

REDE+VOZ

Pesquisa Nacional
2ª Edição



Relatório dos Resultados



Análise de dados

Departamento de Patologia da UFSC
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr. Rogério Gondak
Pesquisador UFSC
Coordenador



Dra. Elena Riet Rivero
Pesquisadora UFSC



Dr. Filipe Modolo
Pesquisador UFSC



**Dr. Ricardo LC
Albuquerque Junior**
Pesquisador UFSC



**Ana Guadalupe Gama
Cuellar**
Doutoranda (UFSC)



Natalia CT Bordignon
Doutoranda (UFSC)

Coordenador Científico:

Dr. Rogério Gondak

Redator do Relatório:

Dr. Rogério Gondak

Elaboração dos Questionários:

Adriane Faresin, Adriane Pedrosa, Caio Cesar de Souza Loureiro,
Cleumara Kosmann, Daniela Kempner Kovaliski, Débora Melecchi, Karine
Pilleti, Katia Marquetti, Liliâne Grando e Lucas Gomes Silva.

Presidente da ACBG Brasil:

Melissa Medeiros

Diretor Executivo da ACBG Brasil:

Gabriel Marmentini

Projeto Gráfico e Coordenação de Comunicação:

Valdemiro Marmentini Filho

Dados de Catalogação da Publicação:

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Relatório da Pesquisa Nacional do Cenário do Câncer de Cabeça e
Pescoço, ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;
Associação Brasileira do Câncer de Cabeça e Pescoço, 2025. 60 p.
Inclui referências.
1. Multidisciplinaridade. 2. Oncologia. 3. Brasil. 4. Neoplasias. 5.
Especialidades.
CDU: 616-006.6:614.2(81)

Licença Creative Commons

© 2025 ACBG Brasil – Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço & Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta obra está licenciada sob a Creative Commons Atribuição–NãoComercial–SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Você pode compartilhar este material em qualquer formato ou meio, desde que respeite as seguintes condições: **Atribuição** – Credite a ACBG Brasil e a UFSC, incluindo um link para esta licença e informando se alterações foram feitas. **Não Comercial** – É proibido o uso para fins comerciais. **Sem Derivações** – Não é permitido remixar, transformar ou criar obras derivadas.



#realização



#apoio científico



#acreditamos



Clique no selo para ver
os termos de uso



06 Relatório sintético

07	Por que realizamos esta pesquisa?
07	Quem participou da pesquisa?
07	Sobre o que perguntamos?
08	Objetivos
08	Metodologia
09	Resumo dos dados
10	Resumo das especialidades
12	Análise geral consolidada
12	Considerações finais
12	Próximos passos

13 Relatório analítico

15	Resumo
16	Introdução
19	Justificativa
20	Objetivos e Metodologia
21	Aspectos éticos
22	Resultados alcançados
23	Enfermagem
25	Fonoaudiologia
27	Odontologia
30	Radioterapia
33	Fisioterapia
35	Nutrição
37	Psicologia
39	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
42	Terapia ocupacional
44	Serviço Social
46	Demais especialidades
47	Considerações Finais
47	Referências
50	Anexos
59	Quem somos
60	Doe e ajude!

Clique na capa para
acessar o 1º Relatório.



Em 2019, a **ACBG Brasil**, por meio do Projeto **Rede+Voz**, realizou a primeira pesquisa nacional sobre o cenário do câncer de cabeça e pescoço no Brasil, reunindo dados inéditos com a colaboração de profissionais de saúde, pacientes e familiares em todas as regiões do país.

O presente relatório é a continuidade desse trabalho, aprofundando a análise e atualizando as informações coletadas. Nosso objetivo permanece o mesmo: oferecer um panorama real das condições de atendimento, reabilitação e políticas públicas, fortalecendo o controle social e orientando ações em defesa dos direitos dos pacientes.

Visão geral

Apresentamos os resultados da Pesquisa Nacional **REDE+VOZ: Controle Social do Câncer de Cabeça e Pescoço**, realizada entre abril de 2023 e dezembro de 2024, com o objetivo de construir uma estimativa precisa e qualificada sobre o cenário assistencial relacionado ao atendimento de pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) no Brasil.

Por meio de uma escuta estruturada e sensível junto a profissionais de saúde atuantes em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (**CACON**) e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (**UNACON**), buscamos ouvir a rede assistencial, identificar desafios estruturais e operacionais, evidenciar boas práticas e estimular melhorias sustentáveis e efetivas na assistência integral aos pacientes.

Este relatório técnico representa mais um passo na construção de um futuro com mais direitos, qualidade de vida e dignidade para todas as pessoas que enfrentam o câncer de cabeça e pescoço.





Relatório sintético



Por que realizamos essa pesquisa?

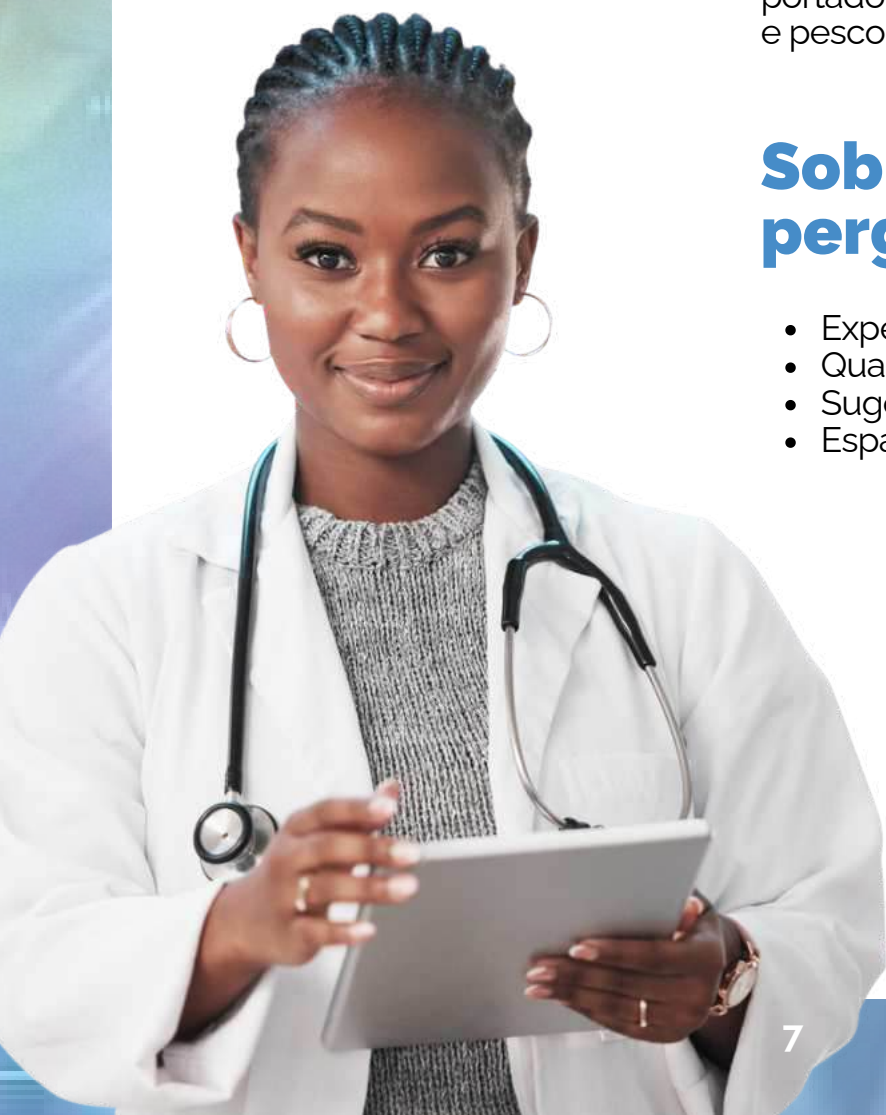
Para entender as necessidades e percepções de profissionais da saúde, para melhorar os serviços e fortalecer a rede de atendimento.

Quem participou da pesquisa?

Os formulários foram aplicados para profissionais de saúde de 13 especialidades que atuam diretamente com pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço em todo o Brasil.

Sobre o que perguntamos?

- Experiência no atendimento
- Qualidade e desafios do serviço
- Sugestões de melhoria
- Espaço para opinião livre





Objetivos

Consolidar um panorama nacional acerca do atendimento ao paciente com Câncer de Cabeça e Pescoço, a partir da percepção, experiência e vivência prática de profissionais diretamente envolvidos no cuidado oncológico, visando subsidiar ações estratégicas de qualificação assistencial.

Objetivos Específicos

- ✓ Coletar dados qualitativos e quantitativos relativos à rotina assistencial multiprofissional no atendimento a pacientes com CCP;
- ✓ Identificar deficiências, lacunas e boas práticas nos serviços especializados, a partir do olhar técnico dos profissionais;
- ✓ Estimular o controle social, a participação institucional e o fortalecimento da assistência multiprofissional oncológica;
- ✓ Apoiar a formulação de políticas públicas e estratégias institucionais direcionadas à melhoria dos fluxos e estruturas assistenciais voltadas ao CCP.

Metodologia

A pesquisa adotou metodologia qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Foram desenvolvidos e aplicados 17 questionários específicos direcionados a diferentes especialidades da saúde, com retorno efetivo e validado em 13 questionários.

Participaram profissionais de saúde atuantes em CACONs e UNACONs de todas as regiões brasileiras.

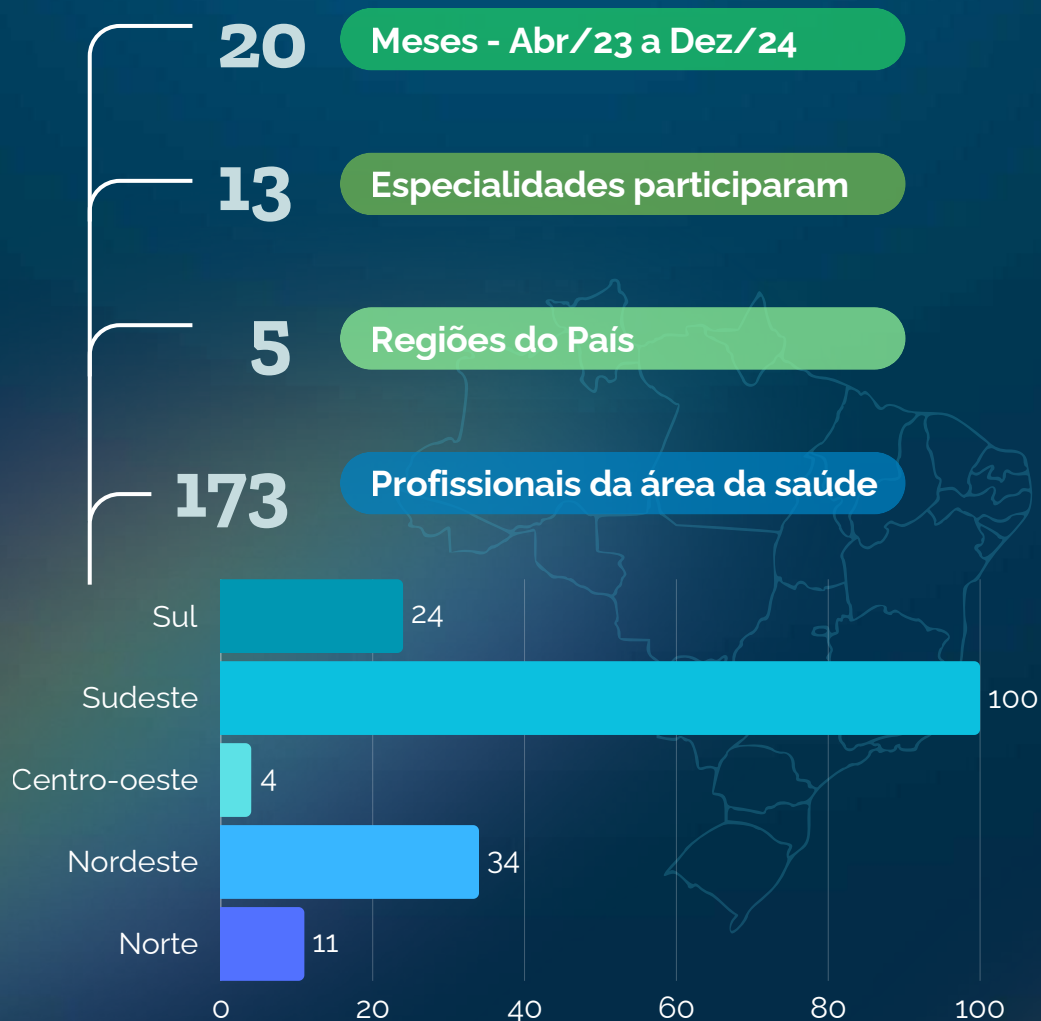
A coleta de dados foi realizada por meio de formulário eletrônico (Google Forms), garantindo ampla participação e anonimato.

As análises qualitativas foram processadas no software Atlas.ti, enquanto os dados quantitativos foram tratados estatisticamente no software SPSS (IBM, versão 23.0).

O estudo foi conduzido no período de abril de 2023 a dezembro de 2024 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), registro CAAE 59643822.8.0000.0121 (parecer n. 5.612.090).

Os dados coletados revelaram diversidade na distribuição geográfica e no perfil assistencial, assegurando a representatividade nacional necessária ao estudo. A distribuição proporcional por região e especialidade pode ser vista abaixo

Dados da pesquisa



Especialidades participantes

- 01 Administração
- 02 Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- 03 Enfermagem
- 04 Farmácia
- 05 Fisioterapia
- 06 Fonoaudiologia
- 07 Nutrição
- 08 Odontologia
- 09 Oncologia
- 10 Psicologia
- 11 Radioterapia
- 12 Serviço Social
- 13 Terapia Ocupacional

Enfermagem

Participaram 36 profissionais. Média de 8,7 atendimentos diários. 80% atuam no pré-operatório e 94% no pós-operatório.

Os principais desafios apontados foram a falta de capacitação específica (48%) e a ausência de reuniões interdisciplinares regulares (43,5%).

- **Como sugestões, destacam-se a necessidade de promover reuniões clínicas periódicas e ofertar capacitações temáticas.**

Radioterapia

Com 22 profissionais respondentes, 40,9% relataram existência de fila de espera para início da terapia.

Os principais desafios apontados foram equipamentos defasados e tempo de espera prolongado.

- **Propõe-se ampliar a disponibilidade de IMRT e encontros interdisciplinares.**

Odontologia

20 profissionais participaram. 53,3% recebem pacientes em estágios avançados (III/IV) e 56,25% atuam no pré-tratamento.

Os desafios incluem ausência de reabilitação protética e escassez de laserterapia.

- **Propõem-se protocolos específicos de atendimento e ampliação dos recursos disponíveis.**

Fonoaudiologia

Participaram 19 profissionais. Média de 90,8 atendimentos anuais. 84% possuem capacitação em CCP, sendo 57,8% das instituições equipadas com laringe eletrônica.

Os principais desafios referem-se à restrição de exames específicos e à limitação do número de atendimentos.

- **Sugerem-se oferta de videodeglutição e treinamentos especializados.**

Fisioterapia

Participaram 15 profissionais. 68,75% atuam em todas as etapas do tratamento.

Os desafios incluíram a ausência de capacitação específica (43,75%) e defasagem interdisciplinar.

- **As sugestões destacaram capacitações periódicas e protocolos multiprofissionais.**

Psicologia

Com 13 profissionais, 92,3% das instituições oferecem atendimento psicológico.

Os desafios foram evasão elevada (61,53%) e carência de capacitação.

- **Recomenda-se estratégias de adesão e reuniões clínicas frequentes.**

Nutrição

11 profissionais participaram. 45,45% realizam atendimento pré-tratamento.

Os desafios mais frequentes foram a inexistência de dieta domiciliar para sondas e a falta de capacitação (27%).

- **As recomendações incluíram o fornecimento de suplementos e capacitação permanente.**

Cirurgia CCP

10 profissionais responderam. 70% das instituições possuem filas de espera.

Os desafios citados foram honorários defasados e pouca integração multiprofissional.

- **Sugere-se valorização da especialidade e capacitações direcionadas.**

Terapia ocupacional

10 profissionais participaram. 80% realizam atendimento pré e pós-tratamento.

Os principais desafios referem-se à escassez de recursos terapêuticos.

- **Propõem-se ampliação de recursos e reuniões integradas.**

Serviço social

9 profissionais participaram. Pacientes atendidos em sua maioria de baixa renda.

Os desafios incluíram desconhecimento de direitos (77,7%) e ausência de reuniões.

- **Recomenda-se campanhas educativas e ações sociais.**

Outras especialidades

Observou-se uma participação restrita de algumas áreas na presente pesquisa, como Oncologia (2 participantes), Farmácia (3 participantes) e Administração (3 participantes). Destaca-se ainda a ausência total de representantes das especialidades de Endocrinologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia e Dermatologia.





Análise geral consolidada

Entre os pontos positivos, destacaram-se a dedicação e o cuidado humanizado das equipes multiprofissionais, a presença contínua durante todas as fases do tratamento e o compromisso institucional, mesmo diante de limitações estruturais e logísticas.

- **Quanto aos desafios, foram recorrentes as deficiências estruturais e de recursos humanos, a ausência de integração interdisciplinar formalizada e a baixa oferta de capacitação específica para os profissionais que atuam no cuidado de CCP.**

Considerações finais

A baixa adesão a pesquisa reforça a questão de que sem dados não existe previsibilidade, estratégia e ou a criação de novas políticas públicas que poderiam melhorar o cenário geral. Falta engajamento, interesse e compromisso. Tornando mais difícil compreender onde e como as coisas de fato estão impedindo o progresso na assistência de maneira global. Mas o pequeno extrato aqui trazido mostra uma unicidade em questões como a falta de capacitação e educação continuada, o baixo engajamento entre as especialidades da equipe multidisciplinar, o número limitado de recursos humanos e financeiros, ou seja, realidade já conhecida no sistema público de saúde.

Próximos passos

- ✓ Devolutiva estruturada dos resultados às instituições que apoiaram a pesquisa para que possam avaliar estratégias para mitigar as lacunas levantadas pelos profissionais que atuam na área;
- ✓ Apresentação dos dados consolidados ao Departamento de Atenção ao Câncer e para CGCAN com intuito de ampliar a visão sobre as prioridades para melhorar a assistência a essa especialidade oncológica;
- ✓ Elaborar material sintético para envio aos Cacons e Unacons divulgando as principais lacunas para que possamos pensar estratégias conjuntas para que cada unidade possa melhorar o acesso e a assistência à essa população;
- ✓ Publicizar os dados para que a sociedade de maneira geral se engaje no compromisso de reivindicar melhorias ao acesso ao tratamento e reabilitação integral em todos os cantos do país.



Relatório analítico



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA



REDE+VOZ: CONTROLE SOCIAL DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Relatório de Pesquisa apresentado ao
Departamento de Patologia, vinculado ao
Centro de Ciências da Saúde da UFSC e a
Associação Brasileira de Câncer de
Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil).
Coordenador: Prof. Rogério Gondak



Florianópolis/SC
2024

Resumo

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) é a sexta neoplasia mais comum no mundo e representa um grupo de tumores que afetam o trato aerodigestivo superior. Diversos estudos epidemiológicos revelam que o CCP é diagnosticado tardiamente, representando um estadiamento clínico avançado, resultando em um pior prognóstico e a necessidade de tratamentos mais agressivos. O objetivo principal deste projeto foi construir uma estimativa do cenário do CCP no país, através da análise de questionários aplicados com diversos profissionais da equipe multidisciplinar de cabeça e pescoço. Secundariamente a obtenção destes dados, o projeto visou conectar as instituições de referência no tratamento do CCP do país, os pacientes e seus familiares, formando uma rede de colaboração. O direcionamento dos questionários aos participantes da pesquisa foi via plataforma Google e envolverá especialistas na área de CCP, atuantes em Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS) de todo o território nacional. O método de análise dos dados qualitativos e quantitativos foi a análise temática, com o auxílio do software Atlas.ti e SPSS. Houve a participação de 13 especialidades na área de CCP e 173 profissionais das 05 regiões do Brasil. Foi possível constatar grandes desafios no campo de atendimento do paciente portador de CCP, que abrange limitações estruturais, recursos humanos e capacitação direcionada, que impactam diretamente na qualidade de vida do paciente e possivelmente na sobrevida global.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Epidemiologia analítica; Oncologia; Assistência Integral à Saúde.



1. INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, sendo o câncer da cavidade oral o 5º mais comum no Brasil para os homens (INCA, 2021). Em média, 76% dos casos só são diagnosticados em estágio avançado, o que dificulta o tratamento, além de elevar a taxa de mortalidade. Quanto à mortalidade, no Brasil, em 2018, houve 243.588 óbitos por câncer, sendo 15.313 em pacientes portadores de CCP (GLOBOCAN, 2018).

Segundo dados do Globocan (IARC/OMS), em 2020, a estimativa de novos casos de CCP, que contempla os tumores de orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe, cavidade oral e glândulas salivares em homens foi três vezes maior que nas mulheres, totalizando 700 mil novos casos.

O tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermóide, ocorrendo em cerca de 95% das neoplasias de cabeça e pescoço (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Os fatores de risco ao CCP como o tabaco, álcool e exposição solar para neoplasia de lábio são bem estabelecidos na literatura; e nos últimos anos a infecção pelo vírus HPV, principalmente os tipos 16 e 18, tem sido descrito como fator de risco para tumores de orofaringe (GARZINO-DEMO *et al.*, 2006; WITTEKINDT *et al.*, 2012).

A incidência do CCP está intimamente relacionada ao consumo de tabaco e álcool, que apresentam efeito sinérgico importante na carcinogênese, onde o risco de desenvolver uma neoplasia cresce à medida que aumenta a exposição a esses fatores de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A radiação solar também é um fator de risco para o câncer de lábio, acometendo mais pessoas de pele clara, e que trabalham ao ar livre com a constante exposição aos raios ultravioletas. (PEREA-MILLA LOPEZ *et al.*, 2003). Homens acima dos 50 anos são mais acometidos pela doença que mulheres e pacientes jovens (GARZINO-DEMO *et al.*, 2006). No entanto, uma alteração recente nos dados epidemiológicos têm demonstrado um aumento da incidência dessa neoplasia em pacientes jovens e sem a presença dos fatores de risco conhecidos. Neste grupo de pacientes, o CCP é pouco compreendido e geralmente apresenta comportamento agressivo, necessitando de alternativas terapêuticas mais invasivas (UDEABOR *et al.*, 2012).

A maioria dos CCP é diagnosticado em fase tardia da doença, acarretando em um pior prognóstico e um tratamento mais agressivo (MATZINGER *et al.*, 2009). O tratamento do CCP é determinado de acordo com o estágio clínico da doença, a localização do tumor, as condições físicas do paciente e a experiência da equipe



médica, bem como os recursos oferecidos no serviço em que será realizado o tratamento. Assim o paciente poderá ser submetido a uma única terapia ou a uma combinação de tratamentos. As principais modalidades terapêuticas para o CCP são a cirurgia, radioterapia (RDT) e quimioterapia (QT) (MATZINGER *et al.*, 2009).

A cirurgia ainda é considerada a primeira opção no tratamento de CCP, no entanto, tem sua indicação limitada em alguns casos, como em tumores loco-regionalmente avançados, onde há comprometimento de estruturas anatômicas importantes e também quando a condição sistêmica do paciente está comprometida. Nestas situações, a indicação da RDT e/ou QT se faz necessária. (MATZINGER *et al.*, 2009; SEO *et al.*, 2016)

A QT é utilizada nos casos de CCP, na maioria das vezes, na forma adjuvante, no qual é administrada depois do tratamento principal, que envolve a cirurgia e/ou RDT, para eliminação de células neoplásicas remanescentes, ou em associação com a RDT (quimiorradioterapia), onde a medicação é aplicada concomitantemente com a realização da RDT. Ainda também é utilizada na forma paliativa, em casos onde o tratamento curativo não é mais possível e tem como objetivo diminuir a velocidade de progressão da doença e amenizar os sintomas causados pela neoplasia. A QT basicamente atua no ciclo celular, impedindo a multiplicação das células tumorais. Normalmente são administradas de forma fracionada, com intervalos de tempo determinados, dentre outros fatores, de acordo com o estágio da doença e estado sistêmico do paciente (KHLEIF *et al.*, 2016).

Os efeitos colaterais sistêmicos decorrentes da QT são devido à ação das drogas não serem seletivas, atuando também no ciclo celular das células normais; podendo causar alopecia, anemia, plaquetopenia, neutropenia, mucosite tanto na mucosa oral quanto na mucosa gástrica, infecções orais, náuseas, vômitos e diarreia. Ainda na cavidade oral, a QT pode causar disgeusia, e xerostomia, dificultando a alimentação desses pacientes (CORRIE, 2008).

Outra forma de tratamento bastante utilizada é a RDT, que ao contrário da QT, é um tratamento que visa o controle local da doença, e pode ser utilizada com fins curativos ou paliativos. A associação da RDT com a QT tem sido sugerida em casos de doença loco-regionalmente avançada, aumentando a taxa de sobrevida desses pacientes (PANCARI e MEHRA, 2015; STOKES *et al.*, 2017).

De acordo com a Diretriz Nacional de Atenção à Saúde Integral dos Portadores de CCP (portaria nº 516, de 17 de junho de 2015), a regulação do acesso do paciente



com CCP ao diagnóstico e tratamento é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, facilitando as ações de controle e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). As principais ações incluem: a manutenção atualizada no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a autorização prévia dos procedimentos e o monitoramento da produção dos procedimentos.

Doentes com diagnóstico de CCP devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs), com porte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e realizar o acompanhamento integral do paciente. Se atendidos em hospitais gerais, estes devem atuar em cooperação técnica, referência e contra-referência com hospitais habilitados em oncologia e RDT. Estes centros de atendimento necessitam de estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

Neste contexto, a Associação de Câncer de Boca e Garganta (ACBG Brasil, 2021) é uma organização da sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, que trabalha em prol dos portadores de CCP e seus familiares em todo o Brasil. A entidade tem mobilizado a sociedade para que os portadores de câncer tenham o tratamento e a reabilitação adequados. A ACBG Brasil também idealizou a campanha Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Cabeça e Pescoço, objetivando a conscientização para prevenção sobre os tumores de cabeça e pescoço.

A ACBG Brasil organizou um Grupo de Trabalho de Câncer de Cabeça e Pescoço (GTCCP) formado por vários especialistas na área, tendo como meta a elaboração de uma diretriz para o SUS, conhecida como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Portadores de CCP. Este grupo conta com a participação da Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral (SOBEP), Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP), Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (ABORL-CCF) e Academia Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV).



Este grupo de trabalho tem desenvolvido uma diretriz robusta e técnica para ser utilizada em todas as esferas de atendimento da saúde pública, a fim de garantir ao paciente a atenção multidisciplinar e contínua. Em 2017, houve o primeiro encontro técnico e a ACBG Brasil viabilizou a incorporação da Laringe Eletrônica no SUS, aprovada na portaria nº 39 do Diário Oficial da União, em 11 de setembro de 2018.

A ACBG Brasil pretende intervir nas políticas públicas existentes para melhorá-las, influenciando na elaboração de projetos de lei, bem como exigindo que sejam executados e respeitados. Alguns pleitos em andamento seguem: ajuste do valor do reembolso da prótese traqueoesofágica na tabela do SUS; inserção do código para substituição da prótese traqueoesofágica; incorporação dos adesivos e filtros HME para proteção do traqueostoma; instituição do dia 11 de agosto como o Dia Nacional do Laringectomizado (PL 8175/2017); elaboração de uma nova diretriz para o SUS denominada Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Portador de CCP; manifesto para liberação da Quimioterapia Oral na ANS; contestação da Não Recomendação da Conitec para uso de IMRT para CCP.

Esta iniciativa visa auxiliar o governo na busca de soluções eficazes e imediatas para melhor atender esta população de pacientes. Em 2016, a ACBG Brasil criou a Rede+Voz (REDE+VOZ, 2021), uma rede de cooperação para o controle social do CCP no país. A rede é composta por 641 profissionais da saúde envolvidos no tratamento dos pacientes acometidos pela patologia e que são atendidos nos centros de referência chamados de CACON e UNACON no Brasil. Além dos profissionais, há também o apoio ativo de 482 pacientes que são os protagonistas desse projeto.

2. JUSTIFICATIVA

O CCP é uma doença muito pouco conhecida na sociedade brasileira. Quando um paciente recebe o diagnóstico de um tumor nessa região, é comum sentir muita dificuldade em acessar as instituições que realizam tais tratamentos. Neste contexto, há grande dificuldade em se obter dados estatísticos que envolvam o tratamento e reabilitação dos pacientes com CCP no Brasil. Assim, faz-se necessário uma pesquisa qualitativa e exploratória para coletar dados que caracterizam uma estimativa da realidade do CCP no país.



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Construir uma estimativa do cenário do CCP no país, através da análise de questionários aplicados com diversos profissionais da equipe multidisciplinar de cabeça e pescoço.

3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Elaboração e revisão de questionários com o apoio de profissionais de cada especialidade da equipe multidisciplinar de CCP;
- ✓ Aplicação dos questionários em profissionais de UNACONs e CACONs;
- ✓ Divulgação dos questionários durante a Campanha Nacional de Prevenção do CCP (Julho Verde);
- ✓ Análise dos questionários;
- ✓ Elaboração do Relatório Final;
- ✓ Encaminhamento dos resultados ao Ministério da Saúde.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram elaborados e revisados, com o apoio técnico de profissionais conectados à ACBG Brasil, 17 questionários focados em cada especialidade da equipe multidisciplinar de CCP: Cirurgia bucomaxilofacial/Odontologia, Cirurgia de cabeça e pescoço, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Oncologia/Cancerologia, Psicologia, Psiquiatria, Radioterapia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Endocrinologia, Administração, Serviço social e Terapia ocupacional. Cada questionário conteve, em média, 45 perguntas a respeito do atendimento, tratamento e reabilitação dos pacientes no que concerne a cada especialidade. Primeiramente, os formulários foram aplicados em todas as Instituições que participam da Rede+Voz (ACBG Brasil), posteriormente enviados para todas as sociedades multidisciplinares envolvidas no tratamento e reabilitação desses pacientes. Como hipótese nula estabelecida: os pacientes portadores de CCP não apresentam acesso integral para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação pós-tratamento.



O convite para participação na pesquisa foi feito individualmente, via e-mail, aos profissionais. Como critério de inclusão, o estudo envolveu exclusivamente especialistas na área de CCP, atuantes em CACONS e UNACONS de todo o território nacional. Neste e-mail, além do convite formal, foi incluído um link para um formulário da Plataforma Google, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anexado (APÊNDICES A e B).

O método de análise dos dados qualitativos foi a análise temática. Como estratégia metodológica que permitiu maior um rigor analítico foi adotado indicador de confiabilidade nas análises por meio do uso do software Atlas.ti (ATLAS.TI, 2022). Para a análise estatística e geração de gráficos foi utilizado o software SPSS (IBM, versão 23.0). A análise temática permitiu a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência tivesse significado para o objeto em questão (MINAYO, 2010 e 2012). Foram seguidas as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2014). Os dados foram processados e armazenados no computador pessoal do coordenador da pesquisa assim como a guarda de todas as informações da pesquisa.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste projeto, foi zelado pela confidencialidade dos dados e privacidade dos participantes, de acordo com as Resoluções CNS 466/2012, bem como as demais normativas e legislações vigentes e aplicáveis. Foi cumprido os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que foram utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa. Para a participação no estudo foi obrigatório o encaminhamento do TCLE, que esclareceu os potenciais riscos, benefícios e garantias. O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE 59643822.8.0000.0121, parecer n. 5.612.090).



6. RESULTADOS ALCANÇADOS

Após formalização e convite de 17 especialidades diretamente atuantes no diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de CCP, 4 especialidades não aderiram ao estudo conforme segue: Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Dermatologia e Endocrinologia.

Assim, houve a participação de 13 especialidades na área de CCP e 173 participantes das 05 regiões do Brasil (Figura 1). O preenchimento dos formulários ocorreu entre abril/2023 a setembro/2024. Houve adesão ao estudo de 173 profissionais da área da saúde, sendo 24 (13,9%) da região sul, 100 (57,8%) da região sudeste, 4 (2,3%) da região centro-oeste, 34 (19,7%) da região nordeste e 11 (6,4%) da região norte do Brasil.

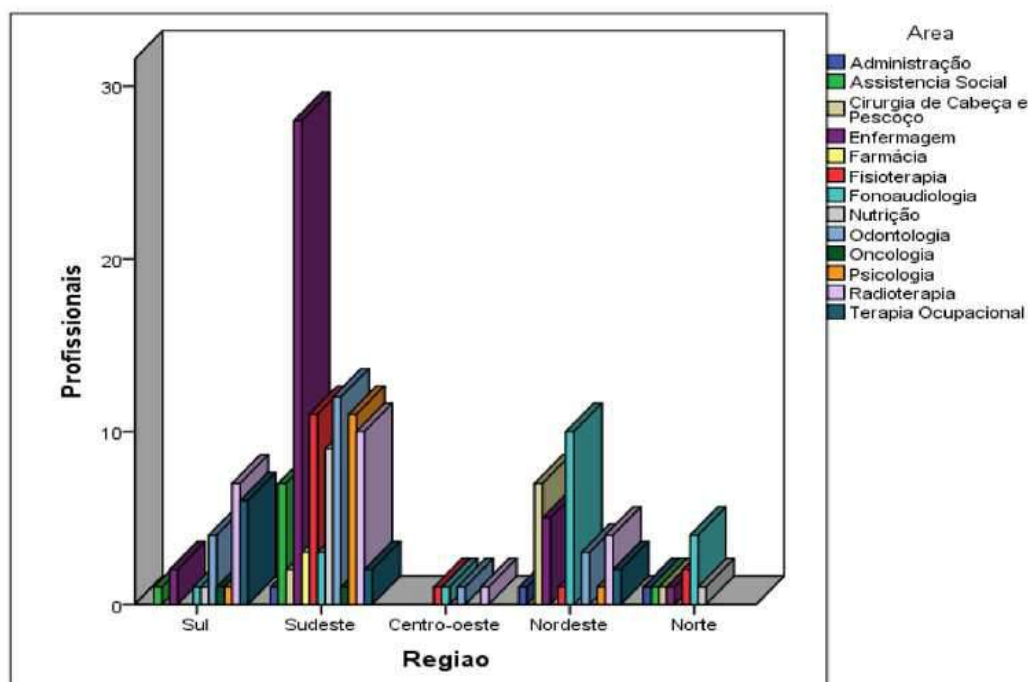


Figura 1. Distribuição dos profissionais na área de atenção ao paciente oncológico de acordo com a especialidade e distribuição geográfica.

Com relação aos resultados alcançados, destacamos as análises qualitativas e quantitativas obtidas por especialidade.



6.1 Enfermagem

Houve adesão ao estudo de 36 profissionais da área de Enfermagem voltada ao paciente oncológico, sendo 28 (77,8%) da região sudeste, 5 (13,9%) da região nordeste, 2 (5,6%) da região sul e 1 (2,8%) da região norte. Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 21% dos atendimentos foram realizados via convênios médicos e 17% de maneira privada. A média diária de atendimento de Enfermagem aos pacientes CCP foi de $8,71 \pm 10,60$. A região anatômica de maior acometimento dos pacientes CCP foi a tireóide (25%) e a menor incidência foi a região de glândulas salivares maiores/menores.

Das instituições envolvidas, 31,04% dos pacientes do CCP necessitam ingressar em fila de espera para atendimento, enquanto 68,96% dos pacientes não necessitam. A maioria dos profissionais da área de Enfermagem (80,55%) atuaram na consulta pré-operatória, orientando o paciente sobre a cirurgia a ser realizada, sobre possíveis complicações, detalhes técnicos da cirurgia, tempo de recuperação, sequelas e reabilitação em pós-operatório. No pós-operatório, 94,44% dos profissionais realizaram a visita ao paciente para avaliar as condições do estoma e da ferida operatória (quando houver), da pele ao redor e do tipo e condições da cânula. Já no pós-operatório tardio, a nível domiciliar ou ambulatorial, estes profissionais reforçaram as orientações, quando necessário, indicando os tratamentos de estomaterapia e resolução de complicações (ex. dermatites, granulomas etc.) juntamente com os demais profissionais da equipe no processo de reabilitação do paciente.

Dentre as complicações mais frequentes no pós-operatório do paciente CCP são destacadas: fístula faringocutânea (19%), seguida por fístulas gastrocutâneas (17%). Após a quimioterapia foram observadas toxicidades dermatológicas como rash cutâneo em 13% dos pacientes e hiperpigmentação em 11%, como escurecimento da pele, cabelo, unhas e as membranas mucosas quando exposta aos raios solares, principalmente nas dobras das articulações, nas unhas e no trajeto das veias. Além disso, 61,11% dos participantes da pesquisa relataram que as instituições as quais atuavam não disponibilizavam grupos de apoio a/ou coral aos pacientes e familiares.

As principais atividades que o profissional de Enfermagem realizou no paciente CCP foram: troca de curativos, assepsia e curativos em retalhos do corpo, colocação de sonda nasoenteral, e colocação sonda gastroenteral. De acordo com dados obtidos, apenas 52% dos profissionais de Enfermagem apresentavam capacitação para



o atendimento de pacientes CCP, havendo uma carência no treinamento destes profissionais para as melhores práticas de cuidado.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais de Enfermagem com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 2.

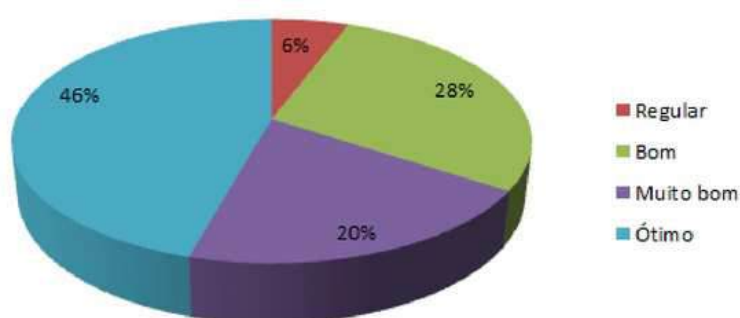


Figura 2. Interação da Enfermagem com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto a relação interdisciplinar entre os profissionais de Enfermagem com os Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 3.

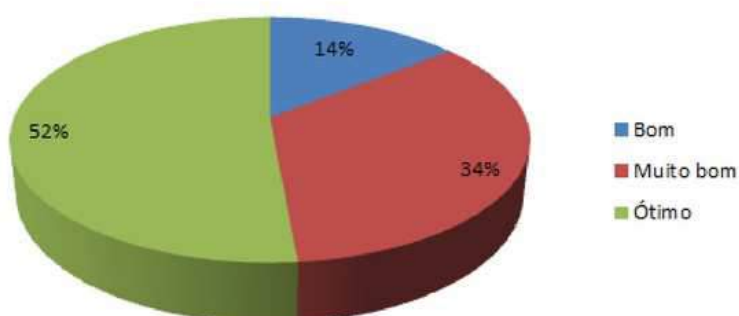


Figura 3. Interação da Enfermagem com os Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.



Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais da Enfermagem devido à ausência de reuniões interdisciplinares para discussões de casos dos pacientes CCP em 43,47% das instituições envolvidas, além da carência de reuniões científicas promovidas pelas instituições ou participação em pesquisas clínicas.

6.2 Fonoaudiologia

Houve adesão ao estudo de 19 profissionais da área de Fonoaudiologia voltada ao paciente oncológico, sendo 10 (52,6%) da região nordeste, 4 (21,0%) da região norte, 3 (15,8%) da região sudeste, 1 (5,3%) da região sul e 1 (5,3%) da região centro-oeste. Com relação à atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 4 das 19 instituições (21%) realizaram atendimento fonoaudiológico via convênios médicos e/ou privado.

Aproximadamente 31,5% dos profissionais da Fonoaudiologia atuaram com o paciente CCP apenas no pós-tratamento, enquanto 21,0% atuaram apenas na vigência do tratamento e 15,7% no pré-tratamento, vigência e pós-tratamento. Quanto a periodicidade do atendimento realizado no paciente CCP, 42,1% ocorreu uma vez por semana. Esta frequência diminuiu no pós-tratamento, sendo realizada quinzenalmente ou mensalmente na maioria dos casos. Além disso, 26,3% das instituições restringiram o número de atendimentos por paciente.

A média anual de atendimentos de Fonoaudiologia aos pacientes CCP foi de $90,83 \pm 131,21$. Os pacientes portadores de câncer em laringe e hipofaringe necessitaram de maior atenção fonoaudiológica (42,10%), seguido pelo paciente com câncer em tireoide (34,21%) e cavidade oral (27,36%). O atendimento apresentou uma duração variável, entre 15 a 60 minutos, dependendo do estado clínico do paciente.

Das instituições envolvidas, 26,31% dos pacientes do CCP necessitam ingressar em fila de espera para atendimento fonoaudiológico. Dos profissionais entrevistados, 84,2% realizaram algum tipo de formação/treinamento para reabilitar pacientes CCP, especialmente aos laringectomizados totais e/ou com câncer de boca. O tipo de reabilitação feita com pacientes com câncer de boca envolveu: adaptação de fala e deglutição com próteses intra orais, além de adaptações de estruturas remanescentes.



A atuação do profissional de Fonoaudiologia está diretamente relacionada com a abordagem nas áreas de disfonia, disfagia, alteração da motricidade orofacial e fala, paralisia facial e edema cérico facial. Das tecnologias existentes para reabilitação fonatória, 57,8% das instituições envolvidas disponibilizaram ao paciente CCP laringe eletrônica ou prótese fonatória. Como limitações apontadas pelos profissionais, há maior necessidade de disponibilização para o paciente oncológico de exames como laringoscopia, vídeo endoscopia da deglutição ou videodeglutograma, além de preparo técnico direcionado, sendo que apenas 31,57% dos fonoaudiólogos apresentam capacitação para reabilitar pacientes CCP. Além disso, 47,36% das instituições incentivaram a educação continuada dos profissionais de Fonoaudiologia.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Fonoaudiologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 4.

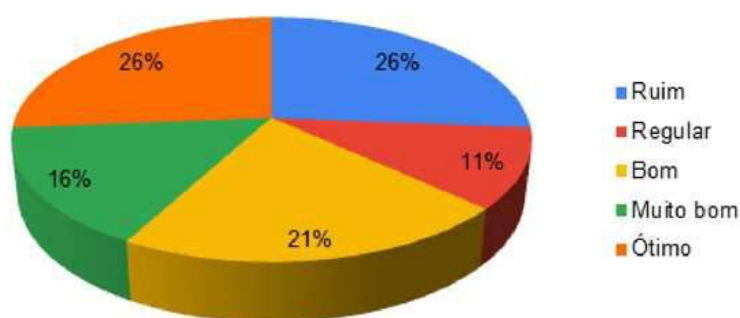


Figura 4. Interação da Fonoaudiologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto a relação interdisciplinar entre os profissionais de Fonoaudiologia com os Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 5.

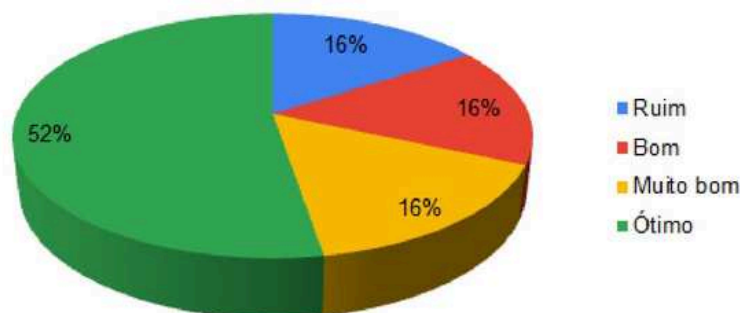


Figura 5. Interação da Fonoaudiologia com a Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais da Fonoaudiologia devido à ausência de reuniões interdisciplinares ou clínicas para discussões de casos dos pacientes CCP, evidenciada em 68,42% das instituições envolvidas, além do distanciamento físico dos ambulatórios das especialidades oncológicas.

6.3 Odontologia

Houve adesão ao estudo de 20 profissionais da área de Odontologia voltada ao paciente oncológico, sendo 12 (60,0%) da região sudeste, 4 (20,0%) da região sul, 3 (15,0%) da região nordeste e 1 (5,0%) da região centro-oeste. Com relação à atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 7 das 20 instituições (35%) realizaram atendimento odontológico via convênios médicos e/ou privados.

Dos pacientes portadores de CCP, 53,33% receberam o primeiro atendimento hospitalar quando já estão em estágio III e IV da doença. Aproximadamente 40% dos profissionais da Odontologia apresentam capacitação para diagnosticar, tratar e/ou reabilitar pacientes CCP e 56,25% dos profissionais atuaram no pré-tratamento dos pacientes CCP para diagnóstico de lesões bucais, adequação do meio bucal, orientações especificamente sobre a cirurgia a ser realizada, possíveis complicações, detalhes técnicos da cirurgia, tempo de recuperação e sequelas. No pós-operatório, apenas em 25% das instituições, o odontólogo atuou junto ao paciente CCP.



Durante o tratamento Radioterápico e/ou Quimioterápico, o odontólogo atua principalmente nas aberturas endodônticas, restaurações provisórias, orientações específicas de higiene oral e tratamento de infecções oportunistas. No pós-tratamento Radioterápico e/ou Quimioterápico, o profissional atua realizando extrações dentárias, restaurações provisórias / definitivas e orientações específicas de higiene oral e resolução de complicações orais como mucosites, cáries de radiação, xerostomia e infecções oportunistas.

A maioria das instituições disponibilizam para a área Odontológica as condições para a execução do exame clínico e anamnese, exames radiográficos (panorâmico, radiografias intra-orais), tomografia médica e biópsia/rasprint. Quanto à reabilitação oral, embora fundamental para os pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas, 47,05% das instituições possibilitam a confecção de próteses bucomaxilofaciais (intra-orais, ocular, nasal, facial, mandibular ou auricular), sendo 17,64% fornecidas por laboratórios próprios e 41,17% por laboratórios terceirizados. Quando disponibilizadas, são exclusivamente adquiridas de maneira privada. Quanto aos dispositivos para radioterapia (STENT/BÓLUS), apenas 5,88% disponibilizam estes recursos aos pacientes CCP.

A laserterapia ou fotobiomodulação para os pacientes CCP durante o tratamento Radioterápico e/ou Quimioterápico é fornecida por 23,52% das instituições, e 17,64% dos pacientes CCP recebem algum tipo de medicamento ou produtos para higiene oral gratuitamente. A média anual de atendimentos de Odontologia aos pacientes CCP foi de $30,92 \pm 53,82$. Os pacientes portadores de cavidade oral necessitam de maior atenção odontológica (48,00%), seguido pelo paciente com câncer em orofaringe (25,00%) e laringe/hipofaringe (19,00%). O atendimento apresentou uma duração variável, entre 15 a 60 minutos, dependendo do estado clínico do paciente. Das instituições envolvidas, 28,57% dos pacientes do CCP necessitam ingressar em fila de espera para atendimento odontológico.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Odontologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 6.

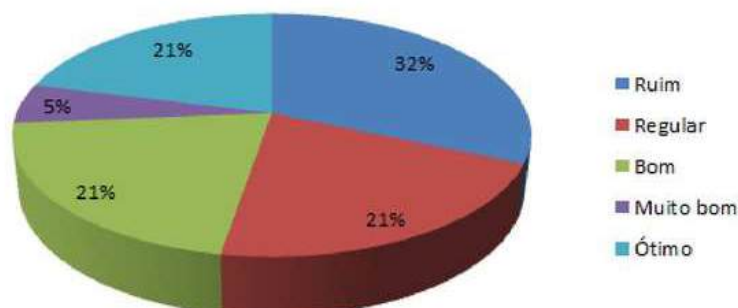


Figura 6. Interação da Odontologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço,

Já quanto a relação interdisciplinar entre os profissionais de Odontologia com os Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 7.

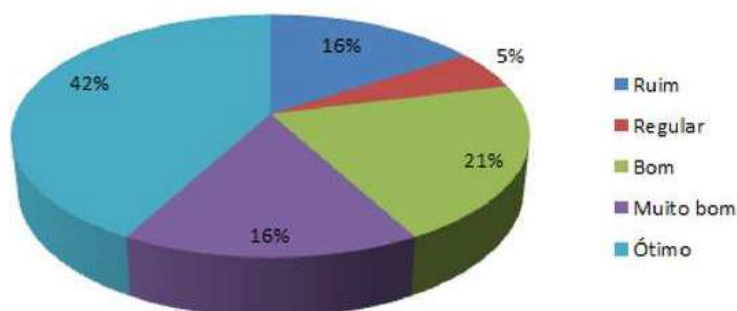


Figura 7. Interação da Odontologia com a Fonoaudiologia, Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais da Odontologia devido à ausência de interdisciplinaridade, e como consequência falta de comunicação entre profissionais envolvidos. Também foi registrado que 60% das instituições não promovem reuniões para discussões de casos dos pacientes com CPP



e 95% das instituições não realizam reuniões científicas sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos do CCP.

6.4 Radioterapia

Houve adesão ao estudo de 22 profissionais da área de Radioterapia voltada ao paciente oncológico, sendo 9 (40,9%) da região sudeste, 7 (31,9%) da região sul, 3 (13,6%) da região nordeste, 2 da região centro-oeste (9,1%) e 1 (4,5%) da região norte. Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 17,6% dos atendimentos foram realizados via convênios médicos e 3,3% de maneira privada.

Dos procedimentos de diagnóstico e estadiamento, a maioria das instituições disponibilizaram a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), Raio-X, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia. A cintilografia de corpo inteiro é viabilizada em 50% das instituições, enquanto o exame por PET-SCAN é aplicado em apenas 36,36%. Em média, o paciente leva $62,04 \pm 47,50$ dias, após o resultado da biópsia ser confirmado, para iniciar o tratamento. A totalidade dos pacientes que inicia a radioterapia apresenta-se em estágios avançados de doença (III-IV). Dos pacientes atendidos, 22,27% são mantidos em vigilância ativa. Há fila de espera para a realização da radioiodoterapia em 27,27% dos casos. Em situações que necessitem a realização de radioiodoterapia após a tireoidectomia, em média, o paciente espera aproximadamente $113,86 \pm 114,85$ dias para realizar essa modalidade de tratamento. Nos pacientes portadores de câncer de tireoide, 14% apresentam disseminação metastática, sendo os seguintes sítios anatômicos de acometimento: ossos, pulmão, laringe, fígado e linfonodos torácicos.

Quanto às tecnologias em radioterapia disponíveis para o tratamento do paciente CCP, 59,09% dos serviços consultados apresentam IMRT (radioterapia com intensidade modulada de feixe). Outras técnicas também são utilizadas como: *Adaptive Radiation Therapy*, Eletronterapia, IGRT (Radioterapia guiada por imagem), Radiocirurgia (RCir), Radioterapia Estereotóxica Extracraniana - SBRT/SABR, Radioterapia Tridimensional Conformada (3D), *Total Body Irradiation* (TBI) e Radioterapia Convencional (2D).

Em média, o paciente CCP apresenta a necessidade de realizar entre 30-35 sessões de radioterapia com dose total aproximada entre 60 a 70Gy. A duração média



de cada sessão ocorre entre 10 e 20 minutos. Ajustes de sessões ou dosagem são necessárias de acordo com as variações individuais, e estão relacionadas ao estágio da doença, sítios metastáticos e condição clínica. Em casos de efeitos colaterais graves, o tratamento é interrompido.

Os valores pagos pelo SUS pela Radioterapia ao paciente CCP representam um percentual inferior a 33,3% dos valores repassados por intermédio de operadoras de saúde ou assistência privada. Das instituições consultadas, por dia, são aplicadas $80,9 \pm 80,2$ sessões de Radioterapia. Entretanto, $15,4 \pm 15,3$ sessões de Radioterapia são aplicadas em pacientes portadores de CCP. Em geral, quando não há respostas ao tratamento por Radioterapia, os pacientes são encaminhados a quimioterapia ou cuidados paliativos.

Dos pacientes CCP atendidos no Serviço de Radioterapia, um maior percentual foi de portadores de tumores em orofaringe, seguido por laringe, hipofaringe e cavidade oral, sendo que 40,9% dos pacientes necessitavam ingressar em fila de espera. A demora no atendimento de muitos pacientes é justificado pelo excesso de pacientes, falta de equipamentos e demora para o agendamento das consultas.

Dentre as complicações mais frequentes no paciente CCP após radioterapia destacam-se: a disfagia, disgeusia, mucosite, perda do paladar, rouquidão, xerostomia, odinofagia, náuseas, perda de peso, radiodermite, fadiga e linfodema. Dentre os procedimentos essenciais para prevenir os efeitos colaterais do tratamento no paciente CCP uma importante relevância é gerada pelo acompanhamento odontológico, fotobiomodulação (laserterapia), profilaxia dentária, e avaliação nutricional. No entanto, estes procedimentos são disponibilizados em apenas 59,09% das instituições.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os Radio-oncologistas e os Oncologistas, Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, Endocrinologistas, durante o tratamento do paciente CCP é visualizada na figura 8.

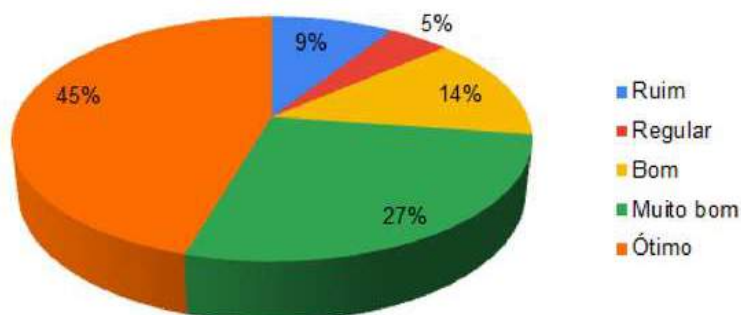


Figura 8. Interação da Radioterapia com os Oncologistas, Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, Endocrinologistas.

Já quanto a relação interdisciplinar entre os Radio-oncologistas e Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 9.

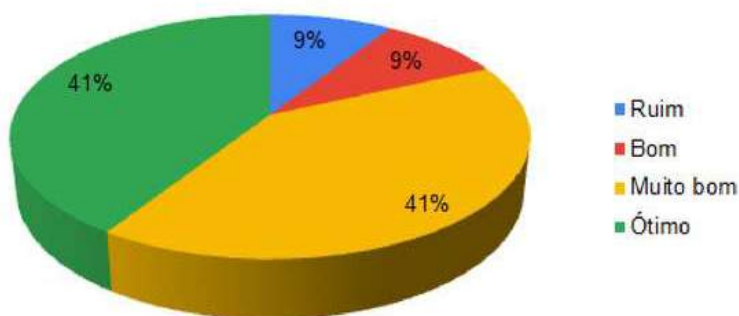


Figura 9. Interação dos Radio-oncologistas e Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

São registrados pelos serviços de Radioterapia a ausência em 50% das instituições para a educação continuada dos profissionais, e em 40,9% das instituições são realizadas reuniões interdisciplinares para discussões de casos dos pacientes com CCP. E quando as reuniões ocorrem, há o envolvimento de um pequeno número de especialidades com a oncologia clínica, cirurgia oncológica e radiologia. Em 72,7% das



instituições, não ocorre discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos para o portador de CCP e apenas 22,7% das instituições participam de pesquisas recentes. O Grupo de apoio e/ou coral a pacientes CCP e familiares apenas tem sido observado em 31,8% das instituições.

6.5 Fisioterapia

Houve adesão ao estudo de 15 profissionais da área de Fisioterapia voltada ao paciente oncológico, sendo 11 (73,3%) da região sudeste, 2 (13,3%) da região centro-oeste, 1 (6,7%) da região norte e 1 (6,7%) da região nordeste. Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 22% forneceram atendimentos via convênios médicos e 12% de maneira privada.

A avaliação fisioterápica nos pacientes CPP é realizada em 31,25% das instituições apenas após radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, enquanto 68,75% é realizado no pré, durante e após o tratamento por radioterapia, quimioterapia ou cirurgia. Em 93,3% das instituições há reabilitação fisioterápica. Há limitação de sessões nos atendimentos gerenciados pelos convênios médicos, no entanto, por intermédio do SUS não há limitações de sessões desta modalidade de intervenção.

As queixas mais frequentes apresentadas pelos pacientes CC foram: limitação de movimento do pescoço, dor constante em cintura escapular, trismo, linfedema, diminuição da capacidade respiratória, dificuldades na alimentação, síndrome do ombro caído, paralisia facial e falta de sensibilidade local. Dos fisioterapeutas respondentes, 43,75% declaram que não estavam capacitados para reabilitar pacientes CCP.

A demanda diária de atendimentos por Fisioterapeuta é de $7,86 \pm 5,76$ e a duração média do atendimento ocorre entre 20 e 60 minutos, havendo fila de espera para o atendimento em 33,33% das instituições. Anualmente o serviço de Fisioterapia atende $225,00 \pm 253,16$ pacientes CPP. A região anatômica de maior acometimento dos pacientes CCP foi a cavidade oral (30%) e laringe/hipofaringe (28%) e a menor incidência foi a região de glândulas salivares maiores/menores.

Do ponto de vista preventivo, 80% das instituições não oferecem medidas socioeducativas para a prevenção do CCP e 26,66% das instituições não incentivam a educação continuada de seus profissionais de Fisioterapia. Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Fisioterapia



com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 10.

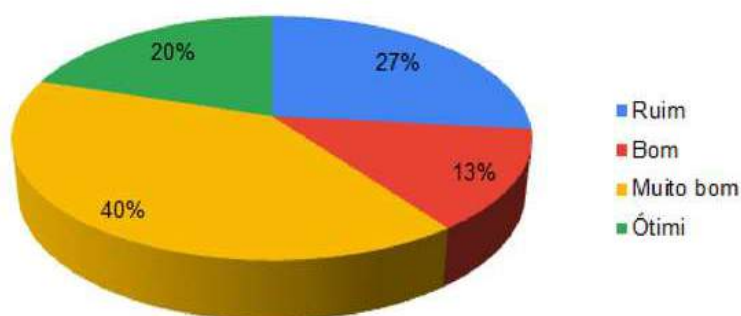


Figura 10. Interação da Fisioterapia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto a relação interdisciplinar entre os profissionais da Fisioterapia com os Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 11.

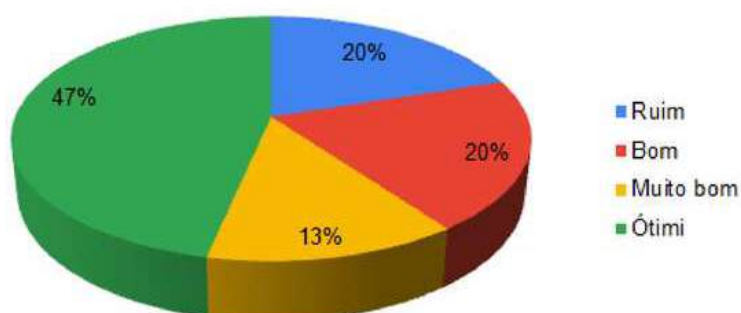


Figura 11. Interação da Fisioterapia com os Fonoaudiólogos, Enfermeiros, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais da Fisioterapia à ausência de reuniões interdisciplinares para discussões de casos dos



pacientes CCP em 43,75% das instituições envolvidas, além da carência de reuniões científicas promovidas pelas instituições ou participação em pesquisas clínicas. Além disso, 81,25% das instituições não promovem reuniões científicas para discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos do CPP. Há grande carência de suporte ao paciente CCP, sendo que apenas 56,25% das instituições disponibilizam grupo de apoio a pacientes e familiares.

6.6 Nutrição

Houve adesão ao estudo de 11 profissionais da área de Nutrição voltada ao paciente oncológico, sendo 9 (82,0%) da região sudeste, 1 (9,0%) da região sul e 1 (9,0%) da região norte. Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 54,5% forneceram atendimentos via convênios médicos e 27,2% de maneira privada.

Em 45,45% das instituições, o paciente oncológico tem o primeiro contato com o nutricionista no pré-tratamento, enquanto 54,55% das instituições disponibilizam o atendimento com o nutricionista apenas durante o tratamento oncológico. O acompanhamento nutricional ambulatorial durante o tratamento é realizado mensalmente em 50% das instituições, quinzenalmente em 30% das instituições e semanalmente em 20% das instituições.

A demanda diária de atendimentos por Nutricionista é de $9,6 \pm 5,7$ e a duração média do atendimento ocorre entre 10 e 60 minutos, havendo fila de espera para o atendimento em 12,5% das instituições, com duração aproximada de espera de 30 dias. A região anatômica de maior acometimento dos pacientes CCP foi a cavidade oral (35%) e laringe/hipofaringe (14%) e a menor incidência foi a região de cavidade nasal e seios paranasais. As queixas mais frequentes apresentadas pelos pacientes CC que necessitam de suporte nutricional são: disfagia, odinofagia, anorexia, xerostomia, náusea e mucosite.

A via alternativa de alimentação mais frequente nos pacientes CCP é a sonda nasoenteral (81,81%) seguida pela gastrostomia (18,19%). No entanto, apenas 45,45% das instituições fornecem dieta alimentar aos pacientes do CCP, que fazem uso de sondas, para utilizarem em casa.



Dos nutricionistas respondentes, 27,27% declararam que não apresentaram capacitação para reabilitar pacientes do CCP. Aproximadamente 63,63% das instituições incentivam a educação continuada de seus profissionais de Nutrição.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Nutrição com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 12.

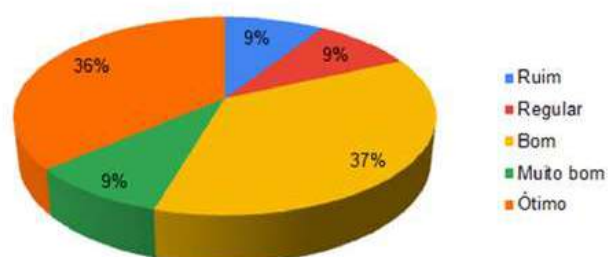


Figura 12. Interação da Nutrição com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto à relação interdisciplinar entre os profissionais da Nutrição com os Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 13.

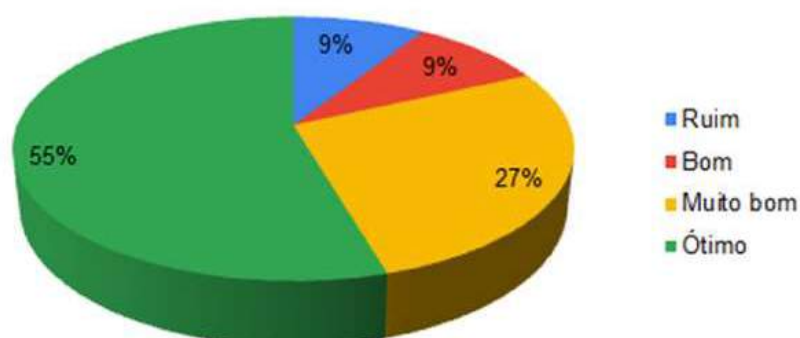


Figura 13. Interação da Nutrição com os Fonoaudiólogos, Enfermeiros, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.



Os resultados acima são justificados por parte dos profissionais da Nutrição devido às limitações na comunicação interdisciplinar, falta de encaminhamentos em tempo hábil, ausência ou poucas reuniões interdisciplinares para discussões de casos dos pacientes CCP. Além disso, 71,42% das instituições não promovem reuniões científicas para discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos do CPP. Há grande carência de suporte ao paciente CCP, sendo que apenas 72,72% das instituições disponibilizam grupo de apoio a pacientes e familiares.

6.7 Psicologia

Houve adesão ao estudo de 13 profissionais da área de Psicologia voltada ao paciente oncológico, sendo 11 (84,61%) da região sudeste, 1 (7,6%) da região sul e 1 (7,6%) da região nordeste. Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 61,53% forneceram atendimentos via convênios médicos e 23,07% de maneira privada.

Em 92,3% das instituições, há disponibilização de atendimento psicológico ao paciente oncológico no diagnóstico, durante o tratamento, e no pós tratamento oncológico. O atendimento psicológico aos pacientes CCP ocorre de maneira individual em 30,76% das instituições e de maneira individual/grupo/familiar em 69,24% das instituições. Em 23,07% das instituições, há fila de espera para atendimento psicológico e limite de sessões totais/mensais para o paciente CCP. Anualmente são atendidos aproximadamente $53,07 \pm 22,50$ pacientes CCP. A região anatômica de maior acometimento dos pacientes CCP atendidos pelo Serviço de Psicologia foi a laringe (38%) e a menor incidência foi a região de tireóide (17%).

No entanto, 61,53% dos pacientes do CCP não aderem ao acompanhamento psicológico. Isto deve-se por inúmeras razões como auto-estima frágil, dificuldade de comunicação, questões sociais, resistências do próprio paciente, perfil sócio emocional, entre outros.

Os principais sintomas apresentados pelos pacientes CCP são: depressão, ansiedade, medo, raiva, perda da identidade, agressividade, impaciência, insônia, frustração, pânico, pensamentos suicidas. Dos psicólogos respondentes, 30,76% declararam que não apresentavam capacitação para tratar pacientes CCP e apenas



38,46% das instituições incentivam a educação continuada de seus profissionais de Psicologia.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Psicologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 14.

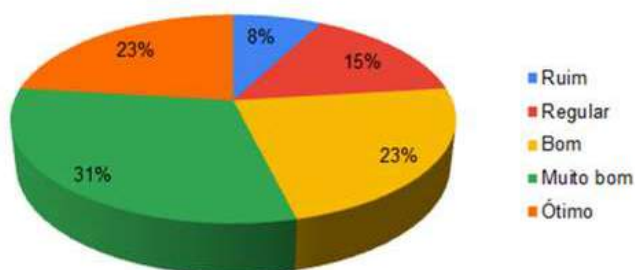


Figura 14. Interação da Psicologia com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto à relação interdisciplinar entre os profissionais da Psicologia com os Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 15.

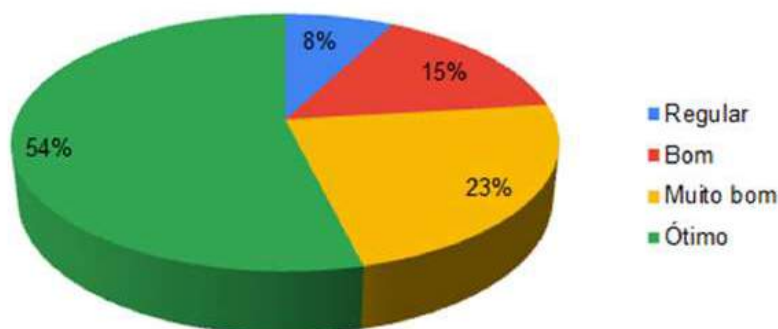




Figura 15. Interação da Psicologia com os Fonoaudiólogos, Enfermeiros, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados acima são justificados por parte dos profissionais da Psicologia devido ausência de reuniões interdisciplinares para discussões de casos dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em 46,15% das instituições, ausência de reuniões científicas em 69,23% das instituições para discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos com câncer de cabeça e pescoço, além de outros fatores como: engajamento dos profissionais na atuação multidisciplinar, falhas no processo de encaminhamento e alta demanda de pacientes oncológicos.

Em 61,53% das instituições há algum trabalho para as famílias enlutadas (no caso de óbito do paciente) e 76,92% das instituições disponibilizam grupo de apoio e/ou coral a pacientes e familiares.

6.8 Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Houve adesão ao estudo de 10 profissionais da área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço voltada ao paciente oncológico, sendo 2 (20,0%) da região sudeste, 7 (70,0%) da região nordeste e 1 da região centro-oeste (10,0%). Com relação às instituições de atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 22% dos atendimentos foram realizados via convênios médicos e 10% de maneira privada.

Em 70% das instituições há fila de espera para atendimento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço com tempo médio para a primeira consulta entre 30 e 180 dias. Dos profissionais avaliados, relataram que as instituições a que pertencem realizam cerca de $238,57 \pm 341,87$ atendimentos ambulatoriais e $22,9 \pm 16,48$ cirurgias.

As razões apontadas para a espera para a cirurgia/tratamento do câncer de cabeça e pescoço são variadas e incluem: honorários médicos defasados, baixa divulgação da especialidade para a sociedade, referenciamento inadequado, disponibilidade de mais turnos/dias de cirurgias, número de profissionais, regulação municipal e estadual, atenção a equipe de multidisciplinar e deficiências no diagnóstico precoce.



De uma forma geral, no momento em que ele chega na primeira consulta com um especialista, o paciente CCP apresenta-se em estágio III ou IV da doença. Os principais fatores de risco observados para câncer de cabeça e pescoço foram: álcool, tabaco, exposição solar e HPV.

Dos pacientes CCP atendidos no Serviço de Cirurgia, um maior percentual foi de portadores de tumores em tireoide, seguido por cavidade oral, laringe e hipofaringe. Há fila de espera para a realização da cirurgia em 30% dos casos. O centro cirúrgico das instituições avaliadas ficam disponíveis para a área entre 2 e 3 dias por semana para a realização das cirurgias de cabeça e pescoço. O tempo médio de internação varia entre 1 e 7 dias, dependendo do porte. Em nenhuma das instituições, a realização de cirurgias para câncer de palato ou cavidade oral, é realizada em conjunto com a cirurgia buco maxilofacial e/ou plástica para favorecimento do processo reabilitador.

Confirmado o diagnóstico e a necessidade de uma cirurgia com alto impacto estético funcional, em 20% das instituições o paciente é encaminhado para a fonoaudiologia no pré-operatório, 70% no pré e pós-operatório e 10% das instituições não disponibilizam este serviço. As próteses fonatórias/faringes eletrônicas e acessórios não são fornecidas aos pacientes CCP em 90% das instituições. No entanto, 70% dos cirurgiões de cabeça e pescoço estão habilitados para colocação de prótese fonatória no paciente. Em 50% das instituições há medida socioeducativa voltada para prevenção do câncer de cabeça e pescoço. Além disso, apenas 40% das instituições promovem incentivos para educação continuada de seus Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre Cirurgiões de Cabeça e Pescoço e os Radio-oncologistas, Oncologistas e Endocrinologistas, durante o tratamento do paciente CCP é visualizada na figura 16.

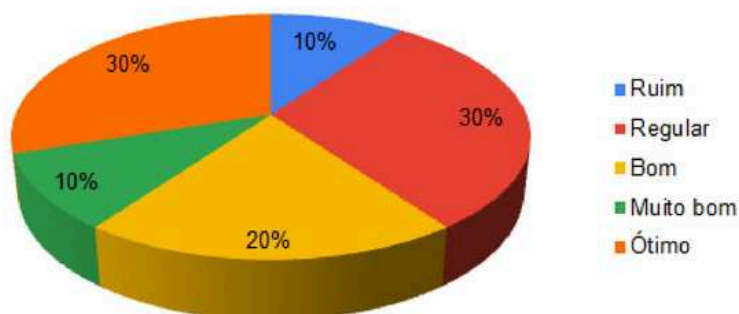




Figura 16. Interação da Cirurgia de Cabeça e Pescoço com Radioterapia, Oncologia e Endocrinologia.

Já quanto a relação interdisciplinar entre os Cirurgiões de Cabeça e Pescoço e Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 17.

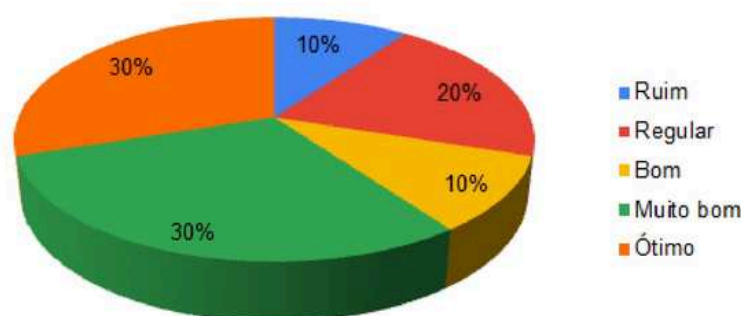


Figura 17. Interação dos Cirurgiões de Cabeça e Pescoço e Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados registrados nas figuras anteriores são justificados por restritos momentos para discutir os casos ou reuniões multidisciplinares na instituição, limitação de tempo, equipes com dificuldade de relacionamento interpessoal e comunicação pouco assertiva da Instituição. Além disso, as reuniões multidisciplinares, quando ocorrem, são restritas entre as especialidades de cirurgia, oncologia e radioterapia.

Em 80,0 % das instituições, não ocorre discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos para o portador de CCP e apenas 20,0% das instituições participam de pesquisas recentes. O grupo de apoio e/ou coral a pacientes CCP e familiares apenas tem sido observado em 60,0% das instituições.



6.9 Terapia Ocupacional

Houve adesão ao estudo de 10 profissionais da área de Terapia Ocupacional voltada ao paciente oncológico, sendo 2 (20,0%) da região nordeste, 2 (20,0%) da região sudeste e 6 (60,0%) da região sul. Com relação à atuação, a totalidade das instituições avaliadas realizam o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Aproximadamente 20,0% dos pacientes são encaminhados para o Serviço de Terapia Ocupacional apenas após intervenção cirúrgica, enquanto 80% são encaminhados pré e pós-intervenção cirúrgica, e pré e pós radioterapia/quimioterapia.

O atendimento da Terapia Ocupacional ocorre de maneira individual ou em grupo, e pode ser acompanhado pelo profissional da instituição, familiares ou cuidadores. Na maioria das vezes o serviço é oferecido na enfermaria ou ambulatório hospitalar, e em alguns casos domiciliar. As atividades de Terapia ocupacional envolvem o controle de tabagismo, reabilitação principalmente quando tem perda de função ou questão de saúde mental associado, cuidados paliativos, treino de AVD (autocuidado, auto alimentação, higiene), estimulação/manutenção da funcionalidade; estratégias para minimizar gasto energético, orientações para medidas de conforto, posicionamento e tecnologia assistida(dispositivo de posicionamento).

Apenas 50% das instituições fornecem os recursos terapêuticos necessários para a terapia ocupacional desenvolver projetos terapêuticos junto aos pacientes CC. As queixas mais recorrentes apresentadas pelos pacientes CCP durante o tratamento são: diminuição da autoestima, limitação na amplitude de movimento de pescoço e ombros para realizar as atividades de vida diária (AVD), tomar banho, realizar higiene pessoal, fadiga, astenia, ansiedade, perda de sensibilidade facial e cervical, alteração da imagem corporal, dificuldade para retomar atividade ocupacional, dispneia, depressão, abstinência do álcool, abstinência do tabaco, alteração no sono e abstinência do tabaco.

Os pacientes portadores de câncer em laringe necessitam de maior atenção da Terapia Ocupacional (32,0%), seguido pelo paciente com câncer em cavidade oral (31,0 %) e orofaringe (30,0%). Dos profissionais respondentes, apenas 60% apresentam capacitação para o atendimento de pacientes do CCP.

Cerca de 30% das instituições promovem alguma medida socioeducativa voltada para prevenção do câncer de cabeça e pescoço e apenas 70% das instituições



incentivam a educação continuada de seus profissionais de Terapia Ocupacional. Além disso, apenas 40% das instituições apresentam algum grupo de apoio e/ou coral a pacientes e familiares.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais da Terapia Ocupacional com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 18.

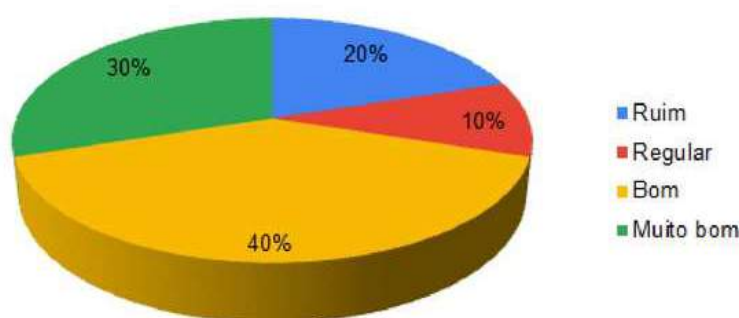


Figura 18. Interação da Terapia ocupacional com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço.

Já quanto à relação interdisciplinar entre os profissionais da Terapia Ocupacional com os Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras, e Psicólogos durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 19.

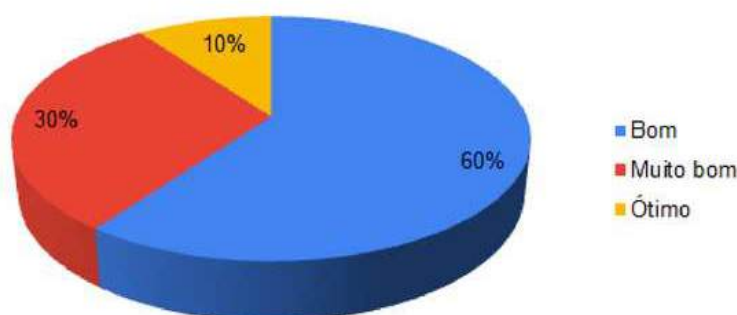




Figura 19. Interação da Terapia Ocupacional com a Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Assistentes Sociais, Psiquiatras e Psicólogos.

Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais da Terapia ocupacional devido à ausência de reuniões interdisciplinares ou clínicas para discussões de casos dos pacientes CCP em 90% das instituições envolvidas e ausência de reuniões científicas para discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e/ou tratamentos do câncer de cabeça e pescoço.

6.10 Serviço Social

Houve adesão ao estudo de 9 profissionais da área de Serviço Social voltada ao paciente oncológico, sendo 6 (66,7%) da região sudeste, 1 (11,1%) da região norte, 1 (11,1%) da região sul, e 1 (11,1%) da região centro-oeste. Com relação à atuação, além do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 5% das instituições realizam atendimento via convênios médicos.

O paciente CCP faz o primeiro contato com Serviço Social da instituição por meio de encaminhamento pela equipe médica, acolhimento, cadastro social ou livre demanda. Este contato pode ocorrer em vários momentos, como no diagnóstico, durante o tratamento ou na internação.

O atendimento pode ocorrer de maneira individual ou em conjunto com familiar ou cuidador. Os pacientes portadores de câncer em laringe e hipofaringe necessitam de maior atenção do Serviço Social (22,00%), seguido pelo paciente com câncer em cavidade oral (21,0%). Aproximadamente 88,88% dos pacientes atendidos pela Assistência Social pertencem a famílias com renda per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo ou renda familiar mensal de até 3 salários mínimos e apresentam ensino fundamental (primeiro grau) incompleto.

As principais necessidades do paciente CCP ao procurar o Serviço Social são: transporte, direitos socioassistenciais, alimentação, suplementos, benefícios, acesso aos direitos do paciente oncológico/ conflitos familiares (falta de cuidador), vícios em álcool e cigarro e casa de apoio. Cerca de 77,7% dos pacientes do CCP não têm conhecimento sobre os seus direitos previdenciários e sociais. Dos profissionais do Serviço Social, 44,4% não tem conhecimento que os pacientes laringectomizados



totais tem direito a reabilitação fonatória por meio da laringe eletrônica e/ou prótese traqueoesofágicas

Das instituições avaliadas, 22,22% apresentam alguma medida socioeducativa na instituição voltada para prevenção do câncer de cabeça e pescoço baseada em campanhas anuais, entrevistas à mídia local e palestras e 33,3% das instituições incentivam a educação continuada de seus profissionais de Serviço Social.

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), a relação interdisciplinar entre os profissionais de Serviço Social com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, durante o tratamento do paciente é visualizada na figura 20.

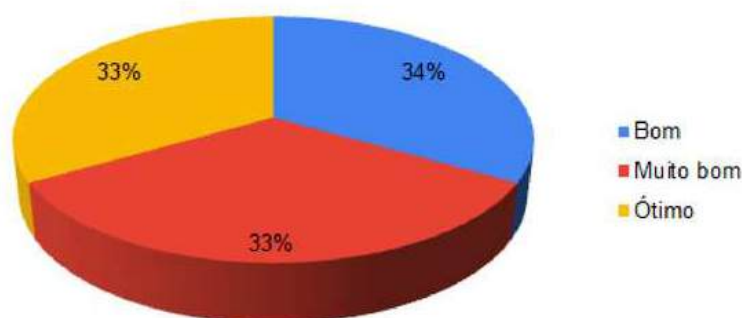


Figura 20. Interação do Serviço Social com os Oncologistas, Radioterapeutas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço,

Já quanto à relação interdisciplinar entre os profissionais do Serviço Social com os Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais durante o tratamento e reabilitação do paciente é ilustrada na figura 21.

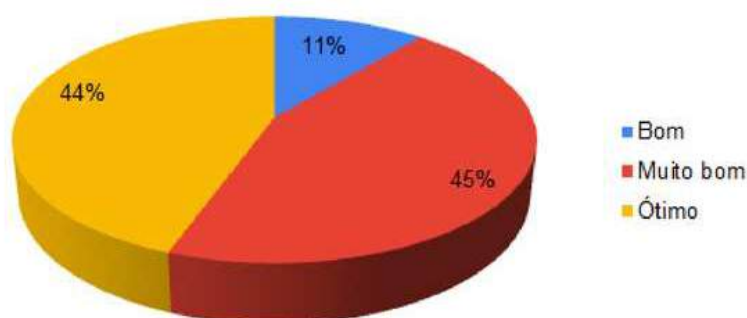


Figura 21. Interação do Serviço Social com a Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Odontólogos, Psiquiatras, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Os resultados acima são justificados por grande parte dos profissionais de Serviço Social devido à ausência de reuniões interdisciplinares ou clínicas para discussões de casos dos pacientes CCP em 66,67% das instituições envolvidas.

6.11 Demais especialidades

Outras especialidades demonstraram restrita participação na corrente pesquisa, como na Oncologia (02 participantes), Farmácia (03 participantes), Administração (03 participantes), ou ainda, inexistência de participantes (Endocrinologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia e Dermatologia). Este fato impediu um maior aprofundamento dos dados no sentido de demonstrar a realidade, em âmbito nacional, do atendimento do paciente portador de câncer de cabeça e pescoço nas esferas do diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção sob o olhar de todos os especialistas que atuam com este paciente. Assim, novas estratégias junto a conselhos de classe ou representações de especialidades são fundamentais para maior adesão.



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultados comuns das especialidades participantes, constatamos que deficiências estruturais e de recursos humanos impactam diretamente na qualidade de atendimento dos portadores de CCP. Em comum, por parte de todas as especialidades destacamos a falta de interdisciplinaridade entre as equipes e evidente deficiência no processo de formação e capacitação continuada pelos profissionais que atuam diretamente com portadores de CCP.

Também há grandes limitações por parte das instituições no desenvolvimento de grupos de apoio, não apenas aos portadores de câncer como também aos familiares envolvidos. Embora nosso número amostral seja reduzido, os participantes foram oriundos das cinco regiões do Brasil, permitindo a obtenção de dados que refletem a realidade oncológica em toda a extensão territorial.

Esperamos que estes dados possam contribuir para a construção e fiscalização de políticas públicas e servir de embasamento para diversos projetos voltados para a inclusão e a reabilitação do paciente com CCP, bem como para a valorização do profissional que atua nessa especialidade.

8. REFERÊNCIAS

- ACBG Brasil, quem somos? 2021. Disponível em: <<https://acbgbrasil.org/quemsomos/>>. Acesso em: 10 mar 2022.
- ATLAS.TI. The Qualitative Data Analysis & Research Software, 2022. Disponível em: <<https://atlasti.com/pt>>. Acesso em: 08 mar 2022.
- CORRIE, P.G. Cytotoxic chemotherapy: clinical aspects. Philadelphia: A Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- GARZINO-DEMO, P. *et al.* Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. J Craniomaxillofac Surg, v. 34, n. 6, p. 344-50, 2006.



GLOBAL CANCER OBSERVATORY (GLOBOCAN). 2018. International Agency for Research on Cancer – WHO. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr>>. Acesso em: 05 mar 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>>. Acesso em: 05 mar 2022.

KHLEIF, S.N.; RIXE, O.; SKEEL, ROLAND T. Skell's Handbook of Cancer Therapy. Lippincott Williams & Wilkins. 9th ed. 2016.

MATZINGER, O. *et al.* Radiochemotherapy in locally advanced squamous cell carcinomas of the head and neck. Clin Oncol (R Coll Radiol), v. 21, n. 7, p. 525-31, 2009.

MINAYO, C. Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. 29ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes Press. 2010.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/33023325>>. Acesso em: 14 mar 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prto516_17_06_2015.htm>. Acesso em: 10 fev 2022.

OLIVEIRA, M. L. *et al.* A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. Braz Oral Res, v. 29, n. 1, p.1-8, 2015.

PANCARI, P.; MEHRA, R. Systemic therapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. Surg Oncol Clin N Am, v. 24, n. 3, p. 437-454. 2015

PEREA-MILLA LOPEZ, E. *et al.* Lifestyles, environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in southern Spain. Br J Cancer, v. 88, n. 11, p. 1702-1707, 2003.

REDE+VOZ. Câncer de Cabeça e Pescoço no Brasil, 2021. Disponível em: <[Relatorio Rede Voz_FINAL_web \(1\).pdf](#)>. Acesso em: 15 mar 2022.

SEO, B.Y.; LEE, C.O.; KIM, J.W. Changes in the management and survival rates of patients with oral cancer: a 30-year single-institution study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg, v. 42, n. 1, p. 31-7, 2016.



STOKES, W. A. *et al.* Survival impact of induction chemotherapy in advanced head and neck cancer: A National Cancer Database analysis. *Head Neck*, v. 39, n. 6, p. 1113-1121, 2017.

UDEABOR, S. E. *et al.* Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx in patients less than 40 years of age: a 20-year analysis. *Head Neck Oncol*, v. 4, p. 28, 2012.

WITTEKINDT, C. *et al.* Basics of tumor development and importance of human papilloma virus (HPV) for head and neck cancer. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, v.11, p.09, 2012.



APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado "Rede+Voz: controle social do câncer de cabeça e pescoço", coordenado pela Prof. Dr. Rogério de Oliveira Gondak. Este trabalho tem por objetivo construir uma estimativa do cenário do câncer de cabeça e pescoço no país, através da análise de questionários aplicados com diversos profissionais da equipe multidisciplinar de cabeça e pescoço. A participação nesta pesquisa será totalmente voluntária e consistirá em responder um questionário estruturado, através de formulário eletrônico, via Plataforma Google, encaminhado por email. Cada questionário conterá, em média, 50 perguntas, a respeito do atendimento, tratamento e reabilitação dos pacientes no que concerne a cada especialidade.

Respondendo a esta pesquisa, você tem a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e vivências relacionadas ao atendimento ao paciente portador de câncer de cabeça e pescoço, possibilitando determinarmos uma estimativa da realidade do câncer de cabeça e pescoço no que tange o atendimento aos pacientes e serviços ofertados. O questionário será on-line e, portanto, respondido no momento e local de sua preferência. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar.

Informamos que sua participação não envolve qualquer despesa, bem como não há nenhum pagamento de valor econômico, porém, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação você será ressarcido pelo pesquisador responsável. Ainda, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste termo, é garantido seu direito à indenização por parte do pesquisador.

O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online, o qual foi elaborado com o intuito de que o tempo gasto para seu preenchimento seja mínimo, em torno de 15 minutos. Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, seu nome não será utilizado para nenhum registro, e a guarda das informações serão exclusivamente mantidas pelo pesquisador responsável em computador pessoal. As informações colhidas neste trabalho serão utilizadas com finalidades acadêmicas, em publicações dos resultados em livros, periódicos ou



divulgação em eventos científicos e na forma de relatório técnico a ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

Não existe benefício ou vantagem direta em participar deste estudo. Os benefícios e vantagens em participar são indiretos, possibilitando com os resultados desta pesquisa obtermos uma estimativa do cenário do câncer de cabeça e pescoço no país além de conectar as instituições de referência no tratamento do câncer de cabeça e pescoço com os pacientes e seus familiares, formando uma rede de colaboração.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa ou deseje desistir de participar, basta entrar em contato com o pesquisador através dos meios informados neste termo. Ressaltamos que em qualquer momento da pesquisa, você pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC através do telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br e/ou presencialmente, no endereço que se encontra ao fim deste termo, para qualquer informação ou apontamento que julgar necessário. Ressaltamos que esta pesquisa seguirá minuciosamente as recomendações contidas nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil. Este termo tem como objetivo informá-lo acerca da pesquisa e assegurar seus direitos como participante, por isso deve ser feita a leitura com atenção e, após assinatura, a sua via deve ser guardada em segurança a fim de reivindicar seus direitos, caso seja necessário. Em caso de dúvidas, pedimos, por gentileza, que entre em contato com o Prof. Rogério de Oliveira Gondak, responsável pela pesquisa, que poderá ser contatado no Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, s/n, Trindade, Bloco administrativo, sala 014, Florianópolis, telefone: (48) 3721-3482, email: rogerio.gondak@ufsc.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, localizado no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, telefone: (48) 3721-6094, atendimento de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h.



CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa "Rede+Voz: controle social do câncer de cabeça e pescoço" e concordo em ser participante. Local: _____. Data ____/____/____. Este termo consta de 2 páginas devidamente numeradas.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO - GOOGLE FORMS

(Convite enviado por email)

CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada "Rede+Voz: controle social do câncer de cabeça e pescoço" que tem por objetivo construir uma estimativa do cenário do câncer de cabeça e pescoço no país, através da análise de questionários aplicados com diversos profissionais da equipe multidisciplinar de cabeça e pescoço. Se você tem interesse em participar da pesquisa clique [aqui](#) [link para o questionário] e você será direcionado (a) para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém mais informações sobre a pesquisa. A participação na pesquisa será por meio de resposta a um questionário sobre atendimento, tratamento e reabilitação dos pacientes no que concerne a cada especialidade no suporte do paciente com câncer de cabeça e pescoço.

Se após a leitura do Termo de Consentimento você decidir participar da pesquisa, responda à pergunta: Você concorda em participar da pesquisa?

Ao responder Sim você será direcionado para o questionário contendo 50 perguntas. O tempo médio de resposta do questionário é de 15 minutos. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar.

Agradecemos o seu tempo e atenção.

Coordenador de pesquisa: Prof. Rogério Gondak (UFSC)



Questionário

1. Nome completo e Especialidade

A sua identificação não é obrigatória.

2. Data de nascimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

3. Celular

Use esse modelo: (99) 99999-9999.

4. E-mail

5. Data do preenchimento do questionário

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

6. Instituição

A identificação da sua Instituição não é obrigatória.

7. Cidade

Escreva o nome da cidade por extenso e com a primeira letra em maiúsculo, como no exemplo: São José.

8. Estado

9. Setor onde você trabalha na instituição

10. Marque os serviços disponíveis aos pacientes de câncer de cabeça e pescoço em sua instituição

- ☐ () Cirurgia Bucomaxilofacial
 - ☐ () Cirurgia Cabeça e Pescoço
 - ☐ () Cirurgia Plástica
 - ☐ () Cuidados Paliativos/Fisiatria
 - ☐ () Enfermagem
 - ☐ () Estomatologia
 - ☐ () Farmácia
 - ☐ () Fisioterapia
 - ☐ () Fonoaudiologia
 - ☐ () Nutrição
 - ☐ () Odontologia
 - ☐ () Oncologia/Cancerologia
 - ☐ () Otorrinolaringologia
 - ☐ () Prótese Bucomaxilofacial
 - ☐ () Psicologia
 - ☐ () Psiquiatria
 - ☐ () Radioterapia
 - ☐ () Serviço Social
 - ☐ () Terapia Ocupacional
- Outro:

11. Com relação à forma de atendimento prestado pela instituição, qual é o percentual de pacientes de câncer de cabeça e pescoço atendidos pelo SUS?

- 0% - 10%
- 20% - 30%
- 40% - 50%
- 60% - 70%
- 80% - 90%
- 100%



Questionário

12. E atendidos por Convênio?

- 0% - 10%
- 20% - 30%
- 40% - 50%
- 60% - 70%
- 80% - 90%
- 100%

13. E atendidos por Particular?

- 0% - 10%
- 20% - 30%
- 40% - 50%
- 60% - 70%
- 80% - 90%
- 100%

14. Qual habilitação a instituição possui na atenção especializada em oncologia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço?

- ☐ CACON
- ☐ UNACON
- ☐ UNACON com Serviço de Radioterapia
- ☐ Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar
- ☐ Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar
- ☐ Não tem habilitação na atenção especializada em oncologia
- Outro:

15. Em média, quantos pacientes de cabeça e pescoço são atendidos por mês no ambulatório de oncologia?

16. Do total citado acima, como você distribuiria a incidência dos tipos de câncer?

10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%
80% 90% 100%

- ☐ Cavidade oral
- ☐ Orofaringe
- ☐ Nasofaringe
- ☐ Laringe
- ☐ Tireoide

17. Há fila de espera para o atendimento oncológico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Dos procedimentos de diagnóstico e estadiamento abaixo, quais estão disponíveis em sua instituição?

- ☐ Biópsia
- ☐ Imunohistoquímica
- ☐ Pesquisa viral (HPV, EBV)
- ☐ Testes para mutações genéticas
- ☐ Naso/faringo/laringoscopia
- ☐ Cintilografia



Questionário

☐ Pesquisa de corpo inteiro com iodo

☐ Ultrassonografia

☐ Tomografia Computadorizada

☐ Ressonância Magnética

☐ PET-SCAN

Outro:

19. De uma forma geral, qual o estágio da doença que o paciente de câncer de cabeça e pescoço apresenta no momento em que ele chega na primeira consulta com um especialista?

☐ I

☐ II

☐ III

☐ IV

20. Da primeira consulta até a confirmação da biópsia, em média quanto tempo um paciente de câncer de cabeça e pescoço espera para realizar o tratamento?

☐ Até 15 dias

☐ Até 30 dias

☐ Até 60 dias

☐ Até 90 dias

☐ Até 180 dias

☐ Até 1 ano

☐ Mais de 1 ano

Outro:

21. Quais os tratamentos de rotina disponíveis para os pacientes de câncer cabeça e pescoço?

Você pode selecionar mais de uma opção.

☐ QT de indução

☐ QT concomitante a RDT

☐ QT adjuvante

☐ QT oral

☐ Terapia-alvo

☐ Imunoterapia

Outro:

22. Em média, quanto tempo o paciente espera para realizar esses tratamentos (dias ou semanas / meses).

23. Você considera este tempo de espera adequado?

☐ Sim

☐ Não

24. Em média, quantas sessões de quimioterapia os pacientes de câncer de cabeça e pescoço realizam?

25. Essa média muda conforme o tipo, região e estágio do câncer? Por favor, explique.



Questionário

26. A quantidade de sessões de quimioterapia pode variar durante o tratamento conforme os efeitos no paciente?

27. Em média, quantos ciclos de quimioterapia os pacientes podem fazer?

28. Quanto tempo em média um paciente de câncer de cabeça e pescoço pode recidivar? Por favor, discorra a respeito.

29. Quando há metástase em pacientes de câncer de cabeça e pescoço, quais são os sítios mais acometidos? Por favor, discorra a respeito.

30. Nestes casos de metástase, qual é a conduta indicada?

31. Nestes casos de metástase, qual é a taxa de mortalidade e de sobrevida?

32. Quais os medicamentos (propriedade ativa e nome comercial) estão disponíveis na sua instituição para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço? Favor citar todos que possuam conhecimento, podendo ser seus genéricos.

33. Em sua opinião, quais são os medicamentos (propriedade ativa e nome comercial) mais eficientes nos tratamentos de orofaringe e tireoide? Por favor, cite todos.

34. Caso a terapia-alvo ou a imunoterapia esteja disponível em sua instituição, por favor, cite o nome da medicação.

35. Com que periodicidade o paciente é acompanhado durante o tratamento?

Utilize a opção "Outro" para citar outro período.

☐ Uma vez por semana

☐ Quinzenalmente

☐ Mensalmente

Outro:

36. Selecione os efeitos colaterais mais recorrentes relatados pelos pacientes de câncer de cabeça e pescoço durante o tratamento.

Utilize a opção "Outro" para citar outro efeito colateral.

Marque todas que se aplicam.

☐ Náuseas

☐ Dores musculares

☐ Insônia

☐ Falta de concentração



Questionário

- ☐ Queda de cabelo
- ☐ Perda de memória
- ☐ Perda óssea
- ☐ Infertilidade
- ☐ Perda da libido
- ☐ Constipação
- ☐ Menopausa precoce
- ☐ Diminuição da audição
- ☐ Boca seca
- ☐ Edema de face
- ☐ Perda do paladar
- ☐ Dormência nas mãos e pés
- ☐ Fadiga
- ☐ Perda de peso
- ☐ Depressão
- Outro:

37. O que é realizado para minimizar os danos causados pela quimioterapia antes, durante e após tratamento?

38. Qual é a frequência do acompanhamento do paciente de câncer de cabeça e pescoço pós-tratamento?

- ☐ Mensal
- ☐ Trimestral
- ☐ Semestral
- ☐ Anual
- ☐ Primeiro ano
- ☐ Segundo ano
- ☐ Terceiro ano
- ☐ Quarto ano

- ☐ Após 5 anos
- ☐ Após 7 anos
- ☐ Após 10 anos

39. Quantos especialistas como você trabalham na sua instituição?

40. Destes especialistas, quantos são titulares?

41. E quantos são residentes (não formados)?

42. Há incentivo da instituição para educação continuada na sua área de atuação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

43. Numa escala de 1 a 5, sendo 1 (ruim) e 5 (ótima), avalie a relação interdisciplinar entre as equipes multidisciplinares no tratamento do paciente.

1 2 3 4 5

44. Existe em seu serviço uma reunião multidisciplinar para discussão dos casos?

- ☐ Sim
- ☐ Não



Questionário

45. O seu serviço participa de pesquisas clínicas para pacientes de câncer de cabeça e pescoço?

- ☐ Sim
- ☐ Não

46. Caso positivo, cite alguma pesquisa que foi feita recentemente.

47. Existe em sua instituição uma reunião científica para discussão entre as equipes sobre as novidades em termos de tecnologia, exames e tratamentos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

48. Na sua instituição e/ou na sua região existe algum, ou já existiu, grupo de apoio a pacientes e familiares?

- ☐ Sim
- ☐ Não

49. Na sua instituição e/ou na sua região existe algum, ou já existiu, coral de pacientes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

50. Caso haja, por favor, cite o nome do coral.





Quem somos

Somos a Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil), uma **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)**, sem fins lucrativos, que **desde 2015** impulsiona **mudanças sistêmicas** na **oncologia**. Existimos para gerar:

Políticas públicas efetivas, garantindo diagnóstico ágil, tratamento adequado e reabilitação integral;

Inclusão e qualidade de vida, promovendo respeito, reinserção social e oportunidades no mercado de trabalho;

Informação acessível e transformadora, ampliando a conscientização sobre prevenção, sinais e sintomas, tratamento e reabilitação.

"Nunca duvide que um pequeno grupo de **cidadãos conscientes e engajados** possa mudar o mundo. De fato, **foi assim que o mundo sempre mudou.**"

Margaret Mead



Missão

Mobilizar a sociedade para que os pacientes e portadores de câncer de cabeça e pescoço tenham acesso a um tratamento integral e de qualidade, sendo reabilitados, incluídos e tendo plena noção dos seus direitos básicos.



**REDE
+VOZ**



53 voluntários ativos
15 grupos de acolhimento

Visão

Diminuir a mortalidade dos pacientes e ampliar a qualidade de vida dos portadores.

Estratégia

O câncer de cabeça e pescoço é um desafio complexo que exige soluções integradas. Atuamos em rede, com um portfólio diversificado de iniciativas, para gerar impacto sistêmico e melhorar o cenário da oncologia. Nossa abordagem envolve desde a mobilização de políticas até o suporte direto a pacientes, portadores, cuidadores e profissionais da saúde, conectando diferentes setores e saberes. Para isso, estruturamos nossa atuação em três eixos de impacto:

Advocacy, Inclusão e Informação.

Advocacy

Defender os direitos dos pacientes e portadores de câncer.

Inclusão

Acolher, reabilitar e integrar os pacientes e portadores de câncer.

Informação

Produzir e disseminar informação de qualidade sobre oncologia.

Nossas iniciativas impactam e transformam **6 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):**



doeVida doeVoz

Ajude a **ACBG Brasil** a dar voz a quem não tem
e ser olhos e ouvidos de tantos outros também.



Doe PIX: 48 9 99993019



**ACBG
BRASIL**
Associação Brasileira
do Câncer de Cabeça e Pescoço

**REDE
+VOZ**





**ACBG
BRASIL**

Associação Brasileira
de Câncer de Cabeça e Pescoço



Dúvidas ou sugestões?

 (48) 9 9999-3019