idade	45	Idade
		46	Idade	47	Idade	48	Idade
IX	Localidade e Médico	49	Idade	50	Idade	51	Idade
		52	Idade	53	Idade	54	Idade

ANEXO B - FICHA DE REGISTRO DE TUMOR DO INCA

NOME DA INSTITUIÇÃO		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR 	03 - TIPO DE DOCUMENTO ☐ 1- Cartão SUS ☐ 2- CPF ☐ 3- Identidade (RG) ☐ 4- Título de eleitor ☐ 5- PIS/PASEP ☐ 6- Certidão de nascimento ☐ 7- Outro ☐ 8- Sem informação		
02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL 			
04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE 			
05 - NOME COMPLETO DA MÃE 			
06 - SEXO ☐ 1- Masculino ☐ 2- Feminino	09 - LOCAL DE NASCIMENTO 	11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA ☐ 1- Nenhuma ☐ 2- Fundamental incompleto ☐ 3- Fundamental completo ☐ 4- Nível médio ☐ 5- Nível superior incompleto ☐ 6- Nível superior completo ☐ 9- Sem informação	12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL
07 - DATA DO NASCIMENTO 	10 - RAÇA / COR DA PELE ☐ 1- Branca ☐ 2- Preta ☐ 3- Amarela ☐ 4- Parda ☐ 5- Indígena ☐ 9- Sem informação	13 - PROCEDENCIA (CÓDIGO DO IBGE) 	
08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA 			
ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE			
14 - ENDEREÇO PERMANENTE 			
15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA 			
16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA 	18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA 	20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO 	
17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA 	19 - CEP DA RESIDÊNCIA 		
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL 	23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES ☐ 1- Sem diag./Sem trat. ☐ 2- Com diag./Sem trat. ☐ 3- Com diag./Com trat. ☐ 4- Outros ☐ 9- Sem informação	24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR ☐ 1- Clínica ☐ 2- Pesquisa clínica ☐ 3- Exame por imagem ☐ 4- Marcadores tumorais ☐ 5- Citologia ☐ 6- Histologia da metástase ☐ 7- Histologia do tumor primário ☐ 9- Sem informação	
22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR 			
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR			
25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO 	28a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM) 	29 - pTNM 	
26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO 	28b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E (DADE ATÉ 18 ANOS)) 	30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA 	
27 - TNM 			

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO			
31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL [][]	34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL 1- Nenhum 2- Cirurgia 3- Radioterapia 4- Quimioterapia 5- Hormonioterapia 6- Transplante de medula óssea 7- Imunoterapia 8- Outras 9- Sem informação [][][][][][][]	35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL 1- Sem evidência da doença (remissão completa) 2- Remissão parcial 3- Doença estável 4- Doença em progressão 5- Suporte terapêutico oncológico 6- Óbito 8- Não se aplica 9- Sem informação	36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE [][][][][][][]
32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL [][][][][][][][]		37 - ÓBITO POR Câncer 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTI-NEOPLÁSICO NO HOSPITAL 1- Recusa do tratamento 2- Tratamento realizado fora 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas 4- Abandono do tratamento 5- Complicações de tratamento 6- Óbito 7- Outras razões 8- Não se aplica 9- Sem informação			
ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO			
38 - CASO ANALÍTICO 1- Sim 2- Não	39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO 1- Sim 2- Não		
ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR			
40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR [][]			
ITENS OPCIONAIS			
41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Separado judicialmente 5- União consensual 9- Sem informação	45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO 1- Nunca 2- Ex-consumidor 3- Sim 4- Não avaliado 8- Não se aplica 9- Sem informação	50 - LATERALIDADE DO TUMOR 1- Direita 2- Esquerda 3- Bilateral 8- Não se aplica 9- Sem informação	51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO 1- Não 2- Sim 3- Dúvidoso
42 - DATA DA TRIAGEM [][][][][][][][]	46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO 1- SUS 2- Não SUS 3- Veio por conta própria 8- Não se aplica 9- Sem informação	52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL 1- Público (SUS) 2- Plano de saúde 3- Particular 4- Outros 8- Não se aplica 9- Sem informação	53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL 1- Público (SUS) 2- Plano de saúde 3- Particular 4- Outros 8- Não se aplica 9- Sem informação
43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE Câncer 1- Sim 2- Não 9- Sem informação	47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL [][]	54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE [][][][][][][][]	
44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA 1- Nunca 2- Ex-consumidor 3- Sim 4- Não avaliado 8- Não se aplica 9- Sem informação	48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPEÚTICA DO TUMOR 1- Exame clínico e patologia clínica 2- Exames por imagem 3- Endoscopia e cirurgia exploradora 4- Anatomia patológica 5- Marcadores tumorais 8- Não se aplica 9- Sem informação		
	49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO [][][][][][][][]		
ITENS COMPLEMENTARES			
COMPLEMENTAR 1 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	COMPLEMENTAR 2 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	COMPLEMENTAR 3 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	COMPLEMENTAR 4 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação
ITENS COMPLEMENTARES			
COMPLEMENTAR 5 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	COMPLEMENTAR 6 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	COMPLEMENTAR 7 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- Não se aplica 9- Sem informação	DATA COMPLEMENTAR 1 [][][][][][][][] DATA COMPLEMENTAR 2 [][][][][][][][] DATA COMPLEMENTAR 3 [][][][][][][][]

ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE OLINDA - FUNESO
UNIÃO DE ESCOLAS SUPERIORES DA FUNESO – UNESF
Criada pelo Parecer nº 397 de 07.07.97, do Conselho Nacional de Educação – CNE
Regimento Aprovado pela Portaria nº 944 de 15.08.97, DOU de 18.08.97
Campus Universitário, S/N - Jardim Frágua - Olinda - PE
CNPJ 08.905.382/0001-04 - Fone: (81) 3054.1968



Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FUNESO
Registro Nº. 1146/2003 – CONEP/CNS/MS

Olinda, 11 de Outubro de 2013.

Prezado (a) Pesquisador (a):

RODRIGO CÉSAR ABREU DE AQUINO

Nº. DO PARECER: 420.224

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FUNESO, em Reunião no dia 26 de Setembro de 2013, considerou **APROVADO** o Projeto de **CAAE Nº. 21394913.9.0000.5194**, intitulado **MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A COMUNICAÇÃO HUMANA**. E tem como Pesquisador Principal **RODRIGO CÉSAR ABREU DE AQUINO**.

RESUMO DO PARECER DO CEP

O estudo não apresenta riscos e agravos bioéticos e está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde.

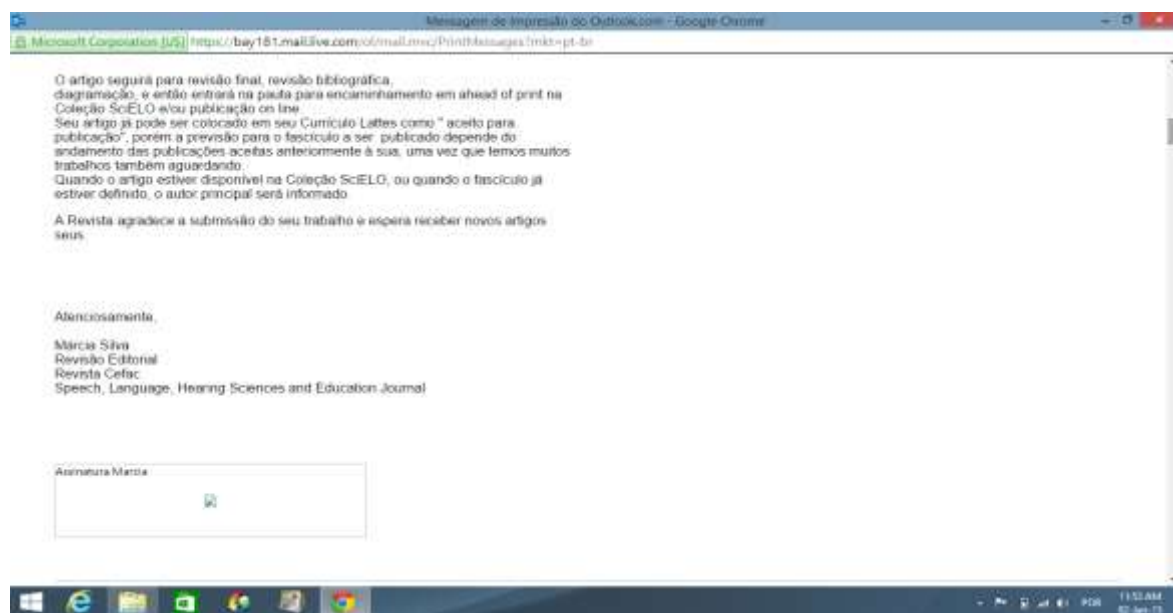
Atenciosamente,


Prof. Flavio Barros de Souza
Coordenador do Comitê de Ética
Funeso/Unesf
Mar. 20143

ANEXO D – COMPROVANTE DE ENVIO DO ARTIGO ORIGINAL À REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA



ANEXO E – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO ORIGINAL À REVISTA CEFAC



ANEXO F- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Informações gerais

A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) é uma publicação trimestral que tem por finalidade divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas da Cancerologia.

São aceitos para publicação textos em português, inglês e espanhol. A RBC adota os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). O original, incluindo tabelas, ilustrações e referências, deve seguir esses requisitos.

Os manuscritos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente a RBC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Manuscritos que se referem a partes de uma mesma pesquisa têm a submissão desencorajada por essa Revista. Os manuscritos publicados passarão a ser propriedade da RBC, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como sua tradução para publicação em outros idiomas, sem prévia autorização desta. Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. No caso de o manuscrito incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é dever do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores dos direitos autorais dos mesmos. Os leitores de periódicos biomédicos merecem ter a confiança de que o que estão lendo é original, a menos que exista uma declaração clara de que o artigo está sendo republicado por escolha do autor e do editor. As bases para essa posição são as leis internacionais de direito autoral, a conduta ética e o uso de recursos, obedecendo a uma lógica de custo efetividade. Quando parte do material do manuscrito já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em simpósio, congresso etc., esse fato deve ser citado como nota de rodapé na página de título, e uma cópia do texto da apresentação deve acompanhar a submissão do manuscrito. Na submissão de manuscritos ou resumos de pesquisa clínica, ensaios clínicos, pesquisa básica, pesquisa aplicada, pesquisa de tradução; estudos laboratoriais, estudos epidemiológicos (prospectivos ou retrospectivos); utilização de dados de prontuários, pesquisa em banco de dados; relatos de casos; entrevistas, questionários, inquéritos populacionais; é obrigatória a inclusão de documento, com o número de protocolo, de que todos os procedimentos propostos tenham sido avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro CEP indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Os pacientes têm direito à privacidade, fato que não deve ser infringido sem um consentimento informado. As informações de identificação pessoal não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, genealogias e relatos de caso, a menos que a informação seja essencial para propósitos científicos e que o paciente (ou seus pais ou tutores) outorgue um consentimento informado por escrito, autorizando a publicação. Devem omitir-se detalhes de identificação se não forem essenciais, mas os dados do paciente nunca deverão ser alterados ou falsificados numa tentativa de conseguir o anonimato. O anonimato completo é difícil de conseguir, devendo-se obter o consentimento informado se houver alguma dúvida. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato.

A RBC, ao reconhecer a importância do registro e divulgação internacional, em acesso aberto, de informações sobre estudos clínicos, apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização

Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE. Desta forma, serão aceitos para publicação apenas os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no sítio do ICMJE (<http://www.icmje.org>). Conflitos de interesses devem ser reconhecidos e mencionados pelos autores. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc. 282 Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 281-309

A submissão do manuscrito à RBC deve ser por e-mail para rbc@inca.gov.br, com o texto integral, tabelas, gráficos, figuras, imagens, CEP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável) e de acordo com as normas da Revista. A “Carta de Submissão” individual e assinada por cada um dos autores (modelo disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc>) deve também ser enviada nesta oportunidade. Processo de avaliação dos manuscritos A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da RBC e da decisão do seu Conselho Editorial.

O processo de avaliação inicia-se com o editor científico que avalia se o artigo recebido traz contribuições para a área da Cancerologia e se é de interesse para os leitores. Avalia também se o original está elaborado de acordo com as instruções recomendadas pela Revista. Os manuscritos considerados pertinentes, mas, em desacordo com essas instruções, serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial. O manuscrito aceito é encaminhado para análise e emissão de parecer dos membros do Conselho Editorial e/ou Conselho Ad Hoc, ambos formados por profissionais de notório saber nas diversas áreas da Oncologia. Nesse processo, o sigilo e o anonimato serão adotados para autor(es) e pareceristas. A análise dos pareceristas é realizada com base no formulário “Parecer do Conselho Editorial” disponível nas instruções para publicação na RBC em <http://www.inca.gov.br/rbc>. Após emissão do parecer, o manuscrito é enviado ao editor científico que toma ciência dos pareceres emitidos e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação da Revista e decide sobre a aceitação ou não do artigo, assim como das alterações solicitadas, processo sobre o qual tem plena autoridade de decisão. O parecer é então enviado para os autores por e-mail. Após avaliação os manuscritos, poderão ser classificados em: manuscrito aprovado sem restrições, que será encaminhado ao revisor técnico para revisão e posterior publicação; manuscrito aprovado com restrição, que será encaminhado ao(s) autor(es) com as solicitações de ajuste por e-mail. O manuscrito revisado deve ser reapresentado pelo(s) autor(es) à RBC, por e-mail, acompanhado de carta informando as alterações realizadas ou, quando não realizadas, apresentando as devidas justificativas. Não havendo retorno do trabalho em quarenta e cinco (45) dias, será considerado que os autores não têm mais interesse na publicação; manuscrito não aprovado, nesse caso o autor receberá notificação de recusa por e-mail. O manuscrito aprovado será publicado de acordo com o fluxo e o cronograma editorial da Revista.

Categoria dos manuscritos São considerados para publicação os seguintes tipos de manuscritos:

- **Artigos Originais** – são artigos nos quais são informados os resultados obtidos em pesquisas de natureza empírica ou experimental original cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Também são considerados originais as pesquisas de metodologia qualitativa, de conteúdo histórico e as formulações discursivas de efeito teorizante. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.
- **Revisão da Literatura** – trata-se de revisão sistematizada e atualizada da literatura sobre um tema específico e que deve dar ao leitor uma cobertura geral de um assunto. Não serão aceitas revisões narrativas. Devem ser descritos os tipos de revisão (integrativa, sistemática, metanálise), os métodos e

procedimentos adotados para a realização do trabalho. A interpretação e conclusão dos autores devem estar presentes. Como estrutura devem apresentar: introdução, método, resultados, discussão e conclusão. O máximo de laudas é 20, incluindo figuras, tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 5.

- **Relato de Casos/ Série de Casos** - é a descrição detalhada e análise crítica de um ou mais casos, típicos ou atípicos, baseado em revisão bibliográfica ampla e atual sobre o tema. O autor deve apresentar um problema em seus múltiplos aspectos, sua relevância. O máximo de laudas é 15, incluindo figuras, tabelas, gráfico etc. que não devem ultrapassar 4.

- **Artigo de Opinião** – trata-se de opinião qualificada sobre tema específico em oncologia. Não necessita de resumo. O máximo de laudas é 10, incluindo tabelas, gráfico, etc. que não devem ultrapassar 2.
- **Resenha** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático da Cancerologia, publicado no último ano. O máximo é de 4 laudas.

- **Resumos de dissertações, teses, de trabalhos** que mereçam destaque ou apresentados em eventos de oncologia nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo - trata-se da informação sob a forma sucinta de trabalho Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 281-309 283 realizado. Portanto, deve conter a natureza e os propósitos da pesquisa e um comentário sobre a metodologia, resultados e conclusões mais importantes. Seu objetivo é a transmissão aos pesquisadores de maneira rápida e fácil da natureza do trabalho, suas características básicas de realização e alcance científico afirmado. Devem conter no mínimo 150 até 250 palavras e seguir as normas da Revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo, inclusive no que se refere aos descritores.

- **Cartas ao Editor** – podem estar relacionadas à matéria editorial ou não, mas devem conter informações relevantes ao leitor. No caso de críticas a trabalhos publicados em fascículo anterior da Revista, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas serão mantidos os pontos principais. O máximo é de 4 laudas.

Preparo do manuscrito

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular com o verbo na voz ativa (ABNT.NBR-6028, 2003, p.2). O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word 6.0 ou 7.0, fonte Times New Roman tamanho 12, margens de 30mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções, tamanho do papel A4 (210 x 297mm) e páginas numeradas. Para permitir maior clareza na exposição do assunto e localização direta de cada item, divide-se o texto em partes lógicas, ordenadas por assuntos considerados afins.

Exemplo:

INTRODUÇÃO (SEÇÃO PRIMÁRIA) MATERIAL E MÉTODO (SEÇÃO PRIMÁRIA) Coleta de dados (Seção secundária) Variáveis (Seção terciária) Na apresentação dos títulos das seções, deve-se dar destaque gradativo ao tipo e corpo das letras, observando que todas as seções primárias devem estar escritas da mesma maneira, assim como todas as secundárias e assim por diante. O texto de cada seção de um documento pode incluir uma série de alíneas, que devem ser caracterizadas pelas letras minúsculas do alfabeto (a, b, c,...) seguidas de parênteses e que precedam imediatamente à primeira palavra de seu texto. Exemplo: a) escrever um artigo científico. b) ilustrar o texto.

Principais orientações sobre cada seção

1. **Página de título ou folha de rosto** Deve conter: a) título do artigo, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol; b) título abreviado com até 40 caracteres; c) nome(s) por extenso do(s) autor(es). A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que contribui substancialmente na concepção ou no planejamento do estudo; na obtenção, na

análise e/ou interpretação dos dados; assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios acima mencionados; d) indicar para cada autor, em nota de rodapé, a categoria profissional, o mais alto grau acadêmico, o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e instituição(ões) a que o trabalho deverá ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país; e) nome, endereço e telefone do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito; f) descrição da contribuição individual de cada autor no manuscrito (ex: trabalhou na concepção e na redação final e na pesquisa e na metodologia); g) agradecimentos: os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria acima descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode inferir que as mesmas concordam com o teor do trabalho; h) declaração de conflito de interesses (escrever “nada a declarar” ou revelar quaisquer conflitos); i) para trabalhos subvencionados, identificar o patrocinador e número de processo (se houver).

2. **Resumo e descritores (palavras-chave)** Todos os artigos deverão conter resumos estruturados em português, inglês e espanhol, acompanhados dos descritores nos respectivos idiomas. A terminologia para os descritores deve ser denominada no artigo como a seguir: 284 Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 281-309 palavras-chave, key words e palabras clave. Cada resumo deverá conter no mínimo 150 palavras e no máximo 250, objetivo(s), metodologia, resultados, conclusão e vir acompanhado de no mínimo três e no máximo seis descritores. Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determinar os descritores, deve-se consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde” (DECSLILACS- <http://decs.bvs.br>) elaborada pela Bireme. No resumo, não devem ser feitas citações de referências, nem se devem incluir abreviaturas e/ou siglas, bem como quadros, tabelas ou figuras. No caso de resumos de trabalhos apresentados em eventos de oncologia ou que mereçam destaque e que foram aceitos para publicação na RBC, caberá aos autores proceder à adequação às normas da Revista antes de encaminhá-los, sendo de sua inteira responsabilidade a precisão e correção da linguagem.

3. **Introdução** Deve ser objetiva com definição clara do problema estudado destacando sua importância e as lacunas do conhecimento; a revisão de literatura deve ser estritamente pertinente ao assunto tratado no estudo, de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e evidenciar a importância do novo estudo. Deve conter o(s) objetivo(s) do estudo.

4. **Métodos** Deve indicar de forma objetiva o tipo de estudo (prospectivo, retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não; qualitativo etc), os métodos empregados, a população estudada (descrever claramente a seleção dos indivíduos dos estudos observacionais ou experimentais - pacientes ou animais de laboratório, incluindo controles, bem como dos estudos qualitativos), a fonte de dados e os critérios de seleção ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os relatos de ensaios clínicos devem apresentar informação de todos os elementos principais do estudo, incluindo o protocolo (população estudada, intervenções ou exposições, resultados - e a lógica da análise estatística), atributos das intervenções (métodos de aleatorização, indicação dos grupos de tratamento) e os métodos de mascaramento. Os autores que enviarem artigos de revisão deverão apresentar os procedimentos adotados para localizar, selecionar, obter, classificar e sintetizar as informações além de definir os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados para a revisão. Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos Institucional, com a Declaração de Helsinky (última versão de 2000) e com a

resolução 196/96 (Res. CNS 196/96). Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das Instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório. Dessa seção, também faz parte a menção do documento, indicando o número de protocolo, do CEP da Instituição a que se vinculam os autores e que aprovou o estudo realizado.

5. Resultados Apresentar os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas. Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos. Nos relatos de casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso.

6. Discussão Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 281-309 285 A discussão pode ser redigida junto com os resultados se for de preferência do autor. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Evitar fazer alusão a estudos que não tenham sido concluídos. Estabelecer novas hipóteses, quando estiverem justificadas claramente como tais. Recomendações, quando apropriadas, poderão ser incluídas.

8. Referências Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. No caso de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-2); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1,3,7). As referências não podem ultrapassar o número de 25, salvo as revisões de literatura, nas quais serão aceitas até 35. Não devem ser incluídas referências no resumo. Deve-se constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo. As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As orientações abaixo objetivam trazer para os autores exemplos de referências apresentadas em seus trabalhos informando sobre a padronização das mesmas. Estão baseadas nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: escrever e editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo ICMJE. Serão apresentadas as ocorrências mais comuns de referências por tipos de material referenciado. Algumas observações listadas abaixo são fruto de ocorrências em artigos de periódicos submetidos à publicação. Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências é utilizado como guia o LocatorPlus¹, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada. Em algumas fontes, o título já vem padronizado (PubMed, Lilacs e Medline). Caso não seja utilizada a forma padrão dê preferência, informá-lo por extenso evitando utilizar uma abreviatura não padronizada que dificulte sua identificação. Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até seis autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos pré-nomes separando cada

autor por vírgula (1). No caso da publicação apresentar mais de seis autores, são citados os seis primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. (2). Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto - este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho - Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior - Rodrigues Junior J. Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

9. Tabelas As tabelas deverão constar em folhas separadas. Não enviar as tabelas em forma de imagem, de forma a permitir sua edição. Numerar as tabelas em ordem consecutiva de acordo com a primeira citação no texto e dar um título curto a cada uma. Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações em rodapés, não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Para notas de rodapé, utilizar numeração romana. Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão. Não usar linhas internas, horizontais ou verticais. Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo. Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter autorização e agradecer por extenso. O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

10. Ilustrações Enviar o número requerido de ilustrações ou “figuras”. Não são aceitáveis desenhos à mão livre ou legendas datilografadas. As fotos devem ser digitalizadas, em branco e preto, usualmente de 12 x 17cm, não maiores do que 20 x 25 cm, filmes de raios X ou outros materiais. As letras, os números e símbolos devem ser claros e de tamanho suficiente, de tal forma que, quando reduzidas para a publicação, ainda sejam legíveis. Colocar os títulos e explicações abaixo das legendas e não nas próprias ilustrações. Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação. As figuras devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma figura já foi publicada, agradecer à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público. A RBC é uma publicação em preto e branco e por isso todas as ilustrações serão reproduzidas em preto e branco. As ilustrações devem ser fornecidas da seguinte forma: 288 Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 281-309 • Arquivo digital em formato .TIFF, .JPG, .EPS, com resolução mínima de: 300 dpi para fotografias comuns 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc. 1.200 dpi para desenhos e gráficos

11. Nomenclatura Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Acordo Ortográfico datado de 1º de Janeiro de 2009. Resumo dos requisitos técnicos para a apresentação de manuscritos Antes de enviar o manuscrito por e-mail, para rbc@inca.gov.br, confira se as “Instruções para Autores” disponível em www.inca.gov.br/rbc foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir: • Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word 6.0 ou 7.0. • Usar espaço duplo em todas as partes do documento. • Começar cada seção ou componente em uma nova página. • Revisar a sequência: página-título/folha de rosto – título em português, inglês e espanhol; título abreviado; autoria; resumo e palavras-chave, abstract e key words, resumen e palabras clave; agradecimentos; declaração de conflito de interesse; declaração de subvenção; texto; referências; tabelas, quadros, figuras com legendas (cada uma em páginas separadas). • De três a seis palavras-chave e respectivas key words e palabras clave. • Referências: numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas, e não ultrapassando o número de 25. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de Referências e se todos os listados estão citados no texto. •

Apresentar ilustrações, fotos ou desenhos separados, sem montar (20 x 25 cm máximo). • Incluir carta de submissão disponível nas “Instruções para Autores”. Caso o manuscrito tenha mais que um autor, cada um deles deverá preencher e assinar a carta e o autor responsável pela submissão deve enviar a mesma digitalizada em formato .JPG junto com o arquivo do manuscrito para rbc@inca.gov.br. • Incluir permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos. • Incluir autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, quando aplicável. • Incluir documento comprovando a aprovação do trabalho por CEP ou TCLE, quando aplicável.

Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/20a_instrucoes_autores_pt.pdf

Acesso em: 26 de Janeiro de 2015