



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS
PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA NA
CAVIDADE ORAL E A ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO**

Maria Cristina Marques dos Santos

**Rio de Janeiro
2014**

Santos, Maria Cristina Marques dos.

S237

Perfil epidemiológico dos portadores de neoplasia maligna na cavidade oral e a atuação do enfermeiro / Maria Cristina Marques dos Santos, 2014.

xi, 168 f.; 30 cm

Orientadora: Enedina Soares.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Neoplasias bucais. 2. Perfil de saúde. 3. Cuidados de enfermagem.

4. Oncologia I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 616.99



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA NA CAVIDADE ORAL E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro - UNIRIO para exame de defesa.

Linha de pesquisa:

O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisa e de Ensino.

Mestranda: Maria Cristina Marques dos Santos

Orientadora: Enedina Soares

Rio de Janeiro

2014



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE
NEOPLASIA MALIGNA NA CAVIDADE ORAL E A
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

MARIA CRISTINA MARQUES DOS SANTOS

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dr^a. Enedina Soares — UNIRIO

Examinadora: Dr^a Izabella Costa — INCA

Examinadora: Profa. Dr^a: Sônia Regina de Souza — UNIRIO

Suplente: Profa. Dr^a Ana Inês Sousa — UFRJ

Suplente: Profa. Dr^a Teresa Tonini — UNIRIO

Rio de Janeiro

2014

Todo mundo deve ter minutos por dia para apreciar o mar, o céu, a mudança das marés, as flores. Aprendemos muito com a natureza. Precisamos olhar para ela. Na verdade, o que eu queria é que as pessoas pensassem de forma simples. Que percebessem que o verdadeiro aprendizado está em observar as pequenas coisas, os detalhes delicados e sutis. Nisso consiste a verdadeira sabedoria humana. Sempre penso que a grama cresce todos os dias em direção ao sol. A árvore balança ao vento. O nó fortalece o bambu. A nuvem sempre passa e vai embora. Se a grama cresce cada dia um pouquinho, por que não nos preocupamos em crescer também? Se a árvore balança ao vento, deixando-o passar, por que nos mantemos inflexíveis em nossos pontos de vista? Se o nó fortalece o bambu, por que os nós de nossas vidas nos entristecem tanto?

Se a nuvem sempre passa, nossos problemas não passarão também? Quando não souber o que fazer, abra a janela de sua sala ou de sua vida. A natureza é a mais sábia dos mestres. Aprenda com ela tudo o que ela tem para ensinar.

A Palavra, Revmo. Watanabe

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **DEUS e a Meishu Sama***
por ter realizado um sonho de longa data.

Aos meus antepassados,
que devem estar orgulhosos de mim.

Aos meus filhos,
pela paciência, pela tolerância de minha ausência durante a elaboração deste estudo.

Aos pacientes,
pelo aprendizado e contribuição em participação neste estudo.

A Profa. Dr^a. Enedina Soares
que me deu essa oportunidade, e confiou em mim. Ela materializou o meu desejo de me tornar Mestre em Enfermagem.

As Enfermeiras Mestras Maria Teresa dos Santos Guedes, Dr^a Maria Ângela Moreira Dias e Vanda Lícia Amaral Carvalho,
pelo incentivo, pois, sem as suas contribuições não teria concluído o mestrado.

Aos professores do curso de mestrado
pelos ensinamentos que muito contribuíram para o meu
crescimento.

A chefia do ambulatório Dr^a Izabella Costa
pelo profissionalismo e companheirismo

A Iracema Breves dos Santos,
pela ajuda na construção gráfica deste estudo

A fonoaudióloga Dr^a Andressa de Freitas,
pelo incentivo.

*As companheiras de trabalho: Aureonice Pinto
Rodrigues Marino, Cristiane dos Santos Mendonça da
Silva, Júlia Meirelles da Costa e Maria Goreth Coelho
Martins,*
por participarem de nossa luta cotidiana.

Aos funcionários administrativos do ambulatório,
o meu MUITO OBRIGADO!!!!!!

*A todos que contribuíram direta ou indiretamente
para eficácia da conclusão deste trabalho.*

*“Ainda que sejamos inábeis ao falar,
se as nossas palavras forem ditas
com amor, terão o poder de mover as
pessoas”.*

Meishu-Sama

SUMÁRIO

Siglas	XII
Tabelas	XIII
Figuras	XIV
Gráficos	XV
Fotos	XVI
Anexos	XVIII
Apêndice	XIX
Resumo	XX
Resumem	XXI
Abstract	XXII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Problemática	11
1.2. Objetivos	11
1.3. Justificativa	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1. Câncer da cavidade oral	17
2.2. Anatomofisiopatologica da cavidade oral	20
2.3. Exame clínico da boca	23
2.4. Classificação de tumores malignos (TNM)	25
2.5. Diagnóstico	31
2.6. Prognóstico	34

2.7. Sistema de Estadiamento	34
2.8. Fatores de risco	35
2.9. Tratamento	46
2.10. Tipos de cirurgias do câncer da cavidade oral	52
2.11. Prevenção do câncer na cavidade oral	62
3. O ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA	70
3.1. Cuidado de enfermagem	74
3.2. Cuidados pré-tratamento e pós-operatório	77
3.2.1. Fatores que interferem na cicatrização	85
3.2.2. Cuidados com pacientes submetidos à radioterapia	86
3.2.3. Cuidados com pacientes submetidos à quimioterapia	90
3.2.4. Conduta multidisciplinar	94
4. METODOLOGIA	98
4.1. Tipo de estudo	98
4.2. Cenário de estudo	98
4.3. Participante do estudo	99
4.4. Coleta de dados	99
4.4.1. Instrumento de coleta 1- Questionário	100
4.4.1.1. Sócio-demográfico	100
4.4.1.2. Hábitos de vida	101
4.4.2. Instrumento de coleta 2- Prontuário	101
4.4.2.1. Clínicas	101

4.4.2.2. Procedimentos de Enfermagem	103
4.5. Método de análise estatística	105
4.6. Atendimento às exigências éticas da pesquisa	106
5. RESULTADOS	108
5.1. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com neoplasia da cavidade oral, diagnosticados e tratado em uma instituição de referência oncológica.	108
5.2. Assistência sistematizada de enfermagem prestada aos pacientes com câncer de cavidade oral	113
5.3. Sobrevida global e assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer na cavidade oral	118
6. DISCUSSÃO	121
7. CONCLUSÕES	128
8. REFERÊNCIAS	131

SIGLAS

RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares por Câncer
ONU	Organização das Nações Unidas
IARC	International Agency for Research on Cancer
OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
INHANCE	International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Grave
WCRF	World Cancer Research Fund
INTERCHANGE	Estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço na América Latina
UICC	União para o Controle Internacional do Câncer
OPA	Organização Pan Americana de Saúde
PNCC	Política Nacional de Controle do Câncer
PNAO	Política de Atenção Oncológica
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GLOBOCAN	Projeto — Estudo Estatístico de Câncer no Mundo
HPV	Papiloma Vírus Humano
PNI	Programa Nacional de Imunização
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DNA	Ácido desoxirribonucleico
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
UPO	Unidade Pós-Operatório
CGRA	Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
DDT	Pesticida diclorodifeniltricloroetano
HTLV	Vírus linfotrópico da célula humana
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

TABELAS

Tabela 1	Estimativa de câncer para 2014/2015, ambos os sexos	7
Tabela 2	Estimativa de câncer para 2014/2015, ambos os sexos por idade	9
Tabela 3	Sobrevida de acordo com o sítio primário e estadiamento	35
Tabela 4	Procedimentos de enfermagem reclassificados	104
Tabela 5	Características sócio-demográficas dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna de cavidade oral	109
Tabela 6	Hábitos de vida dos pacientes e características do tumor ao diagnóstico de neoplasia maligna de cavidade oral	110
Tabela 7	Características do tratamento e da evolução clínica dos pacientes com neoplasia maligna de cavidade oral	112
Tabela 8	Distribuição da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos enfermeiros	114
Tabela 9'	Associação da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos enfermeiros, segundo as características demográficas e hábitos de vida	116
Tabela 10	Associação da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos enfermeiros, segundo as características clínicas	117

FIGURAS

1. Alterações celulares	18
2. Anatomia da boca	20
3. Exame da boca	24
4. Estadiamento do N	27
5. Invasão tumoral	28
6. Estadiamento do esvaziamento cervical	57
7. Invasão tumoral na metástase cervical	58

GRÁFICO

Gráfico I	Distribuição topográfica	23
Gráfico II	Tipos histológicos mais prevalentes	32
Gráfico III	Curva de Kaplan-Meier da sobrevida global dos pacientes diagnosticados e tratado para o câncer na cavidade oral	119
Gráfico IV	Curva de Kaplan-Meier da sobrevida global dos pacientes diagnosticados e tratado para o câncer na cavidade oral de acordo com a frequência de cuidados de enfermagem	120

FOTOS

Foto 1	T1 tumor de até 2cm em sua maior extensão	29
Foto 2	T2 tumor de 2-4cm em sua maior extensão	29
Foto 3	T3 tumor >4cm em sua maior extensão	30
Foto 4	T4 cavidade oral invasão de estruturas adjacentes	30
Foto 5	Biópsia por pinça saca-bocado e PAAF	34
Foto 6	Papilomavírus humano	38
Foto 7	Carcinoma epidermóide de lábio	41
Foto 8	Leucoplasias	45
Foto 9	Glossectomia parcial	52
Foto 10	Ressecção de lesão em mucosa jugal	52
Foto 11	Maxilarectomia infra e mesoestrutura	53
Foto 12	Mandibulectomia	54
Foto 13	Queilectomia	54
Foto 14	Glossopelvectomia	55
Foto 15	Pelvectomia	55
Foto 16	Glossopelvemandibulectomia	56
Foto 17	Reconstruções com músculo delto peitoral	59
Foto 18	Reconstrução do retalho com músculo peitoral maior	59
Foto 19	Reconstrução com músculo da região mentoniana	60
Foto 20	Reconstrução com retalho chinês	60
Foto 21	Reconstrução com osso da fíbula	61

Foto 22	Reconstrução com osso da crista ilíaca	61
Foto 23	Pós-operatório de reconstrução de mandíbula	62

ANEXOS

Anexo I	Cópia do Parecer Consubstanciado do CEP — INCA que aprova o estudo	144
Anexo II	Parecer Consubstanciado do CEP — UNIRIO	147
Anexo III	Declaração da Chefia de Pesquisa do INTERCHANGE no INCA	149
Anexo IV	Estudo de câncer de cabeça e pescoço na América Latina — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150

APÊNDICES

Apêndice I	Instrumento de coleta de dados	154
Apêndice II	Instrumento de coleta de dados – Enfermagem INCA	156
Apêndice III	Distribuição dos procedimentos técnicos realizados pelos profissionais de enfermagem — período 01.03.2012 a 31.10.2013	160
Apêndice IV	OMS divulga roteiro com 12 pontos que ajudam a prevenir o câncer	162
Apêndice V	Auto-exame da boca	164
Apêndice VI	O INCA/MS preconiza que o tratamento à população siga as seguintes orientações	167

RESUMO

O câncer da cavidade oral é a forma mais comum de neoplasia de cabeça e pescoço e, mundialmente, os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a dez por cento de todos os tumores malignos. No Brasil, o número de novos casos de câncer por ano deve aumentar 75% nos próximos 20 anos, somente em função do crescimento e envelhecimento da população. A estimativa para 2014/2015 é fator preocupante por apresentar 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4010 em mulheres no Brasil. O diagnóstico e a classificação histológica (tipo) desses tumores são fundamentais para confirmação diagnóstica e estadiamento, onde junto com o perfil, o estado nutricional e o exame de imagem, são deliberados qual o melhor tratamento a ser realizado para aquele paciente. O tipo histopatológico mais freqüente é o carcinoma epidermóide, atingindo cerca de 90% a 95% dos tumores na cabeça e no pescoço. Objetivou-se neste estudo identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de neoplasia da cavidade oral, fatores de risco, incidência e assistência de enfermagem prestada. Trata-se de um estudo descritivo transversal em pacientes com câncer em cavidade oral diagnosticados, e tratados pela Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer, localizado na cidade do Rio de Janeiro. A população foi constituída por 200 pacientes participantes do projeto de pesquisa Estudo de câncer de cabeça e pescoço no Brasil — INTERCHANGE/INCA/IARC, no período de 1 de março de 2012 à 31 de outubro de 2013. As informações foram armazenadas numa planilha do Microsoft Excel® e analisados utilizando o pacote estatístico SPSS versão 20.0. Os resultados mostraram que a maioria é do sexo masculino (77%), com idade média de 61 anos, cor branca (73%), com baixa escolaridade (46%), casados (54%), moradores no interior do Estado do Rio de Janeiro (56%), tendo como profissão: as mulheres prendas do lar (11,5%) e os homens pedreiros (10,5%). Considerando os hábitos de vida, 84% de tabagistas e 72% de etilistas. Verificou-se que a maior incidência foram tumores na língua (44,5%), a classificação dos tumores variou em T2 e T4 (33,0%), em estágio avançado (IV) (45%), tratados com cirurgia e radioterapia (44%). Após a matrícula, o tratamento oncológico ocorreu, em média, após 103 dias, os pacientes foram acompanhados, em média, 16 meses, evoluíram ao óbito 53, o tempo médio de sobre vida global foi de 27 meses. Os cuidados de enfermagem totalizaram 10.418 procedimentos, com média de 52 por paciente. As consultas de enfermagem tiveram total de 1.823, com média de 9 consultas por paciente. Na análise bruta entre cuidados de enfermagem e sobrevida global, aqueles que tiveram menos de 50 cuidados tiveram risco 3,68 vezes maior de evolução para óbito. Concluiu-se que apesar da assistência básica de saúde, do sistema SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e dos pacientes chegarem em estágios avançados; o diferencial dos cuidados de enfermagem realizados no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço na recuperação do paciente demonstrou o quão rico de aprendizado e quais cuidados poderão ser prestados, com mais eficiência e eficácia aos pacientes, seus familiares e cuidadores. Portanto, consideramos importante tornar conhecido o trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros que prestam cuidados aos portadores de neoplasia maligna na cavidade oral e aos seus respectivos familiares e cuidadores assistidos na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, do Hospital do Câncer I/INCA — Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Câncer oral. Perfil epidemiológico. Cuidados de Enfermagem. Oncologia

RESUMEN

Mundialmente el cancer de cabeza y cuello corresponde al diez porciento de todos los tumores malignos, teniendo al cancer de la cavidad oral como la forma más comun de neoplasia de cabeza y cuello. En el Brasil, el número de nuevos casos debe aumentar en un 75% en los proximos 20 años, basados en el crecimiento y envejecimiento de la población. Las cifras para 2014/2015 son un factor preocupante ya que se estima que sean 11,280 nuevos casos de cancer de cavida oral en hombres y 4010 casos en mujeres en el Brasil. El diagnostico y la clasificación histologica (tipo) es fundamental para la confirmación y estadiamento de estos tumores, en conjunto al perfil, estado nutricional y exámenes de imagen determinarán cual tipo de tratamiento será el más adecuado para los pacientes. El tipo histopatologico más frecuente en los tumores de cabeza y cuello es el carcinoma epidermoide en un 90% a 95%. Un obojetivo de este estudio es identificar el perfil clinico y epidemiologico de pacientes portadores de neoplasia de la cavida oral, junto a factores de riesgo, incidencia y asistencia dada por enfermeria a esta población. El estudio utilizó como base de datos a los pacientes diagnosticados y tratados con cancer de la cavidad oral en la sección de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cancer, de la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil. Se contó con 200 casos participantes del proyecto de investigación "Estudio de cancer de cabeza y cuello en Brasil - INTERCHANCE/INCA/IARC". La información fue agrupada en una planilla de Microsoft Excel y fueron analizados usando el sistema estadistico SPSS versión 20.0. Los resultados obtenidos mostraron que son los hombres (76.5%), con edad media de 61 anos, con descendencia blanca (73%), casados (54%) con primaria incompleta(46%),habitantes rurales del estado de Rio de Janeiro (56%), teniendo como profesion: en las mujeres ama de casa (11.5%) y de albañil en los hombres (10.5%)como las variables de mayor incidencia.Tambien mostró que el uso de tabaco(84%) y el alcoholismo (72%) son los principales factores de riesgo asociados. Se observo que la mayor incidencia de noplasia, era el tumor de lengua(44.5%) y su clasificación variaba em T2 y T4 (33.0%), en estado avanzado(IV) (45%), tratados com cirugía y radioterapia (44%). Una vez matriculado el tiempo para recibir tratamiento llevo como promedio 103 dias teniendo un seguimiento en media a 16 meses, y el tiempo medio de sobrevida fue de 27 meses, un 26.5% fallecieron antes de dicho tiempo. Los cuidados por enfermeria totalizaron 10,418 procedimientos, teniendo como media 52 por paciente. Fueron realizadas 1,823 consultas a enfermeria con un promedio de 9 consultas por paciente. En el analise entre el numero de cuidados por enfermeria y la sobrevida global se voi que los pacientes que tuvieron menos de 50 cuidados, tuvieron un riesgo 3,68 veces mayor a fallecer. Concluyendo, que apesar de las dificultades de una asitencia basica en salud, de un sistema SISREG (Sistema nacional de Regulacion) y de los apacientes lleguen en estados avanzados de la enfermedad, son importantes los cuidados por enfermeria realizados en el periodo pos operatorio, para la recuperación del paciente y se determinaron los principales cuidados que deben mostrar y practicar con mayor eficiencia para los pacientes, sus familiares y cuidadores. Por tanto consideramos importante el conocimiento de este estudio desarrollado por los enfermeros que dan atención a pacientes, con neoplasia maligna de la cavidad oral tanto a sus respectivos familiares e cuidadores atendidos en el servicio de cabeza y Cuello del Hospital de Cancer I — INCA — Rio de Janeiro.

Palabras clave: Cancer oral, Perfil Epidemiologico, Cuidados de enfermeria. Oncologia

ABSTRACT

The oral cavity cancer is the most common form of head and neck cancer, and worldwide, head and neck cancers correspond to ten percent of all malignant tumors. In Brazil, the number of new cases of cancer per year is expected to increase 75% over the next 20 years, only because of the growth and aging of the population. The estimate for 2014/2015 is worrisome to present 11,280 new cases of oral cavity cancer in men and 4010 in women in Brazil. The diagnosis and the histological classification (type) of these tumors are essential for diagnostic confirmation and staging, which along with the profile, nutritional status and the imaging method is deliberate on the best treatment to be carried out for that patient. The most common histological type is squamous cell carcinoma, reaching about 90% to 95% of tumors in the head and neck. The objective of this study was to identify the clinical and epidemiological profile of patients with cancer of the oral cavity, risk factors, and incidence provided nursing care. The study was conducted in a cohort of patients with cancer in the oral cavity diagnosed and treated by the Head of Surgery Section and Neck National Institute of Cancer, located in the city of Rio de Janeiro. The population consisted of 200 patients participating in the research project study of head and neck cancer in Brazil -INTERCHANGE / INCA / IARC, from March 1, 2012 to October 31, 2013. The information was stored in a spreadsheet Microsoft Excel and analyzed using the statistical package SPSS version 20.0. The results showed that the majority are male (77%) with a mean age of 61 years, white ((73%), with low education (46%), married (54%) living in the State of Rio de Janeiro (56%) and as a profession: the gifts housewives (11.5%) and masons men (10.5%) whereas the life habits, 84% of smokers and 72% of alcoholics. it was found that tumors have a higher incidence tongue (44.5%), the classification of the tumors ranged in T2 and T4 (33.0%) advanced stage (IV) (45%) treated with surgery and radiotherapy (44%). after the registration, the cancer treatment occurred on average after 103 days, the patients were followed an average of 16 months, have evolved to death 53, the average time of about global life was 27 months. the nursing care totaled 10,418 procedures, averaging 52 per patient. the nursing consultations were total of 1,823, with an average of 9 query. in the crude analysis between nursing care and overall survival, those who had less than 50 care had risk 3,68 times higher probability of death. It was concluded that despite the difficulties of a primary health care, a system SISREG (National Regulatory System) and most patients arrive in advanced stages; the differential of nursing care provided in head and neck surgery clinic in the patient's recovery, demonstrated how rich learning and care which can be provided with more efficiently and effectively to patients, their families and caregivers. Therefore, we consider important to make known the work of the nurses who provide care to patients with malignancy in the oral cavity and to their families and caregivers assisted in Section Head and Neck Surgery at the Cancer Hospital I — INCA — Rio de Janeiro.

Keywords: Oral cancer. Epidemiological profile. Nursing care. Oncology

1. INTRODUÇÃO

Em 03/02/2014, Genebra/Suíça, a Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC/OMS) divulgou um novo relatório global de câncer, *Câncer no Mundo 2014*, no Dia Mundial do Câncer, reunido pela Agência da ONU, a [Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer \(IARC\)](#) como resultado da colaboração de duzentos e cinquenta cientistas de quarenta países descrevendo múltiplos aspectos da pesquisa e controle do câncer.

Baseado em mais recentes estatísticas de incidência e mortalidade ao redor do mundo, a publicação revela quanto à incidência do câncer está aumentando e alerta para a necessidade urgente de implementação de estratégias de prevenção eficientes, ter mais comprometimento com a prevenção e a detecção precoce. Nas duas próximas décadas esse número deve chegar a 25 milhões, em todo o mundo, tornando-se um grande obstáculo para o desenvolvimento e o bem-estar humano (WILD, 2014).

Sabe-se que existem mais de 100 tipos de câncer, com fatores de riscos múltiplos, sendo a segunda principal causa de morte no mundo, representando 13% do total (cerca de 8 milhões de mortos pela doença por ano). Estudos recentes mostram que estão surgindo perto de 13 milhões de novos casos de câncer por ano e que esse número chegará 17 milhões no final da década, sendo necessário priorizar o enfrentamento do câncer no mundo, com ações centradas na prevenção, para dar conta de todos os desafios que o tratamento desta doença impõe a governos e sociedade. Por isso, é necessário: visão, coragem e liderança política para tomar decisões, além de comprometimento financeiro, medidas que darão frutos em longo prazo. O câncer é uma doença que requer uma combinação de tratamentos e

equipes multidisciplinares, trabalhando de forma integrada em centros especializados (WILD, 2014).

Estima-se que cerca de 5% a 10% de muitos cânceres estejam associados à predisposição hereditária. A identificação de indivíduos em risco para câncer hereditário é importante por várias razões. Primeiro, porque pacientes com câncer apresentam risco cumulativo vital, muito superior ao da população, para o desenvolvimento de outros tumores primários. Segundo, porque os familiares de um paciente com câncer podem estar em risco, já que a maioria dessas doenças genéticas segue um padrão de herança autossômica dominante. Assim, 50% dos irmãos e 50% dos filhos de um portador de neoplasia maligna podem ser portadores da mesma mutação. Terceiro, porque medidas de rastreamento intensivo mostram-se eficazes em permitirem diagnósticos (INCA/MS 2009).

O câncer foi amplamente considerado como uma doença dos países desenvolvidos. Porém, com recursos tecnológicos e concentração de um elevado número de pessoas em grandes centros urbanos e a globalização, a situação vem mudando há mais ou menos 40 anos. Países em desenvolvimento, com poucos e médios recursos, vêm apresentando um aumento da incidência das doenças degenerativas e crônicas, entre elas o câncer. A Organização Mundial de Saúde aponta o câncer de cavidade oral como a forma mais comum de neoplasia de cabeça e pescoço e, mundialmente, os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a dez por cento de todos os tumores malignos (BRASIL, 2014).

Em 2003 o *International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium* (INHANCE), coordenado pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), da Organização Mundial da Saúde, conduziu e coordenou a

pesquisa internacional sobre câncer, oferecendo evidência científica forte e independente para a criação de diretrizes e políticas de controle da doença pelas autoridades internacionais e nacionais. Congregou vinte e seis estudos caso-controle realizados em três continentes (Europeu, Africano e Americano), perfazendo vinte e seis cidades destes três continentes.

Este consórcio foi estabelecido para explorar o potencial dos fatores de riscos para desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço que são de difícil avaliação em estudos individuais. Foi baseado na colaboração entre vários grupos de pesquisa principalmente envolvendo grandes estudos de epidemiologia molecular de câncer de cabeça e pescoço que estavam em andamento ou recentemente completos.

Todos os estudos que fizeram parte do INHANCE tiveram delineamento caso-controle, a maioria de base hospitalar com permeamento de casos e controles por sexo, idade e coleta de dados por meio de entrevistas com questionários estruturados ou semi-estruturados com perguntas sobre hábitos de vida, como tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, atividade sexual.

No Brasil o câncer vem chamando a atenção das autoridades públicas em todas as esferas do governo e da Organização Mundial de Saúde (OMS), pelos altos índices de mortalidade, sendo a segunda causa de morte por doença no Brasil. Entretanto, sabe-se que em primeiro lugar encontram-se as doenças circulatórias. A estimativa de 2008 era de 264 mil casos e 128 mil óbitos. Dados estatísticos mostram que a incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década (WCRF, 2014). A estimativa para 2014 aponta para aproximadamente 576.580 mil novos casos de câncer, 394.450 exceto os de pele não melanomas. São esperados

302.350 (52,44%) casos novos para o sexo masculino e 274.230 (47,56%) casos novos para o sexo feminino. Outro fator preocupante é a estimativa de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4010 em mulheres em 2014 no Brasil (Tabela 1). Esses valores correspondem a um risco estimado de 3,7% casos novos em homens e 1,5% casos novos em mulheres. (BRASIL, 2014).

Dados da OMS estimam, em 2030, 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas terão câncer e deverão incidir em cima de países como o Brasil, considerado um País de baixa e média renda. No caso do Brasil, o número de novos casos de câncer por ano deve aumentar 75% nos próximos 20 anos, somente em função do crescimento e envelhecimento da população. Esse aumento será ainda maior se considerarmos a crescente probabilidade no aumento de índices de estilo de vida associado aos cânceres (Globocan, 2012).

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo, o risco de contrair o câncer na cabeça e pescoço é de quinze vezes maiores para o fumante (MS, 1995). Em 2013 se comemorou 27 anos da lei federal 7.488, que criou o dia nacional de combate ao fumo (29/08), criado pelo Congresso Nacional com medidas educativas e legislativas que hoje se traduz em uma grande participação social (MS/INCA, 2013). Outro agente carcinogênico em potencial é o álcool, que aumenta cerca de nove vezes o risco de câncer de boca e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se trinta e cinco vezes maior.

O tabagismo e o etilismo têm sido inseridos muito precocemente na vida de nossas crianças e jovens adolescentes, também das mulheres introduzidas cada vez

mais cedo no mercado de trabalho. O rapé também é uma das substâncias associadas ao câncer na cabeça e pescoço.

Outros fatores contribuem para este tipo de neoplasia, como higiene e saúde dentária precária, muito incidente em população de nível socioeconômico baixo. As próteses dentárias mal-ajustadas e dentes quebradiços ou restos dentários constituem, ao longo dos anos, causas de lesões hiperplásicas.

Atividades ocupacionais tidas como carcinogênicas: trabalhadores da construção civil, pintores, mecânicos, carpinteiros, operadores de maquinário têxtil, motoristas, lavadores e limpadores de equipamentos laboratoriais; todos expostos a substâncias como fibras têxteis, derivados do petróleo, agrotóxicos e fertilizantes usados na lavoura do tabaco, como o DDT, tintas, níquel e cádmio, elementos radioativos como carbono 14 e polônio 210, formaldeído e pó de madeira (ZAGO, 1998).

Deficiências nutricionais (como dos antioxidantes) e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres, que seriam responsáveis por alterações no DNA, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer. Dietas ricas em gorduras, álcool ou pobre em proteínas, vitaminas A, E, C e B12 e alguns minerais (Cálcio e Selênio), é considerado um importante fator de risco (GAREWAL et al, 1993).

O desenvolvimento da epidemiologia foi fundamental para a descoberta destes fatores de risco associados a vários tipos de câncer, como a identificação dos vírus B e C da hepatite, do papilomavírus (HPV), herpes tipo 6, o citomegalovírus, o de epstein barr e o HTLV (vírus da leucemia e do linfoma T, que têm origem nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos, tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do

corpo. As células T ajudam a proteger o organismo contra vírus, fungos e algumas bactérias). (MENDONÇA, 2001; JONH, 1994; TIMOTHY, 1995).

Dados epidemiológicos é a base para os governantes estabelecerem políticas públicas e planejarem campanhas de prevenção e tratamento do câncer (PEREIRA, 2004).

No Brasil existe um grande número de cânceres relacionados a infecções tipicamente associadas à pobreza. O aumento da incidência de cânceres mais comuns em países desenvolvidos, oriundos de mudanças no estilo de vida, como o crescente consumo de tabaco e álcool, dietas pouco saudáveis, sedentarismo e a prática de sexo oral. Diante do perfil global, vários órgãos/instituições desenvolveram estudos para identificar perfis e fatores nas populações portadoras de neoplasias, principalmente em países em desenvolvimento.

Tabela 1: Estimativa de câncer para 2014/15, ambos os sexos.

<i>Estimativas dos casos novos</i>								
Localização primária da neoplasia maligna	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta	Casos	Taxa bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	—	—	—	—
Mama feminina	—	—	—	—	57.120	56,09	19.170	80,87
Colo de útero	—	—	—	—	15.590	15,33	4.530	19,20
Traquéia, brônquio e pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97

Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
---------	-------	------	-------	------	-------	------	-----	------

Fonte: Ref: GLOBOCAN-2012, IARC-29.09.2014 (modificada)

Recentemente o Brasil entrou para a IARC como Estado Participante, o primeiro da América Latina, e assim ajudar a criar a agenda internacional da agência. Em 2011, a OMS e a IARC criaram o “*INTERCHANGE*”, Estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço na América Latina. Trata-se de um Estudo Internacional caso controle multicêntrico, em alguns Países da América Latina. Vários estados estão participando. O Rio de Janeiro, através do INCA, participa deste projeto incluindo 600 portadores de neoplasias malignas na cabeça e pescoço (200 de cavidade oral, 200 de orofaringe e 200 de laringe). Estes pacientes fizeram uma entrevista inicial para coleta de dados epidemiológicos, depois fizeram doação de amostra de sangue e de tumor (através de biópsia ou cirurgia).

Esta pesquisa permitirá a avaliação simultânea do papel do *Human papiloma vírus* (HPV) na mucosa desses pacientes, da genética e do consumo de tabaco e álcool na incidência e sobrevida dos portadores de câncer na cavidade oral, além de viabilizar as associações ou correlações entre essas variáveis no desenvolvimento do câncer da cavidade oral, particularmente na América Latina.

Este câncer é considerado de alta incidência no Brasil, possuindo uma das taxas mais altas do mundo, estando entre os seis tipos de câncer mais comum entre os homens e entre os oito mais comuns nas mulheres (DEDIVITIS, 2004).

O paciente com câncer na cavidade oral possui peculiaridades que devem ser consideradas na evolução da doença e no seu tratamento: sintomas como: odinofagia, disfagia, dor intensa, dificuldade para alimentar-se. O uso crônico e acentuado de bebida alcoólica e/ou fumo pode

provocar relacionamento familiar conflituoso, com agressões, deformidade cérvico-facial, perda temporária ou definitiva de funções básicas (mastigação, deglutição, salivação, fala), presença de fenômenos depressivos e ansiedade, além de diminuição da capacidade laborativa. O diagnóstico e o estadiamento corretos são imprescindíveis para uma tomada de decisão sobre o tratamento.

Tabela 2: Estimativa de câncer para 2014/2015 para ambos os sexos, por idade

BRAZIL – BOTH SEXES ESTIMATED INCIDENCE BY AGE															
Câncer	Total	0-14	15-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Crude	ASR (W)	Cum. (0-74)	ICD-10
All cancers non-melanoma skin câncer	437.592	12,4	43,6	150,8	239,4	365,0	531,9	747,3	1025,0	1339,6	1755,5	220,6	205,5	20,8	C00-97/C44
Bladder	9.924	0,0	0,3	1,0	2,8	6,3	10,9	15,1	24,5	41,0	62,3	5,0	4,5	0,5	C67
Brain, nervous system	11.737	2,4	2,3	5,1	7,3	10,1	13,3	16,7	20,3	24,1	28,2	5,9	5,7	0,6	C70-72
Colorectum	33.949	0,0	1,8	10,4	17,9	27,6	39,7	57,9	84,5	118,9	161,1	17,1	15,8	1,8	C18-21
Gallbladder	4.049	—	0,1	0,8	1,8	3,0	4,7	7,4	10,5	14,9	21,0	2,0	1,9	0,2	C23-24
Hodgkin lymphoma	2.031	0,4	1,2	0,8	0,7	0,8	0,9	1,2	1,8	2,6	3,5	1,0	1,0	0,1	C81
Kaposi sarcoma	883	0,0	0,4	0,4	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	1,1	2,4	0,4	0,4	0,0	C46
Kidney	6.255	0,7	0,5	2,5	4,0	5,8	7,9	10,6	13,6	17,0	20,7	3,2	3,0	0,3	C64-66
Larynx	7.131	—	0,1	1,6	4,3	8,9	13,2	15,7	19,1	21,1	20,9	3,6	3,4	0,4	C32
Leukaemia	8.605	3,5	1,8	2,3	3,0	4,3	6,5	9,8	14,2	19,7	26,0	4,3	4,3	0,4	C91-95
Lip, oral cavity	10.439	0,1	0,6	3,6	7,0	11,2	15,0	18,3	22,7	30,1	40,6	5,3	4,9	0,6	C00-08
Liver	9.678	0,2	0,4	2,1	4,5	8,0	12,5	18,8	26,1	34,2	43,2	4,9	4,6	0,5	C22
Lung	34.280	0,0	0,6	5,4	13,1	25,9	46,3	74,4	103,0	130,3	154,9	17,3	16,3	2,0	C33-34
Mieloma of skin	6.172	0,1	1,0	2,8	3,7	4,9	6,2	7,3	11,2	18,2	28,1	3,1	2,8	0,3	C43
Mutiplr myeloma	3.518	0,0	0,2	1,0	1,7	3,0	5,4	7,8	9,4	11,1	13,2	1,8	1,7	0,2	C88 + C90
Nasopharynx	804	0,1	0,1	0,4	0,9	1,1	0,9	0,9	1,2	1,4	1,8	0,4	0,4	0,0	C11
Non-Hodgkin lymphoma	9.215	0,8	1,9	4,0	5,4	7,4	10,1	13,1	17,3	22,5	28,8	4,6	4,4	0,5	C82-85, C96
Oesophagus	12.907	0,0	0,3	3,7	7,9	13,3	19,7	27,1	33,4	40,4	47,7	6,5	6,1	0,7	C15
Other pharynx	5.504	0,2	0,4	2,2	4,4	6,9	9,0	10,8	11,9	13,0	13,9	2,8	2,6	0,3	C10
Pancreas	9.871	0,0	0,2	1,9	4,4	7,7	12,1	17,6	25,1	36,5	52,1	5,0	4,6	0,5	C25
Sthomach	19.690	0,0	0,2	1,9	4,4	7,7	12,1	17,6	25,1	36,5	52,1	5,0	4,6	0,5	C25
Thyroid	1.3877	0,2	6,4	12,3	12,8	12,7	11,9	11,1	11,5	12,9	15,7	7,0	6,4	0,6	C73

Fonte: Rates based on less than 10 cases are italicised, Crude and age-standardized rates per 100.000, Cumulative risk (0-74) percent, GLOBOCAN 2012, IARC – 29.9.2014

O adoecimento por câncer gera repercussões não somente na vida dos pacientes, mas também em todo ambiente, incluindo familiar/cuidador; tendo que reorganizar toda dinâmica familiar e fazendo com que todos participem dos cuidados e orientações para melhor conforto do paciente. Quando tomam conhecimento da real situação de doença e opção de tratamento a ser realizado, pessoas leigas, sem nenhum conhecimento desta patologia tão estigmatizada, entram em pânico, com tantos cuidados complexos e específicos.

Vivenciando a assistência direta na enfermaria cirúrgica aos portadores de câncer na cabeça e no pescoço em uma Instituição Federal desde 1986, referência no tratamento do câncer no Brasil, tivemos a oportunidade de um rico aprendizado e experiências profissionais diante da complexidade da assistência oncológica de enfermagem. O contato diário com esses pacientes fez constatar quão é importante e necessário o cuidado de enfermagem, por guardarem estigmas e preconceitos. A partir disso emerge o interesse por realizar este estudo, pois, tanto a doença como o tratamento interfere na interação social destes pacientes,

Por isso, entendemos que o cuidado de enfermagem a este paciente deve ser planejado e coordenado, visando sua recuperação, a reconquista da saúde, do bem estar e sua ressocialização. Foram listados setenta e sete procedimentos de enfermagem por GUEDES em 2004, na sua Dissertação de Mestrado, Tecnologia de Cuidado: Intervenção Resolutiva de Enfermagem ao Portador de Fístula Faringocutânea. Confirmá-los faz-se necessário para que sejam conhecidos os procedimentos de enfermagem realizados nesta Instituição Federal.

1.1. Diante dessa problemática questiona-se:

- ↪ Qual é o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com câncer na cavidade oral, admitidos para tratamento e acompanhamento em um hospital de referência em oncologia no Rio de Janeiro?
- ↪ Que assistência de enfermagem específica deve ser prestada aos portadores de câncer na cavidade oral, numa instituição de referência na especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço?
- ↪ Qual o impacto da assistência de enfermagem na sobrevida global dos pacientes com câncer na cavidade oral tratados em uma instituição de referência?

A partir destes questionamentos delineamos os seguintes objetivos:

1.2. Objetivos:

- ↪ Identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com câncer na cavidade oral.
- ↪ Descrever a assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer na cavidade oral.
- ↪ Analisar a realização da assistência de enfermagem em pacientes diagnosticados e tratados de câncer na cavidade oral de acordo com as características demográficas e clínicas;
- ↪ Avaliar a associação entre a assistência de enfermagem e a sobrevida global dos pacientes com câncer na cavidade oral.

1.3. Justificativa

A justificativa deste estudo ancora-se na problemática que o câncer na cabeça e pescoço impõe, sendo a quinta neoplasia mais freqüente em países em desenvolvimento,

sendo um dos mais comuns o câncer na cavidade oral. (COLOMBO E RAHAL, 2007). O risco de câncer em uma determinada população depende diretamente das características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, bem como das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas. Hoje há evidências suficientes de que alguns tipos de vírus, bactérias e parasitos associados a infecções crônicas estão presentes no processo de desenvolvimento do câncer, como o HPV (papiloma vírus humano) e os vírus das hepatites A, B, C (IARC, 2005).

Os governos devem reconhecer a crescente carga de câncer em seu país. Os novos dados da IARC demonstram que a incidência de câncer no mundo vai continuar a crescer. Os governantes de todo o mundo devem unir-se no desenvolvimento e implementação de um plano nacional, que inclui medidas comprovadas de detecção preventiva e precoce. (UICC, 2014).

A UICC (União para o Controle Internacional do Câncer, 2014) une a comunidade para reduzir a carga global do câncer, para promover uma maior equidade e para integrar o controle do câncer na agenda mundial de saúde e desenvolvimento. A UICC é a maior organização de luta contra o câncer, com mais de 800 organizações membros em 155 países, representando as principais sociedades, ministérios da saúde, institutos de pesquisa, centros de tratamento e grupos de pacientes de câncer do mundo. A UICC dedica-se ao trabalho contínuo com os líderes mundiais para aumentar seu apoio às medidas de controle do câncer e mantê-los para dar conta dos compromissos do câncer assumidos na Declaração Política da ONU.

O Ministério da Saúde tem o Instituto Nacional de Câncer (INCA) como órgão responsável nas diretrizes do

controle do câncer, priorizando assim, ações e programas. Aliado a este órgão está os gestores estaduais e municipais que também devem acompanhar e avaliar as Políticas Nacionais de Controle do Câncer, que deve seguir diretrizes que contemplem áreas como a pesquisa, educação, informação, gestão e desenvolvimento organizacional, a fim de demonstrar sua eficiência e eficácia.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) anunciou, em junho, que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi designado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como seu Centro Colaborador para o Controle do Tabaco para as Américas. A designação, pela terceira vez consecutiva desde 1997, vale pelos próximos quatro anos, período em que o Instituto continuará a integrar a rede de cooperação internacional da OMS.

Ao considerarmos a diversidade regional, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) a Portaria 874/2013 reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, tendo como premissas a hierarquização e a regionalização dos serviços em todas as unidades federadas, com vistas a garantir condições igualitárias de acesso da população aos cuidados em oncologia e ao diagnóstico precoce na atenção básica, através da qualificação e treinamento dos profissionais do nível primário de saúde.

O acesso aos serviços de atenção básica no Brasil, entretanto, ainda apresenta sérias limitações. As desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade da atenção em saúde representam para os usuários do sistema, em muitos casos, a impossibilidade do acesso a um diagnóstico precoce e a chance de realizar um tratamento curativo e não paliativo (BRASIL, 2005). O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq), em convênio com o DECIT/ MS, propôs, através do Edital nº 021/2006, MCT/CNPq/MS: “*Fomentar a pesquisa sobre Genética Clínica através do apoio a projetos de pesquisa que contribuam para o avanço do conhecimento, a geração de produtos e dêem subsídios para a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a Atenção em Genética Clínica no Sistema Único de Saúde (SUS)*”. Os principais problemas que enfrentarão são: (1) falta de políticas públicas para inclusão de indivíduos de alto risco; (2) falta de informação de custos de prevenção vs tratamento e re-habilitação; (3) baixo número de centros e atenção limitada; (4) baixo número de laboratórios de diagnóstico molecular; (5) baixo número de pessoal treinado (clínicos, biólogos, técnicos); (6) dificuldades em obter amostras biológicas, e (7) falta de registros adequados.

A população brasileira possui características próprias devido a sua diversidade étnico-cultural, com variações regionais, o que impossibilita a aplicação de dados obtidos em outras regiões do mundo sobre a frequência de mutações e riscos relacionados a síndromes de câncer hereditário, realçando a necessidade de conhecer as características das mutações e otimizar o rastreamento clínico considerando aspectos particulares da nossa população (PALMERO *et al.*, 2007).

Da parte dos profissionais de saúde, espera-se conhecimento, domínio do recurso tecnológico, capacidade de gerenciamento e educação/treinamento de outros profissionais (repasse de tecnologia), além de promoção de qualidade na assistência prestada. Tecnologia em saúde é toda forma de conhecimento que pode ser utilizados para criação ou aperfeiçoamento de produtos, processo e serviço, visando resolver ou atenuar os problemas de saúde de indivíduos ou comunidades; resulta de políticas deferidas e

de programas de trabalho bem estruturados, incorpora a arte, a cultura, o conhecimento e as técnicas. A tecnologia funciona como um poderoso agente de mudança na área de saúde (MEDEIROS & MEDEIROS, 1993).

Discutir o diferencial do cuidado de enfermagem realizados no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço é uma experiência vivenciada na consulta de enfermagem, demonstrando o quão rico de aprendizado e quais cuidados poderão ser prestados, com mais eficiência e eficácia aos pacientes, seus familiares e cuidadores.

Aos pacientes que conseguem passar por um processo cirúrgico de cura do câncer dispensamos cuidados que vão além da prática, cuidados que vêm do coração, com amor profissional e de ser humano. O câncer na cavidade oral é o mais freqüente entre os pacientes que se matriculam no setor de cirurgia de cabeça e pescoço e vem aumentando cada vez mais. Conhecer os cuidados de enfermagem aos pacientes com câncer na cavidade oral, matriculados no ambulatório de cabeça e pescoço do INCA justifica este trabalho; considerando estudar e fundamentar cientificamente os cuidados listados por Guedes, 2004, é essencial para o aprimoramento do aprendizado de enfermagem.

Contemplando a linha de pesquisa do Mestrado de Enfermagem: “*O Cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisa e de Ensino*”, pretende-se neste estudo acrescentar mais informações sobre as especificidades dos cuidados de enfermagem a pacientes com câncer na cabeça e pescoço. Pois, a enfermagem é responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar do paciente e da família.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1: Câncer da cavidade oral

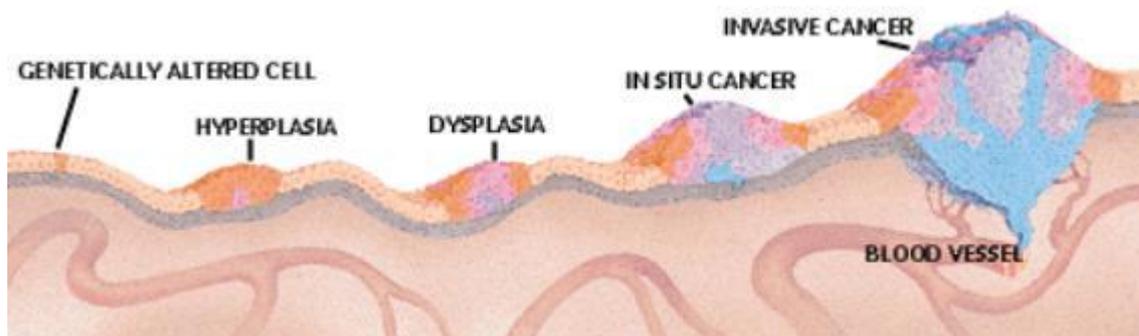
É um tipo de câncer que geralmente ocorre nos lábios, mais freqüente no lábio inferior e dentro da boca. Se não for detectado de maneira precoce, o câncer da cavidade oral pode ser fatal.

Entende-se, portanto, que é uma denominação que inclui várias localizações primárias de tumor, essa multiplicidade de localizações corresponde a características comuns, como a relação com os mesmos fatores de risco, a probabilidade de ocorrência de tumores múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, e a expansão tumoral entre as partes contíguas da boca.

O mecanismo de desenvolvimento do câncer é descrito em fases — a iniciação que envolve a exposição a um carcinógeno e a sua interação com o DNA que provoca uma alteração celular permanente que pode ficar latente ou ser eliminada do organismo pelos mecanismos homeostáticos ou vir desenvolver outras alterações, dependendo de novos estímulos, ficando expostas aos chamados agentes promotores, levando aos efeitos carcinogênicos; podendo ser reversíveis em fase inicial e numa exposição prolongada induzir o processo de carcinogênese, levando a progressão celular estabelecendo-se o fenótipo maligno.

As alterações celulares (Figura 1) que resultam da exposição da mucosa oral aos agentes cancerígenos inicialmente se manifestam por lesões inflamatórias inespecíficas, intensa e prolongada, levando as displasias, podendo evoluir de um grau leve até chegar ao carcinoma. (DIAS, 1999).

Figura 1: Alterações celulares



Fonte: Hunter et.al, 2006

Como em outras neoplasias malignas, o câncer de boca tem seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do hospedeiro, próprios do indivíduo. Ambos são variados e os seus papéis na gênese do câncer de boca não estão completamente esclarecidos, apesar da influência de fatores do hospedeiro, como herança genética, sexo, idade e de fatores externos, como agentes físicos, biológicos e químicos, já estar bem documentada. Estes fatores associados ao tempo de exposição é condição básica na gênese dos tumores malignos, que acometem a boca (LOPES, 1992; RAPAPORT, 1989).

Até pouco tempo atrás, os tumores de boca eram tipicamente associados a pacientes com mais de 50 anos e histórico de consumo pesado de álcool e tabaco. Mas, nos últimos anos, estudos epidemiológicos têm apontado um aumento de casos em pessoas jovens que nunca fumaram ou beberam, a maioria deles associado à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) (FAPESP, 2013).

Os diagnósticos do câncer de boca são feitos, na maioria das vezes, em fases avançadas. Essa situação indica alguma falha no processo de atendimento ao paciente, já que a doença pode ser prevenida. O diagnóstico em fase inicial é favorecido pela localização do câncer de boca. A integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões e,

para ser alcançada, é preciso um trabalho conjunto e solidário entre membros das equipes de saúde no intuito de facilitar a construção desse sistema de integração. (KOWALSKI; NISHIMOTO, 2000; INCA 2003; CECÍLIO, 2001).

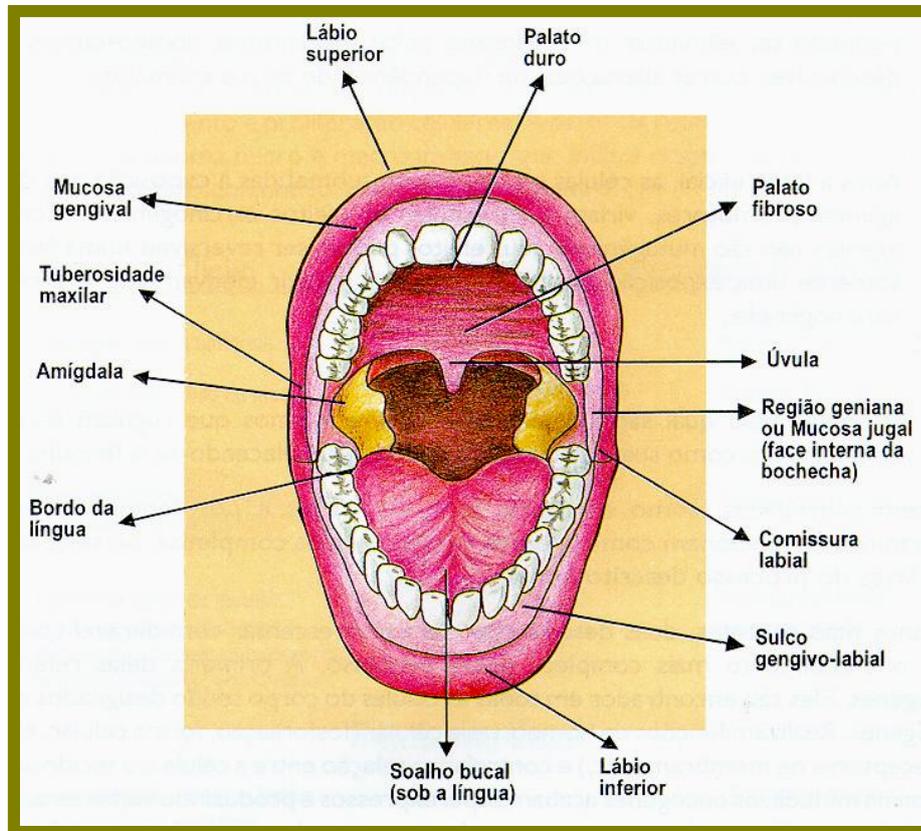
O tipo histopatológico mais freqüente é o carcinoma epidermóide ou espinocelular ou de células escamosas, que começa na pele ou nos tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos, geralmente se caracteriza pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida (PINDBORG, 1981; LIMA, 2000).

Os principais sintomas manifestados por esse tipo de câncer podem ser manchas brancas na mucosa da boca, dor, inchaço ou ferida com duração superior a 15 dias (afta, que demora a cicatrizar), nódulo no pescoço presente por mais de duas semanas; mudança na voz, dificuldade para engolir, sensação de engasgo; dores constantes no ouvido, sangramentos, mudança de cor da mucosa (PINDBORG, 1981; BRASIL 2007).

2.2: Anatomofisiopatologia da cavidade oral

A anatomofisiopatologia da cavidade oral é uma denominação que inclui os cânceres de lábios e cavidade oral (figura 2): mucosa jugal, palato duro e mole superior, 2/3 da língua e arcada dentária e assoalho de boca, gengiva superior, gengiva inferior, área retromolar. O conhecimento das regiões anatômicas da boca é necessário para que se proceda adequadamente ao exame e a busca de alterações, que por vezes, são de localização preferencial.

Figura 2: Anatomia da boca



Fonte: Ref. Falando sobre câncer de boca, INCA/MS, 2002.

Os Sítios topográficos da cavidade oral (gráfico 1) são constituídos pelos lábios, palato duro, rebordo gengival, trígono retromolar, mucosa jugal, e assoalho de boca:

Lábios: apresentam entre o lábio superior e inferior, uma camada denominada de vermelhão do lábio, que liga a pele externamente à mucosa endobucal. Responsável pela fala, mastigação e deglutição. Fornece um fechamento para a preparação do bolo alimentar. Previne escape de saliva.

Palato duro: constitui o teto da boca e é formado pelo osso maxilar e ossos palatinos, aderidos à mucosa rica em glândulas salivares menores.

Importante na fala e na preparação do bolo alimentar.

Rebordo gengival: inferior e superior são constituídos pelos processos alveolares da mandíbula e maxilar superior.

Trígono retromolar: é uma área triangular que recobre o ramo ascendente da mandíbula a partir do último dente molar. Auxiliar do processo de mastigação.

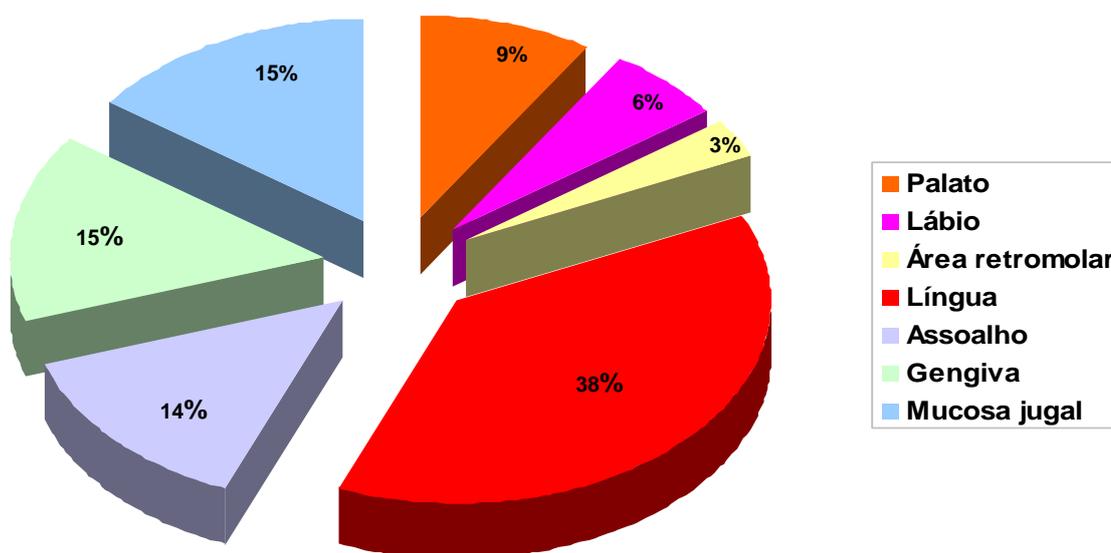
Mucosa jugal: inclui a parte interna da bochecha e dos lábios. Forro interno da bochecha funciona na mastigação e deglutição, permite a expansão da cavidade oral para a mastigação.

Língua oral: representa pelo menos 2/3 anteriores da língua, também de língua móvel. Inclui 4 áreas anatômicas: ponta, bordas e superfícies ventral e dorsal. É sempre indolor, é quase sempre detectado durante um exame odontológico de rotina. Comumente aparece nos lados da língua e quase nunca na parte superior da língua, exceto em indivíduos com antecedente de muitos anos de sífilis não tratada. Os carcinomas epidermóides de células escamosas da língua freqüentemente manifestam-se como feridas abertas e tendem a crescer em direção às estruturas subjacentes. Uma área vermelha na boca (eritroplasia) é uma lesão precursora do câncer. Permite articulação da fala, manipulação do bolo alimentar na preparação para a deglutição. Funções sensoriais: dor, paladar, auxilia na mastigação e processamento do bolo alimentar.

Assoalho de boca: é um espaço que vai desde a superfície ventral da língua à parte inferior dos

rebordos alveolares. O câncer do assoalho de boca é sempre indolor e é geralmente detectado durante um exame odontológico de rotina. Geralmente o tipo histopatológico é o carcinoma epidermóide que se manifesta como feridas abertas e tende a crescer em direção às estruturas subjacentes (RAPAPORT, 1989). Permite mobilidade irrestrita da língua, coleta alimentos e saliva (preparação do bolo alimentar).

GRÁFICO I: Distribuição Topográfica dos tumores da cavidade oral



Fonte: Ref. Lima e cols, 2010

2.3: Exame clínico da boca

O exame rotineiro de toda cavidade bucal deve ser feito de forma metódica para que todas as áreas sejam analisadas e de fácil identificação de próteses dentárias mal ajustadas ou outras prováveis causas de trauma contínuo. Um profissional de saúde pode diagnosticar precocemente uma lesão na boca e deve ser feito em todos os indivíduos, sobretudo nos considerados grupo de risco para câncer de

boca. Principalmente pessoas a partir dos 40 anos, que fumam e bebem, devem fazer avaliação pelo menos uma vez por ano, com finalidade de se descobrir lesões precursoras do câncer ou lesões malignas em fases iniciais. Para realizar o exame da boca são necessários um local com boa iluminação natural e uma fonte de luz, ter visualização de toda a mucosa e uma espátula; se a pessoa usar próteses dentárias retirá-las e solicitar que lave bem a boca, deve-se incluir também no exame físico a face e o pescoço.

É importante que o profissional de saúde em particular o enfermeiro, oriente quanto ao autoexame. Deve-se observar o volume e o contorno da boca, assim como a cor e a textura da mucosa de revestimento, palpar a lesão em busca de anormalidades e sentir a extensão da mesma (figura 3). Os lábios devem ser examinados de boca fechada e depois abertos, para visualizar-se a coloração e a linha de contato (RAPOPORT, 1989).

Figura 3: Exame da boca



2.4: Classificação de Tumores Malignos

A Classificação de Tumores Malignos (TNM) 2012, segundo a União Internacional Contra o Câncer (UICC), a extensão anatômica da doença tem por base a avaliação de três componentes:

T extensão do tumor primário

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

M ausência ou presença de metástase à distância.

A adição de número a esses três componentes indica a extensão da doença maligna.

Os tumores(**T**) são classificados de acordo com seu estadiamento em: Tx, T0, Tis, T1, T2, T3 e T4 (figura 5)

Tx. tumor primário que não pode ser avaliado

T0. não há evidência de tumor primário

Tis. carcinoma *in situ*

T1. tumor até 2 cm em sua maior dimensão (foto 1).

T2. tumor maior que 2 cm até 4 cm em sua maior dimensão (foto 2).

T3.tumor maior que 4cm em sua maior dimensão (foto 3).

T4.tumor de lábio invade estruturas adjacentes, através da cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho de boca, pele. O tumor de Cavidade oral invade cortical óssea, musculatura profunda, seios maxilares e pele da face (foto 4).

Classificação dos linfonodos regionais em (N) (figura 4)

Os linfonodos regionais têm sua classificação específica: Nx, N0, N1, N2, N3.

Nx linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 ausência de metástase em linfonodo regional

N1 metástase em um único linfonodo, até 3 cm em sua maior dimensão.

N2 metástase em um único linfonodo, maior que 3cm até 6cm em sua maior dimensão; ou múltiplos linfonodos, ou em linfonodos bilaterais, nenhum maior que 6cm m sua maior dimensão.

⇒ N2a um único linfonodo de 3.1 a 6cm homolateral.

⇒ N2b múltiplos linfonodos com diâmetro menor ou igual a 6cm

N3 metástase em um linfonodo, maior que 6cm em sua maior dimensão.

⇒ N3a homolaterais (um deles com mais de 6 cm de diâmetro

⇒ N3b bilaterais (cada um dos lados do pescoço deve ser estadiado separadamente).

Quanto à classificação de metástase à distância (M)

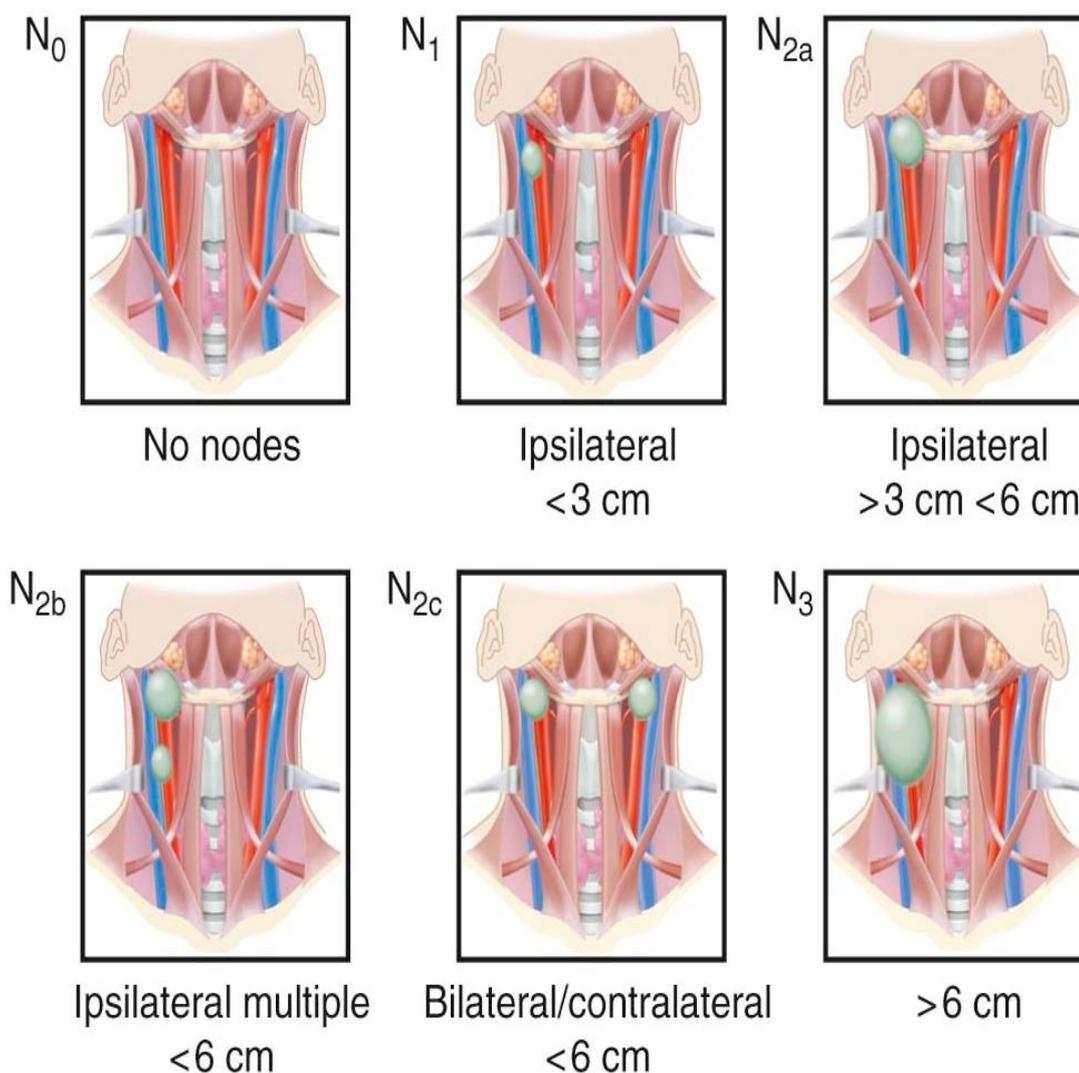
M0 significa ausência de metástase à distância

M1 existência metástase à distância.

A deliberação do tratamento para o tumor de cavidade oral preferencialmente é cirúrgica. No caso de todas lesões da boca associa-se o esvaziamento cervical por causa da metástase cervical. A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar em estágio T3 e T4 e usada como terapia exclusiva em pacientes considerados inoperáveis,

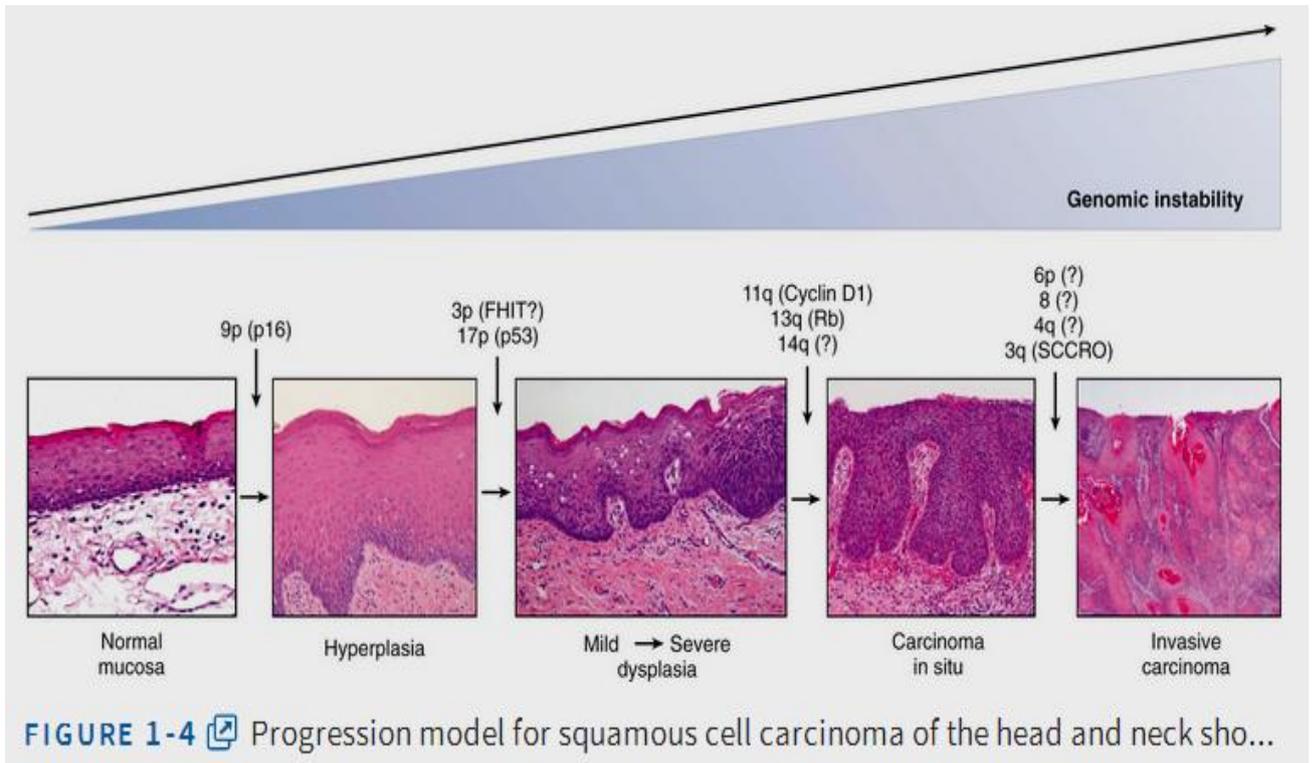
com o objetivo de tratamento paliativo e não de cura (INCA 2012).

Figura 4: Estadiamento N



Fonte: Jatin Shah's head and neck surgery and oncology / Jatin P. Shah, Snehal G. Patel, Bhuvanesh Singh.—4th ed.

Figura 5: Invasão tumoral do N



Fonte: Jatin Shah's head and neck surgery and oncology / Jatin P. Shah, Snehal G. Patel, Bhuvanesh Singh.—4th ed

Foto 1: T1 — tumor de até 2 cm em sua maior extensão



Fonte: INCA, 2014

Foto 2: T2 — tumor de 2 - 4 cm em sua maior extensão



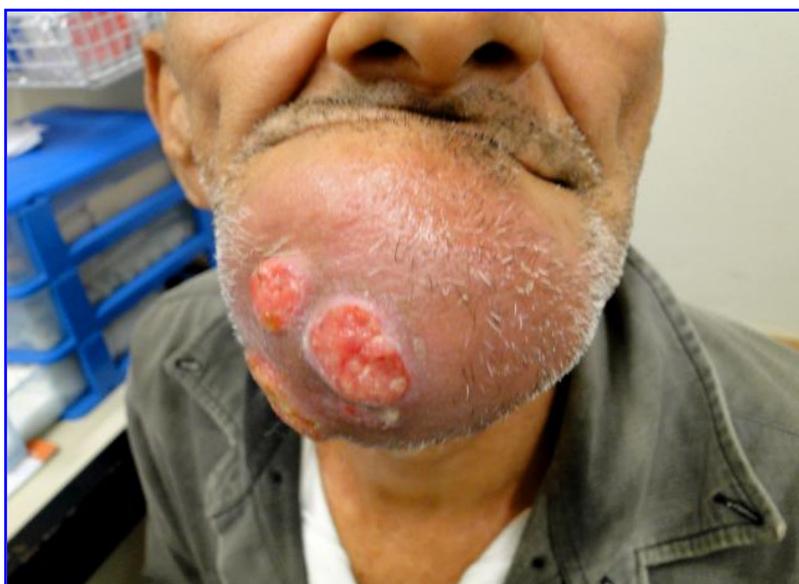
Fonte: INCA, 2014

Foto 3: T3 — tumor > 4 cm em sua maior extensão. Ulcerada: Lesões avançadas – dor, sangramento, odor fétido, sialorréia, disfagia, disфония, trismo, perda ponderal de peso.



Fonte: INCA, 2014

Foto 4: T4 — Cavidade oral: invade estruturas adjacentes, cortical óssea, musculatura profunda da língua, pele. Lábio: invadem estruturas adjacentes, cortical óssea, língua, pele. Lesões avançadas – dor, sangramento, odor fétido, sialorréia, disfagia, disfonia, trismo, perda ponderal de peso.



Fonte: INCA, 2014

2.5: Diagnostico

Os cânceres que se originam no revestimento da boca ou em tecidos superficiais são denominados carcinomas. Os que têm origem nos tecidos mais profundos são denominados sarcomas. Raramente os cânceres observados na região bucal são consequência da disseminação de um câncer de outras partes do organismo; quando ocorrem, geralmente são do pulmão, das mamas e da próstata.

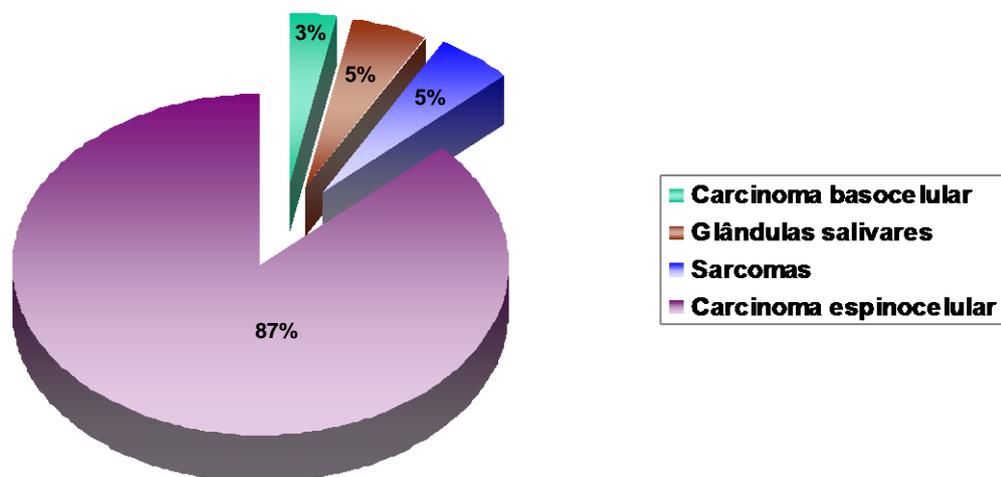
Neville (2008) refere que a etiologia do carcinoma de células escamosas (CEC) é multifatorial. A hereditariedade não parece ser um fator importante. Não se pode falar em um agente isolado, mas em uma soma de fatores extrínsecos (fumo, raios solares, sífilis, álcool) e intrínsecos (estados sistêmicos do paciente: anemia, desnutrição), a associação

deste tipo de câncer com lesões pré-cancerígenas, como leucoplasias.

Estudo realizado por Lima (2010) verificou que em 80% dos casos, o câncer de boca está relacionado a fatores ambientais os quais poderiam ser evitados.

O diagnóstico histopatológico é fundamental nesses tumores (gráfico II). A confirmação diagnóstica de uma neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. Na biópsia de uma lesão (coleta de fragmento da região em investigação) ou retirada total de uma peça cirúrgica, onde existe suspeita de neoplasia maligna, o diagnóstico patológico vem acompanhado da classificação histológica (tipo) e o estadiamento, onde junto com o perfil, o estado nutricional e o exame de imagem, são deliberados qual o melhor tratamento a ser realizado para aquele paciente especificamente.

Gráfico ii: Tipos histológicos mais prevalentes



Fonte: Ref. Lima e cols, 2010

Cerca de 90% a 95% referem-se ao carcinoma epidermóide, que se classifica em: *bem diferenciado, moderadamente diferenciado, e pouco diferenciado*. Geralmente se caracteriza pelo rompimento do epitélio, aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana, úlcera de consistência e base endurecida e raramente apresenta consistência mole, exhibe normalmente um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circulando a lesão com menos de dois cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não). As lesões da boca são classificadas em ulceradas, nodulares e vegetantes.

As ulceradas são divididas em três formas: a) *superficial, quando se situam paralelamente ao plano do epitélio*; b) *quando invadem os tecidos subjacentes*; c) *infiltrante destrutiva, quando, além da infiltração, ocorre perda de tecido e a lesão se aprofunda*. As lesões nodulares caracterizam-se por serem recobertas de mucosa normal e geralmente representam lesões benignas ou malignas de glândulas salivares menores. As lesões vegetantes se exteriorizam e, por isso, são denominadas exofíticas.

O diagnóstico precoce do câncer de boca é bastante dificultado por dois motivos: além de serem assintomáticos e, portanto, desvalorizadas, as lesões iniciais são raramente identificadas pela maioria dos profissionais que examinam a boca.

A palpação cuidadosa das áreas em torno da úlcera é importante para detectar endurecimento que, pode significar invasão de estruturas adjacentes, propagação do tumor. Os carcinomas da boca se disseminam através da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço. Por isso o exame físico é muito importante.

Existem recomendações que toda biópsia feita seja revisada, para a devida confirmação do diagnóstico (foto 5).

O avanço da tecnologia tem permitido várias técnicas especiais de diagnóstico, como a imuno-histoquímica, que é capaz de fornecer dados individualizados, além de projetar a evolução daquele câncer, trabalhando com anticorpos, que servem para avaliar o prognóstico e também os tipos de tratamento. Também, por meio deste exame ficamos sabendo se o paciente vai responder ao tratamento ou não. Caminhando para o diagnóstico e o tratamento personalizado, melhorando a qualidade do tratamento, reduzindo os efeitos colaterais de técnicas mais agressivas (INCA/2014).

Foto 5: Biópsia por pinça saca-bocado e PAAF



Fonte: INCA, 2012

2.6: Prognóstico

O prognóstico depende da área da cavidade oral comprometida e do estadiamento do sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos). As lesões situadas nas porções mais anteriores e as lesões iniciais (I-II) têm um prognóstico melhor em comparação com as lesões avançadas (III-IV) (INCA 2009).

2.7: Sistema de estadiamento

No sistema de estadiamento, as opções de tratamento variam de acordo com o estágio clínico das lesões - Estádio I (T1N0M0), Estádio II (T2N0M0), Estádio III (T3N0M0 e T1, T2 ou T3N1M0) e Estádio IV (T4N0M0) (tabela 3).

Tabela 3: Sobrevida de acordo com o sítio primário e estadiamento

Sítio primário	Sobrevida em cinco anos			
	Percentual/Estádio			
	I	II	III	IV
Língua oral	35 — 85	26 — 77	10 — 50	0 — 26
Assoalho da boca	58 — 75	40 — 64	21 — 43	0 — 15
Rebordo gengival	73	41	17	0 — 10
Mucosa jugal	77 — 83	44 — 65	20 — 27	0 — 18
Área retromolar	70	57,8	46,5	0 — 10
Palato duro	60 — 80	40 — 60	20 — 40	0 — 30

www.inca.gov.br

2.8: Fatores de risco

Os fatores de risco mais conhecidos para este tipo de câncer de cavidade oral são: tabaco, etilismo, vírus HPV, radiação solar, higiene bucal, cirrose hepática, agentes químicos, hábitos alimentares, fatores hereditários e lesões precursoras - alguns podem ser evitados, pela mudança de hábitos. Outros fogem ao controle, por exemplo, histórico

familiar e a idade (IARC, 1988; INCA/MS, 2014, BRASIL 2002 – 2005; SPITZ, 1994).

Tabaco:

O tabaco quer fumado, mascado ou aspirado é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo. No tabaco e na fumaça que dele se desprende, podem ser identificadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas, dentre estas, 60 apresentam ação carcinogênica, hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco. Outras substâncias carcinogênicas como níquel e cádmio, elementos radioativos como o carbono 14 e polônio 210, e até resíduos de agrotóxicos utilizados na lavoura do tabaco, como o DDT. Além da exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade oral (a temperatura na ponta do cigarro aceso varia de 835 a 884 graus centígrados).

As úlceras bucais, mesmo que transitórias, permitem o contato mais direto das substâncias cancerígenas do tabaco, favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda mucosa. Sugerindo um risco maior de câncer de boca entre tabagistas que usam prótese dentária mal-ajustada. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 90% dos pacientes diagnosticados com câncer de boca são tabagistas. O uso do tabaco quer fumado (cigarro, o cachimbo, charuto, cigarro de palha), mascado (fumo de rolo) ou aspirado (rapé) representam o maior risco para o desenvolvimento do câncer de cavidade oral, e o risco varia de acordo com o consumo. Ou seja, quanto mais freqüente

for o ato de fumar maior serão as chances de desenvolver câncer de boca.

Além dos riscos para fumantes, as pesquisas acumularam evidências, a partir da década de 80, de que o tabagismo passivo é causa de doenças em não fumantes, quando comparados aos filhos de não fumantes, apresentam maior frequência de infecções e outros problemas respiratórios. Mulheres e crianças é o grupo de maior risco na exposição passiva em ambiente doméstico. Também há risco em ambiente de trabalho, onde a maioria dos trabalhadores não é protegida da exposição involuntária da fumaça do tabaco pela regulamentação de segurança e saúde, o que levou a OMS a considerar a exposição à fumaça do tabaco fator de risco ocupacional (MS/INCA, 2014).

Etilismo:

O consumo regular de bebidas alcoólicas aumenta o risco de desenvolver o câncer de boca. Ao consumo excessivo de álcool são atribuídas 2 a 4% das mortes por câncer e, mais especificamente, de 50 a 70% de todas as mortes por câncer de língua e do assoalho bucal. Os mecanismos pelos quais as bebidas alcoólicas podem causar câncer ainda não são claros. A ação carcinogênica do álcool é atribuída principalmente a um de seus metabólitos, o acetaldeído, que tem capacidade de causar mutações no DNA da célula com as quais entra em contato. Presença de substâncias carcinogênicas nas bebidas alcoólicas, entre elas a nitrosamina e os hidrocarbonetos, deficiências nutricionais secundárias ao consumo crônico do próprio álcool, diminuição dos mecanismos de defesa. A associação entre cigarro e bebidas alcoólicas aumenta muito o risco para o câncer de boca (MS/INCA, 2014).

Foto 6: Papilomavírus humano



Fonte: INCA, 2012

O vírus HPV (foto 6) é capaz de infectar a pele e mucosas. Existem mais de 100 tipos diferentes de HPV. A infecção pelo HPV é muito freqüente, regredindo espontaneamente. Em casos que ela persiste, especialmente, é causada por um tipo viral oncogênico (com potencial para causar câncer), pode causar lesões precursoras, que se não forem identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, incluindo o câncer de boca. Entre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos. Os HPV 6 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, são considerados não oncogênicos.

A maioria das infecções por HPV é assintomática ou inaparente e de caráter transitório, tanto o homem, como a mulher podem estar infectados pelo vírus sem apresentarem sintomas ou lesões aparentes, sendo impossível garantir que o vírus HPV não está presente, mas apenas não está produzindo a doença. Estima-se que cerca de 5% das pessoas infectadas pelo HPV desenvolverá alguma manifestação. As manifestações clínicas se apresentam em forma de verrugas ou lesões exofíticas (crista de galo, condilomas). Essas lesões podem aparecer na boca e na garganta de ambos os sexos.

A lesão lactente pelo HPV, que ocorre na ausência de manifestações clínicas ou subclínicas, atualmente só pode ser detectada por meio de exame de biologia molecular, que mostram a presença do DNA do vírus. A principal forma de transmissão é por via sexual, que inclui contato oro genital ou mesmo manual-genital, no caso de câncer de boca. Estudos no mundo comprovam que 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV sendo que essa porcentagem pode ser ainda maior nos homens. Estima-se que 25% e 50% da população feminina e 50% da população masculina mundial esteja infectada pelo HPV, sendo a maioria das infecções transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imunológico, regredindo em 6 meses a 2 anos, principalmente em jovens.

Não se sabe por quanto tempo o HPV pode permanecer inaparente e quais são os fatores responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. As manifestações da infecção podem só ocorrer meses ou até anos depois do contato. Por esse motivo não é possível determinar se o contágio foi recente ou antigo. O uso de camisinha como preservativo não protege totalmente da infecção pelo HPV, pois não cobre todas as áreas possíveis de infecção (vulva, regiões pubiana, perianal ou bolsa escrotal). O fato de ter mantido relação sexual com uma pessoa infectada pelo HPV não significa que ocorrerá transmissão da infecção, por não se saber qual o risco e por não se conhecer a contagiosidade do HPV, as pessoas expostas ao vírus devem ficar atentas para o surgimento de alguma lesão, podendo levar semanas para isso ocorrer, as mulheres devem manter o cuidado de realizar o exame preventivo periodicamente.

Existem duas vacinas profiláticas contra o HPV aprovadas e registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A vacina quadrivalente (vírus

6,11,16,18) aprovada para prevenir lesões pré-cancerosas em mulheres e homens entre 9 e 26 anos de idade e a bivalente (vírus 16 e 18) prevenir lesões pré-cancerosas, em mulheres entre 10 e 25 anos de idade (ANVISA), aplicada em 3 doses, por via intramuscular, administrada em períodos de um, dois e quatro meses as doses da quadrivalente e um a dois meses e 1 ano as doses da bivalente. As vacinas também são seguras para mulheres com mais de 26 anos. Após iniciar atividade sexual a possibilidade de contato com o vírus HPV é de 25% em adolescentes e após três anos de atividade sexual este risco aumenta para 70%. A duração da vacina tem eficácia comprovada por 8 a 9 anos.

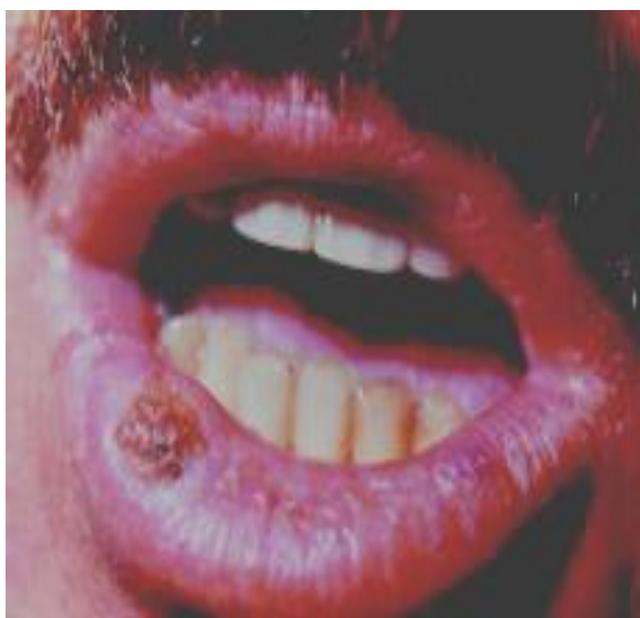
O Ministério da Saúde avalia desde 2006 a incorporação da vacina contra o HPV pelo SUS e no ano de 2013 considerou pertinente incluí-la no calendário nacional. Em 2011 o resultado de custo-efetividade da incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunização (PNI) concluiu que a vacina é custo-efetiva no País. Em 2012 ocorreu a primeira reunião do grupo de trabalho para elaboração das diretrizes para introdução da vacina no calendário nacional e está disponível desde março de 2014. A negociação para transferência de tecnologia e produção da vacina no país ficará a cargo de uma Parceria Público-Privada entre o laboratório Merck Sharp & Dohme e o Instituto Butantã, São Paulo.

Não há evidência científica de benefício em vacinar mulheres expostas ao HPV e tratadas ou mulheres que iniciaram atividade sexual. Mulheres podem se beneficiar outras não a decisão de se vacinar é individual, levando em conta as expectativas e a relação custo-benefício pessoal. Não existe risco à saúde caso uma pessoa que já tenha tido contato com o HPV for vacinada.

A eficácia da vacina contra HPV em homens foi comprovada para prevenção de condilomas genitais e lesões precursoras de câncer no pênis e ânus. Um programa de vacinação de homens e mulheres não é custo-efetivo quando comparado com a vacinação exclusiva de mulheres (MS/INCA, 2014).

Radiação solar:

Foto 7: Carcinoma epidermóide de lábio



Fonte: INCA, 2014

No Brasil, um país tropical que possui uma economia baseada em atividades rurais, com grande exposição à radiação solar que, em longo prazo, produz lesões de significativa importância biológica. A exposição ao sol sem proteção representa risco para o câncer do lábio inferior. A exposição repetida e excessiva aos raios solares a 15 ou 30 anos provoca alterações dos lábios capazes de evoluir para câncer, sendo mais freqüente em pessoas brancas, registrando maior ocorrência no lábio inferior (Foto 7). Pescadores, marinheiros e agricultores de pele clara são freqüentemente afetados pelo câncer de lábio, uma vez que as radiações solares, ventos e geadas ressecam os lábios,

causando alterações que podem evoluir para neoplasias malignas (MS/INCA, 2014).

Higiene bucal

A ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal-ajustadas, de câmaras de sucção (artifício utilizado para obter-se uma maior fixação de dentaduras), má conservação dos dentes, dentes fraturados quebradiços e o câncer da boca, são associados a indivíduos que são freqüentemente tabagistas e etilistas, assim, a má higiene bucal e suas conseqüências são identificadas como determinantes adicionais de risco. A hiperplasia fibrosa inflamatória ou traumática é uma lesão benigna causada, sobretudo por próteses mal-ajustadas. É mais encontrada no sulco gengivo-labial e bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa e desconfortável para o paciente. Lesões pequenas podem regredir, quando a prótese é ajustada; lesões maiores, porém, requerem, além do ajustamento da prótese, a ressecção cirúrgica e exame histopatológico, embora raramente estas lesões evoluam para uma forma tumoral maligna (MS/INCA, 2014).

Cirrose hepática alcoólica:

VEM SENDO ASSOCIADO A LESÕES MALIGNAS DE LÍNGUA E DO ASSOALHO DE BOCA, FREQUENTEMENTE, O CIRRÓTICO APRESENTA ESSA MUCOSA COM APARÊNCIA LISA, BRILHANTE E ERITEMATOSA, EM PORTADORES DA SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON, QUE SE CARACTERIZA POR ANEMIA FERROPRIVA E DISFAGIA, APRESENTAM A MUCOSA BUCAL COM A MESMA APARÊNCIA, NESTES INDIVÍDUOS, OBSERVA-SE UMA ALTA INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE LÍNGUA (MS/INCA, 2014).

Agentes químicos:

A alta incidência do câncer de boca em pessoas que trabalham na agricultura e em indústrias de tecidos, metais e madeira têm levado alguns autores a incluírem os fatores

ocupacionais entre aqueles envolvidos na etiologia do câncer de boca (MS/INCA, 2014).

Hábitos alimentares

Estudos recentes vêm ressaltando o papel importante dos hábitos alimentares e sedentarismo na etiologia do câncer. Deficiências nutricionais (exemplo de oxidantes) e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres, seriam responsáveis por alterações no DNA, tornando-o mais vulnerável. Dietas ricas em gordura, álcool ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B12), e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, é considerada importante fator de risco.

A edição 2014 do Guia Alimentar da População Brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo orientar os brasileiros sobre cuidados com a saúde e a manutenção de uma alimentação saudável e balanceada; contribuindo para prevenção da obesidade, diabetes e outras doenças crônicas. Recomendam-se alimentos frescos (*in natura*), de origem animal e vegetal, como carnes, verduras, legumes e frutas. Procurando refeições caseiras, evitando alimentar-se em redes de *fast food*. O novo guia também orienta os brasileiros a desfrutarem a alimentação, sem associá-la a outras atividades, como assistir televisão, falar no celular ou trabalhar. Estimula as pessoas a prepararem suas próprias refeições valorizando e envolvendo a família no preparo. O consumo habitual de frutas e vegetais frescos tem sido considerado um fator protetor contra o câncer de boca (MS/INCA, 2014).

Fatores hereditários:

Embora a maioria das neoplasias seja resultado de interações complexas entre o componente genético do indivíduo e o ambiente, um percentual de casos decorre

principalmente de alterações herdadas que conferem uma maior predisposição ao desenvolvimento de tumores. Atualmente, estima-se que cerca de 5% a 10% de muitos cânceres estejam associados à predisposição hereditária. O levantamento da história familiar e a utilização de testes genéticos permitem a identificação de uma parcela significativa de indivíduos que possuem alto risco de desenvolvimento de câncer. Acredita-se que alguns indivíduos apresentam uma maior sensibilidade a alterações cromossômicas ocasionadas pelos elementos carcinogênicos, de forma que essas pessoas apresentariam um risco maior de desenvolver o câncer (MS/INCA, 2014).

Lesões precursoras

Foto 8: Leucoplasias



Fonte: Falando sobre câncer da boca, 2012

As lesões precursoras do câncer da cavidade oral (foto 8) são lesões brancas, aquelas cuja coloração acinzentada ou esbranquiçada contrasta com a coloração róseo-avermelhado da mucosa normal. As principais são:

- ➔ Leucoplasias homogênea: são placas ou manchas homogeneamente esbranquiçadas, com limites definidos e superfície lisa ou levemente irregular que

se apresentam na mucosa da boca não é removível por raspagem, não decorrem de alguma doença de causa conhecida e são indolores. Na maioria das vezes, elas são descobertas por ocasião do exame de rotina da boca ou pela própria pessoa durante o auto-exame. Elas podem ser múltiplas ou únicas e estar localizadas ou dispersas na mucosa bucal.

- ➔ Leucoplasia mosqueada: são de coloração variada, podendo ser leve ou intensamente mosqueada (intercaladas com pontilhado ou áreas vermelhas). Podem ainda mostrar erosões em sua superfície e tem maior chance de tornarem-se malignas. Aparecem com maior freqüência em homens com mais de 50 anos de idade e localiza-se nas bordas e face ventral da língua, assoalho da boca e na mucosa jugal. O risco é maior no assoalho bucal e no ventre da língua.

Sabe-se que o tabaco é um fator preponderante para o desenvolvimento da leucoplasia, sendo potencializada quando associado ao uso do álcool. A sífilis e as hipovitaminoses também são fatores relacionados a leucoplasia.

O conhecimento sobre os fatores de risco do câncer de boca orienta que este deve ser procurado em toda população, nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores. Esses indivíduos enquadram-se no seguinte: idade superior a 40 anos, sexo masculino, tabagista crônico, etilista crônico, má higiene bucal, desnutridos e imunodeprimidos, portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal e consumo excessivo e prolongado de chimarrão (MS/INCA, 2014).

2.9: Tratamento

No tratamento precoce deve-se ter o hábito de examinar a boca em frente ao espelho à procura de caroços, aftas, manchas brancas e ferimentos que não cicatrizam. A estas medidas deve-se juntar o histórico familiar de câncer e os que fumam e bebem.

O tratamento do câncer da cavidade oral pode ser clínico e ou cirúrgico e está condicionado à extensão da doença. O tratamento clínico é feito através de radioterapia e quimioterapia. As formas terapêuticas primárias são a radioterapia e a cirúrgica, ambas são determinadas pelo estadiamento do tumor (SESSIONS, HARRISON, FORASTIERE, 2001).

O sítio originário do tumor também influencia o êxito do tratamento, ou seja, altera o prognóstico. Hoje procura-se a preservação do órgão. Tumores muito extensos e infiltrantes nem sempre são ressecados, obedecendo aos critérios de preservação da vida e manutenção de sua qualidade. Nesses casos, podem-se utilizar métodos para higiene cirúrgica e conforto. Isso acontece quando a invasão tumoral atinge um vaso sanguíneo muito calibroso ou se disseminou para outras estruturas, não permitindo possibilidade de abordagem terapêutica, restando apenas a palição e o preparo para uma morte digna (CERNEA, 2013).

Pacientes com câncer deverão iniciar o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até 60 dias após o registro da doença no prontuário médico. A determinação consta da Lei 12.732/12, sancionada em novembro de 2013.

Para ajudar estados e municípios a gerir os serviços oncológicos da rede pública, foi criado o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). O software, disponibilizado gratuitamente para as secretarias de Saúde, reúne o

histórico do paciente e do tratamento. A previsão é que, todos os registros de novos casos de câncer no país sejam feitos pelo Siscan, os estados e municípios que não implantarem o sistema até 2014 terão suspenso os repasses feitos para atendimento oncológico. Com o objetivo de acompanhar o processo de implantação do Siscan e a execução de planos regionais de oncologia, uma comissão de monitoramento, de caráter permanente, visitará hospitais que atendem pelo SUS. O grupo vai avaliar as condições de funcionamento e a capacidade de oferecer atendimento oncológico com agilidade.

Segundo o MS/INCA, 2014 a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer garante atendimento integral a qualquer doente com câncer por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Mostram que o SUS conta atualmente com 277 serviços habilitados em oncologia, sendo 134 no Sudeste, 63 no Sul; 48 no Nordeste, 20 no Centro-Oeste e 12 no Norte. Este é o nível nas Unidades de Atenção, capacitadas para determinar a extensão da doença, tratamento de radioterapia, quimioterapia e cirurgia, cuidar e assegurar qualidade dos serviços de Assistência Oncológica. Esses mesmos dados informam que atualmente, 78% dos pacientes com câncer em estágio inicial recebem tratamento em até 60 dias. Desses, 52% conseguem ser atendidos em 15 dias. Entre os pacientes com câncer em estágio avançado, 79% recebem tratamento em até 60 dias. Chegam a 44% os que conseguem serem atendidos em 15 dias.

No INCA o tratamento do tumor de cavidade oral pode ser clínico e/ou cirúrgico e está condicionado à extensão da doença. Deve ser adequado às necessidades de cada caso em particular.

O estadiamento (depende do local, da extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais) e a histopatologia dos tumores irão determinar a extensão da ressecção. O exame físico preciso é muito importante e a avaliação geralmente inclui exames como tomografia computadorizada e a oroscopia, para a melhor avaliação das estruturas invadidas pelo câncer. O tratamento clínico é feito através de radioterapia e quimioterapia isolada ou associadamente (SESSIONS, HARRISON, FORASTERE, 2001).

As lesões iniciais são aquelas restritas ao seu local de origem e que não apresentam disseminação para gânglios linfáticos do pescoço ou para órgãos à distância. Dependendo de sua localização, pode-se optar pela cirurgia (fotos 9 a 14) ou pela radioterapia, ambos os tratamentos apresentam resultados semelhantes, com bom prognóstico, com cura em 80% dos casos. A cirurgia radical do câncer de boca (foto 15 a 16) evoluiu com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, que permitiu largas ressecções e uma melhor recuperação. As deformidades ainda são grandes. Mesmo lesões iniciais (primárias) da cavidade oral, principalmente as localizadas na língua e ou assoalho da boca, podem apresentar disseminação para gânglios linfáticos no pescoço. Para os casos dos linfonodos (gânglios) cervicais metastáticos sempre se associa o esvaziamento cervical, com radioterapias complementares, que também é indicada nos casos de margens cirúrgicas comprometidas e no caso de linfonodos comprometidos e ou aderidos a artérias (MS/INCA, 2014).

A radioterapia convencional consiste em 5 frações semanais de 180 a 200 cGy, durante 6 a 7 semanas, (dose total de 6000 a 7000 cGy - Gray: definido como 1 joule por quilo) incluindo o tumor primário com margem de segurança

e os campos cervicais nos casos de alto risco de metastatização. Considerando-se que a dose para o controle da maioria dos carcinomas escamosos de cabeça e pescoço aproxima-se da dose tolerada pelos tecidos normais, fontes radioativas podem ser inseridas para prover irradiação em doses elevadas no tumor primário e nas margens, com menor dose nos tecidos adjacentes (braquiterapia). Esta modalidade de tratamento é mais bem indicada para pacientes portadores de lesões bem delimitadas e acessíveis, ou doença residual mínima após ressecção. A braquiterapia em altas doses é um método de tratamento que apresenta as vantagens de rapidez na aplicação e não necessidade de internação hospitalar. É importante enfatizar os cuidados odontológicos especiais pré, trans e pós-radioterapia (MS/INCA, 2014).

Tumores avançados e infiltrantes nem sempre são ressecados, obedecendo aos critérios de preservação da vida e manutenção de sua qualidade. É o que acontece quando a invasão do tumor atinge um vaso sanguíneo calibroso ou se disseminou para outras estruturas. Nestes casos pode associar-se radioterapia convencional e quimioterapia sistêmica. Células resistentes à radioterapia podem tornar-se sensíveis na presença de quimioterápicos. O prognóstico nestes casos é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de controlar totalmente as lesões extensas, a despeito dos tratamentos aplicados (MS/INCA, 2014).

A reabilitação desse paciente e de sua família exige a atuação da equipe multiprofissional. A recuperação é lenta e delicada, deve ser inserida desde o início do tratamento para que se obtenha boa resposta. O custo do tratamento é elevado devido à utilização de tecnologia de ponta, o envolvimento de profissionais especializados e por tratar-se

de doença crônica degenerativa que demanda inúmeras abordagens terapêuticas assistenciais.

Os pacientes matriculados no INCA são encaminhados à equipe multiprofissional: Enfermeiro, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Assistente Social e Médico; para suporte pré, trans e pós-operatório tratamento radioterápico e ou quimioterapia.

2.10 – Tipos de Cirurgias do câncer da cavidade oral.

Foto 9 Glossectomia parcial: inclui a retirada total ou parcial da língua, órgão da fala e deglutição. Trata-se da cirurgia mais comum.



Fonte: INCA, 2014

Foto 10 Ressecção de lesão em mucosa jugal: com enxerto autólogo



Fonte: INCA, 2014

Foto 11 Maxilarectomia infra e mesoestrutura: ressecção de lesão em palato duro e seio maxilar.

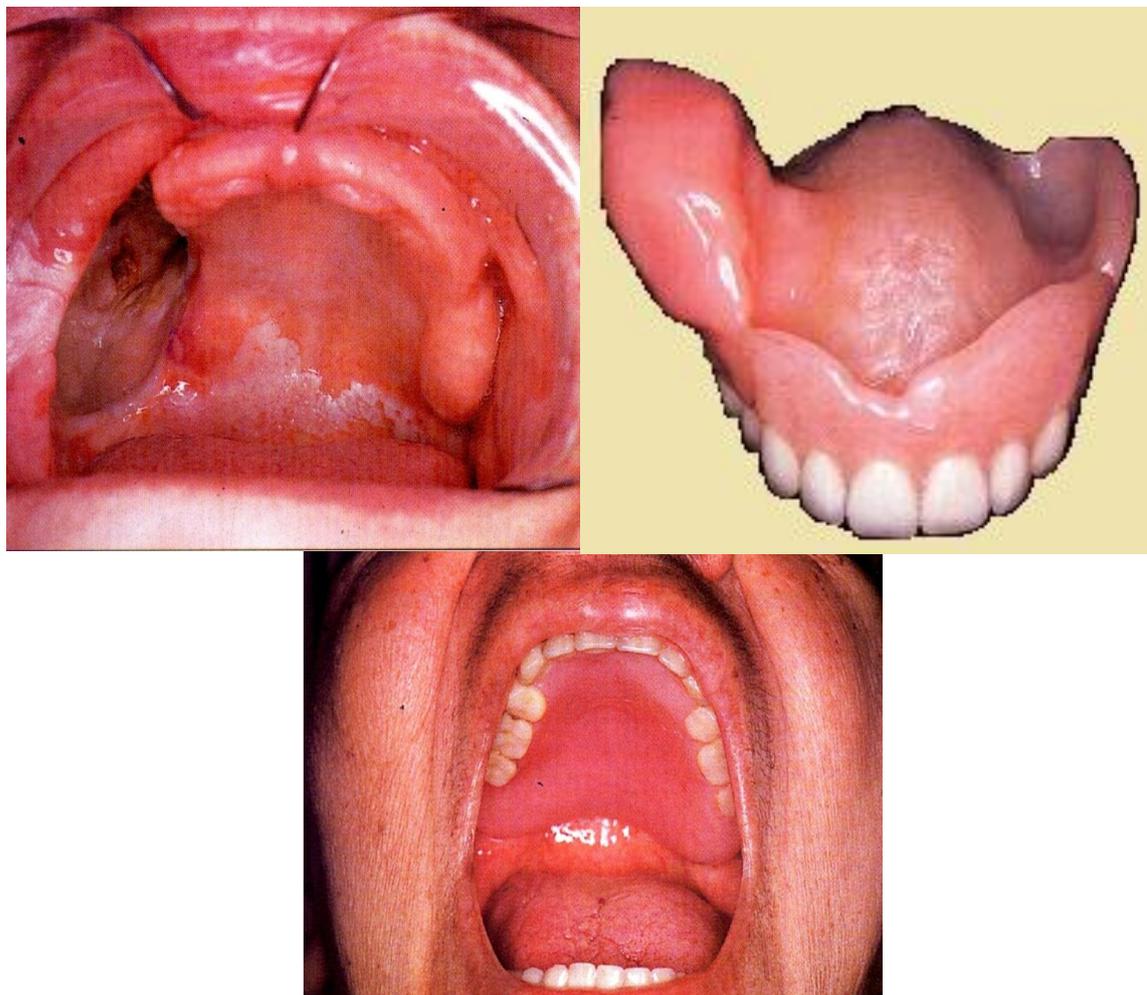
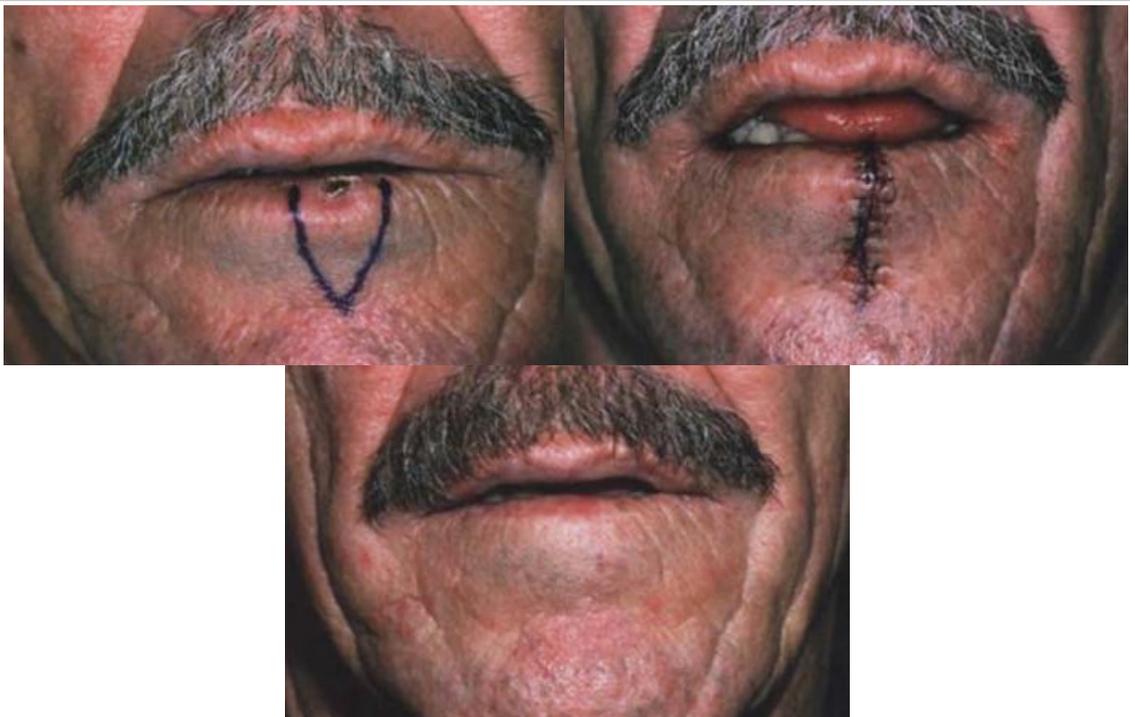


Foto 12 Mandibulectomia: ressecção de tumor de mandíbula. Auxilia na fala, alimentação, mastigação. Enxerto autólogo.



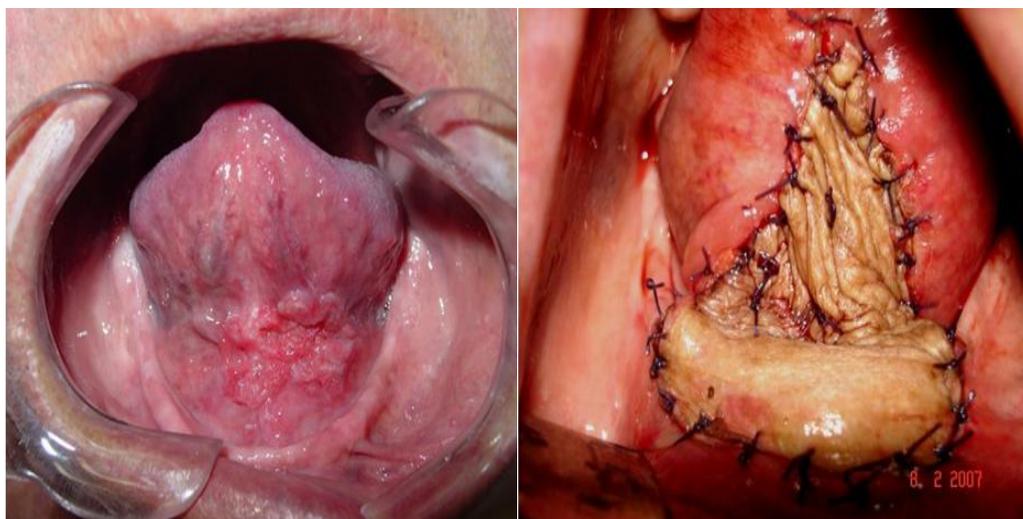
Fonte: INCA, 2014

Foto 13 Queilectomia: lesão em lábio. Ressecar tumor, manter a mobilidade e estética



Fonte: INCA, 2014

Foto 14 Glossopelvectomia: envolve parte da língua e assoalho da boca



Fonte: INCA, 2014

Foto 15 Pelvectomia: ressecção de tumores em assoalho bucal, com reconstrução.



Foto 16 Glossopelvectomia: envolve parte da língua, assoalho da boca e mandíbula.

Fonte: INCA, 2014

É a cirurgia que o paciente fica mais tempo internado e acamado, necessitando de cuidados intensivos de enfermagem. Nos primeiros dias o paciente submetido a esta cirurgia que envolve enxerto ósseo e placa de titânio para segurar o osso, fica na UPO (unidade intermediária), sedado para avaliar viabilidade do retalho cirúrgico, cabeceira da cama a zero grau, hidratação venosa, traqueostomia, drenos, alimentação por cateter nasogástrico por bomba infusora, cateterismo vesical.



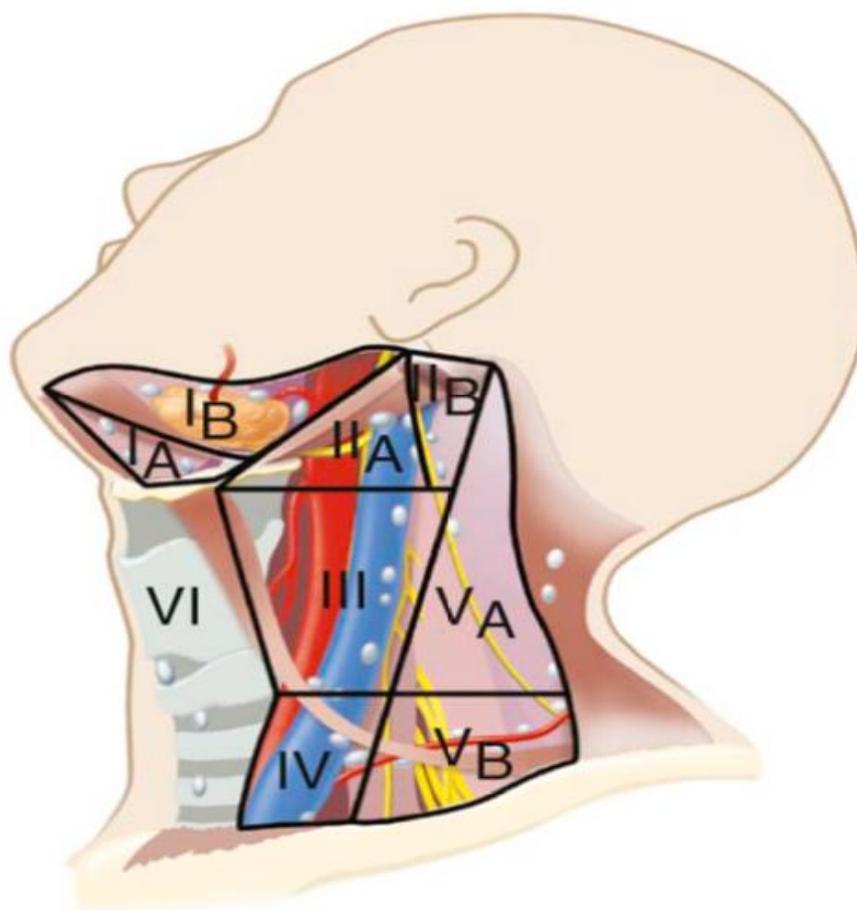
Fonte: INCA, 2014

As cirurgias vêm acompanhadas de outro tempo cirúrgico que é o esvaziamento cervical (unilateral, bilateral, radical): é necessário, mesmo sem sinais visíveis

ou palpáveis ao exame clínico, por ser a área principal de metástases de tumores de cavidade oral (figura 6).

Profilático

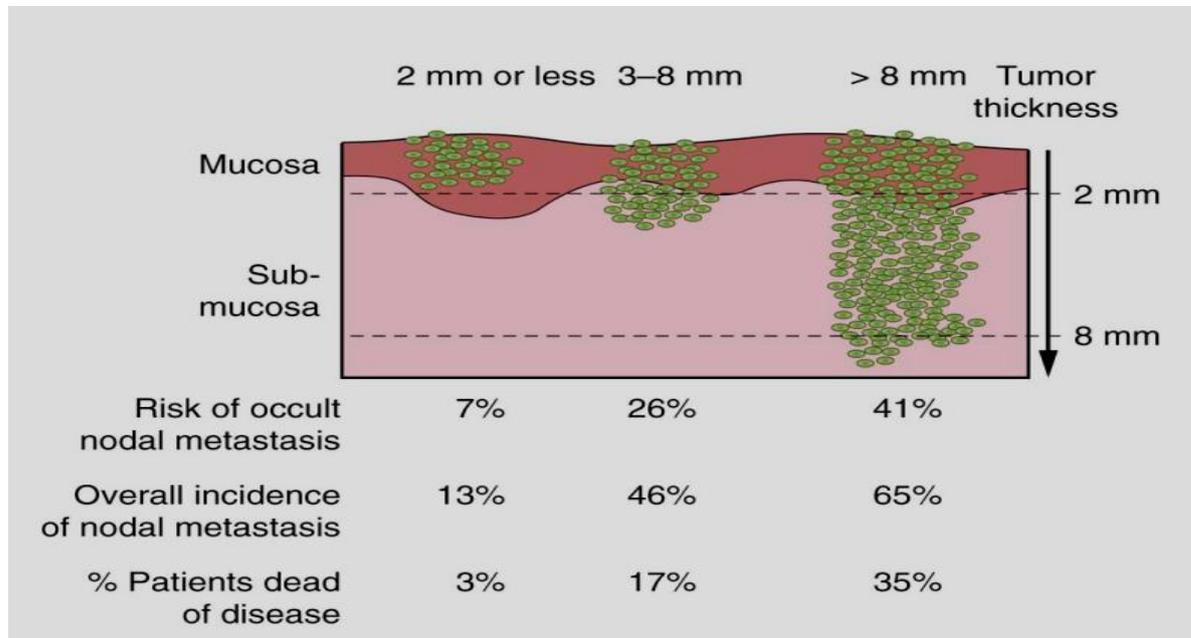
Figura 6: Estadiamento do esvaziamento cervical



Fonte: Jatin Shah's head and neck surgery and oncology / Jatin P. Shah, Snehal G. Patel, Bhuvanesh Singh.—4th ed.

Metástase cervical

Figura 7: Invasão tumoral na metástase cervical

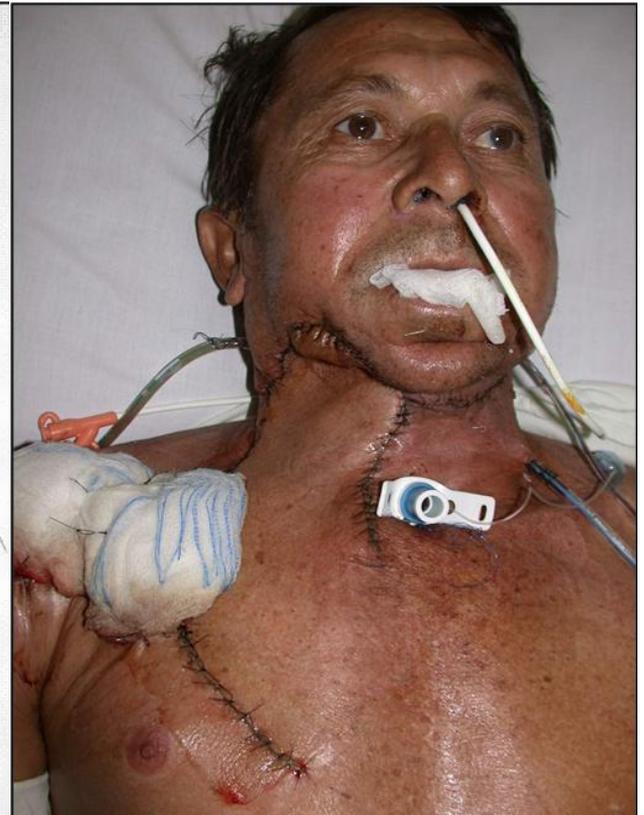
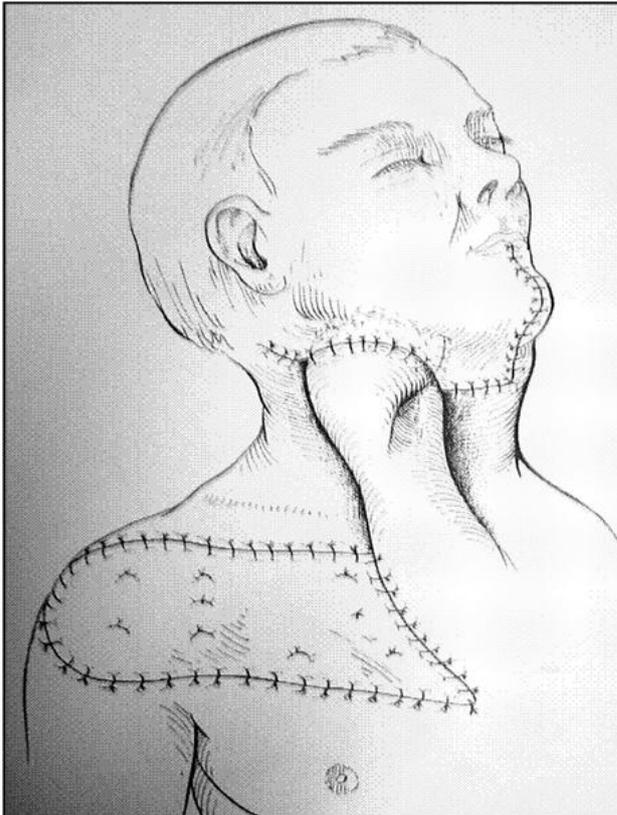


Fonte: Jatin Shah's head and neck surgery and oncology / Jatin P. Shah, Snehal G. Patel, Bhuvanesh Singh.—4th ed.

- Algumas cirurgias necessitam de retalhos ou reconstruções de grande porte como, glossopelvectomia e glossopelvemandibulectomia são realizadas reconstruções microcirúrgicas. Como são as avaliações para realização deste procedimento.
- Localização
- Magnitude do defeito
- Experiência da equipe
- Expectativas do paciente
- Estado nutricional

Existem alguns tipos:

Foto 17: reconstruções com músculo delto peitoral



Fonte: INCA, 2014

Foto 18: reconstrução do retalho com músculo peitoral maior



Fonte: INCA, 2014

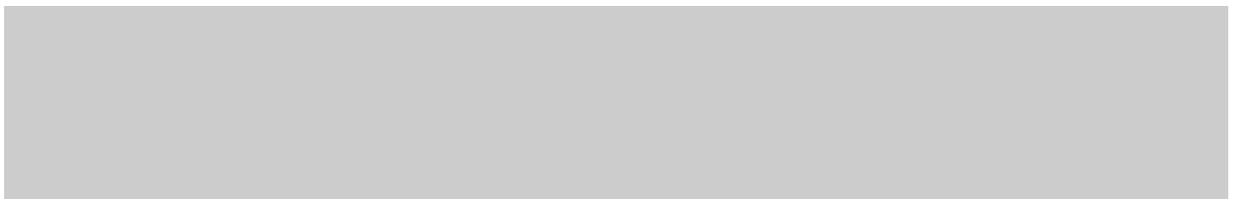


Foto 19: reconstrução com músculo de região mentoniana



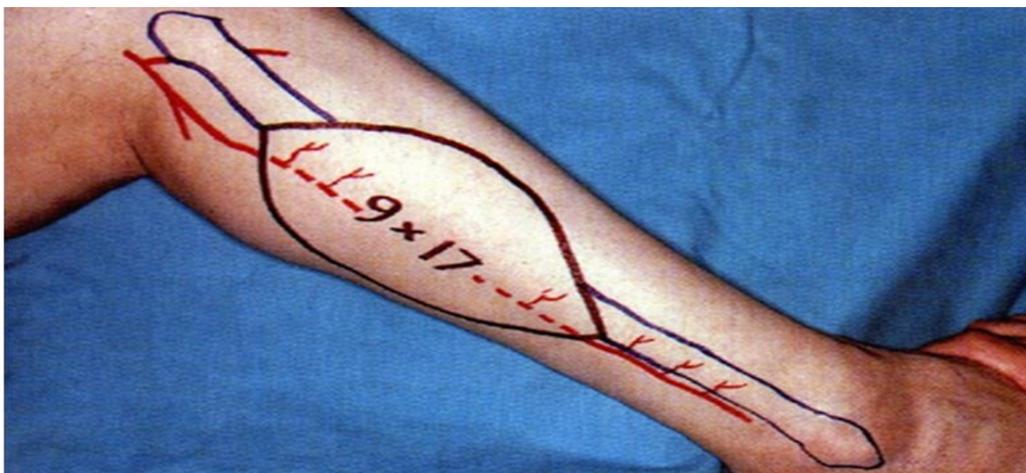
Fonte: INCA, 2014

Foto 20: reconstrução com retalho chinês



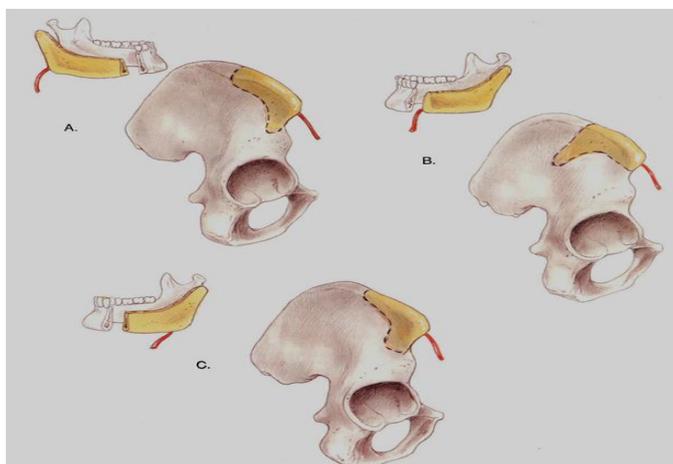
Fonte: INCA, 2014

Foto 21: reconstrução com osso da fíbula

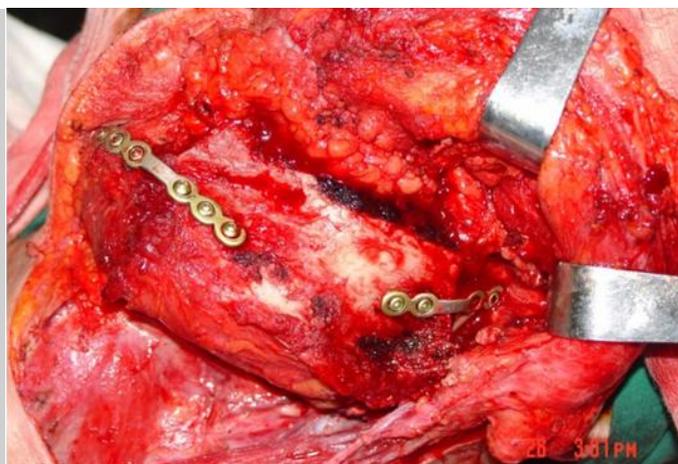


Fonte: INCA, 2014

Foto 22: reconstrução com osso da crista ilíaca



Fonte: Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery.
Edited by Eugene N. Myers



Fonte: INCA, 2014

Foto 23: Pós-operatório de reconstrução de mandíbula



Fonte: INCA, 2014

2.11. Prevenção do câncer na cavidade oral

Dados referentes ao Relatório Mundial do Câncer 2014 confirmam que a desigualdade existe no controle e cuidados do câncer no mundo todo. O número de mortes devido à doença entre os pobres do mundo está crescendo a um ritmo mais rápido do que o esperado anteriormente. Espera-se em 2025, cerca de 80% do aumento do número de mortes por câncer nas regiões menos desenvolvidas.

Ao contrário dos países desenvolvidos uma grande proporção dos casos de câncer nos países em desenvolvimento são causados por infecções, como o vírus do papiloma humano (HPV), que responde por mais de 85% dos casos de câncer relacionados com infecções por vírus. Como esses países adotam cada vez mais um estilo de vida

mais ocidental, estamos testemunhando o aumento dos níveis de tabagismo, uso de álcool e falta de atividade física, todos fatores de risco conhecidos de câncer.

Diversos fatores estão relacionados com o retardo do diagnóstico do câncer de boca, como a desinformação do paciente, a falta de alerta dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce dos casos. Deve-se despertar o interesse profissional em realizar o exame da cavidade oral como um todo e procurar instruir o paciente, ao auto-exame. (THOMAZ, 2002).

Na literatura, os autores são unânimes em relatar que o câncer da cavidade oral é de fácil detecção por ser visível a olho nu; a descoberta e o diagnóstico precoce, mais a informação dos cuidados com a boca levam à cura. A integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões e, é preciso um trabalho conjunto e solidário entre membros das equipes de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Há um número de fatores que devem ser cultivados: a existência de uma cultura de integração e o desenvolvimento de uma atenção primária que seja resolutiva e que realmente atue como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde (CECÍLIO, 2001).

Costa e Miglioti (2001) referem que os serviços públicos de diagnóstico bucal e estomatologia, no que diz respeito ao tratamento do câncer de cavidade oral e aos resultados obtidos com este tratamento deixam a desejar.

No Brasil as políticas oficiais têm seguido uma trajetória tortuosa caracterizada por descontinuidade de ações, reprises de iniciativas e alternâncias de prioridades, o que tem prolongado excessivamente o processo de organização dos serviços de saúde destinados à assistência a pacientes com câncer (TONANI, 2007).

A construção e a organização do sistema de saúde brasileiro sofre a influência da transição demográfica, que vem registrando um envelhecimento da população. Unindo-se esse fator à transição epidemiológica nos países desenvolvidos e à acumulação epidemiológica nos países em desenvolvimento, temos um crescimento das patologias crônicas (MENDES, 2001).

Na maioria dos cânceres, o papel da assistência básica é limitado em identificar pessoas com suspeita da doença e encaminhá-las a unidades especializadas, que podem confirmar diagnósticos e tratamento.

Sabe-se também, que o Programa Saúde da Família se constituiu como uma mudança do processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da população com base nas diretrizes do SUS, constituindo um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo, abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência, técnica, espírito crítico e compromisso político. A saúde à família é a estratégia prioritária da atenção básica. O modelo preconizado para a equipe possui caráter multiprofissional (BRASIL/MS, 2006).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de cavidade oral deveria não só limitar-se a programas e medidas de combate ao consumo de tabaco, álcool e à exposição solar, mas também no estímulo à higiene bucal,

acompanhamento à adaptação das próteses dentárias e orientações sobre prática de sexo seguro.

A detecção precoce de lesões e tumores sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, possibilitar um melhor prognóstico.

Baseando-se em dados epidemiológicos e artigos científicos, desde a primeira campanha nacional de prevenção de câncer de cavidade oral de caráter não governamental, pode-se concluir que nunca houve no Brasil uma ação nacional de educação em câncer de cavidade oral, abordando de forma ampla e irrestrita suas causas, formas de prevenção e de diagnóstico precoce. Além disso, estudos populacionais relativos ao câncer de cavidade oral e seus fatores de risco são escassos em nosso país. (ALMEIDA 2011; OLIVEIRA, 2006).

É evidente a necessidade de um programa de prevenção do câncer de cavidade oral no Brasil, através de ações que estimulem mudanças de comportamento na população para redução dos fatores de risco deste tipo de câncer, que cresce muito no país e no mundo, principalmente com exposição cada vez maior ao vírus HPV como mostra pesquisa realizada pela IARC/OMS, 2003.

Caso seja detectada alguma lesão suspeita, (prevenção secundária), o indivíduo deverá ser encaminhado a locais onde possa realizar uma avaliação mais específica realizando biópsia, tratamento de lesões benignas. No caso de suspeita de câncer, ser encaminhado a um Hospital de referência, onde, será avaliado por profissional especializado, que poderá confirmar diagnóstico, realizar exames específicos e terá deliberação de tratamento. Devido

à gravidade do diagnóstico e tratamento será acompanhado por uma equipe multidisciplinar.

Segundo o Ministério da Saúde, com o aumento de recursos, 4,5 bilhões, para assistência aos pacientes com câncer, foi possível ampliar a rede de assistência à doença no SUS.

Atualmente, dos 277 hospitais mencionados para realizarem diagnósticos e tratamento de câncer em todo o Brasil onze deles foram habilitados, este ano e outros seis estão em análise.

EM 21/08/2012 FOI CRIADO O SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO (SISREG 3.4), SISTEMA ON-LINE DESENVOLVIDO PELO DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS/MS. ESTA INTEGRAÇÃO VISA AGILIZAR E GARANTIR QUALIDADE AO PROCESSO DE REGULAÇÃO NACIONAL, DANDO ASSIM MAIOR CREDIBILIDADE AOS DADOS DOS PACIENTES ATENDIDOS.

O sistema funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

TAMBÉM ESTÁ DISPONÍVEL UM ESPAÇO ON-LINE DENOMINADO AMBIENTE DE TREINAMENTO PARA QUE GESTORES ESTADUAIS, MUNICIPAIS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DE INFORMÁTICA, NAVEGUEM E CONHEÇAM A INTENÇÃO DE FUNCIONALIDADE, QUE PERMITE COMPOR UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE MANEIRA RÁPIDA E PRÁTICA.

Para ter acesso ao sistema é necessário ter realizado o treinamento e encaminhar um ofício para CGRA — Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, solicitando acesso.

Atualmente o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil com 204 Centrais de Regulação Ambulatorial e 19 Centrais de Regulação Hospitalar. (Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS (MS/ [DATASUS – Departamento de Informática do SUS](#), 19/11/2014)).

A REALIDADE DOS PACIENTES MATRICULADOS NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO INCA HOJE É DE COMPLETO DESESPERO. ELES AGUARDAM EM MÉDIA DE DOIS, EM ALGUNS CASOS, ATÉ CINCO MESES, NA FILA DO SISREG. ISSO DEPOIS DE PASSAR UM LONGO PERÍODO ACHANDO QUE É UMA AFTA. QUANDO CONSEGUEM MARCAR E IR AO MÉDICO, EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA, A PEREGRINAÇÃO É POR LOCAIS QUE FAÇAM BIÓPSIA, E CHEGAM A AGUARDAR DE 1 À 2 MESES PELO RESULTADO, PARA DEPOIS SEREM INSCRITOS NO SISREG PELO POSTO DE SAÚDE OU CLÍNICA DA FAMÍLIA.

HOJE, O INCA RECEBE PESSOAS COM ENCAMINHAMENTO MÉDICO DE OUTUBRO PARA O SISREG, MARCADAS NO SISTEMA PARA FEVEREIRO DE 2015, PEDINDO PARA SEREM MATRICULADOS. ESTE SISTEMA SERIA A SOLUÇÃO PARA ORGANIZAR A MARCAÇÃO DAS CONSULTAS, ENTRETANTO DE ACORDO COM A REGIÃO MUNICIPAL DE MORADIA E DEPENDENDO DA AGILIDADE DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE INSCREVE O PACIENTE NO SISTEMA, ESSE TEMPO ACABA VARIANDO MUITO E SENDO MUITO PIOR PARA O PACIENTE.

Portanto, soluções práticas para reduzir as mortes prematuras devem ter a prevenção como meta principal (MS, 2014).

Elas incluem:

1. Elaboração de Planos Nacionais de Controle do Câncer com ações de prevenção e detecção precoce do câncer.
2. Programas de sensibilização contra os fatores de risco, nas Unidades de Saúde, Escolas e ambientes de trabalho, urbano e rural.
3. Introdução de programas de vacinação contra o HPV
4. Consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre Câncer, baseando-se no indicador operacional da cobertura populacional dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

5. Intercâmbio técnico-científico nacional e internacional, na adoção dos padrões internacionalmente definidos para os registros de câncer, na exigência dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) para fins de cadastramento e avaliação das unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS, na publicação e divulgação dos dados dos RCBP e RHC de suas análises estatísticas e epidemiologia, das estimativas da incidência e da mortalidade por câncer, em termos regionais e nacionais.
6. A criação de uma rede multicêntrica, formada por centros de genética-médica em pontos estratégicos em todas as macrorregiões do país, composta por serviços especializados capacitados para o diagnóstico e aconselhamento genético e com laboratórios de suporte para a detecção de mutações nas diferentes síndromes de câncer hereditário.
7. Estimular programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área oncológica, baseando-se em dados epidemiológicos e em registros de câncer, na prática referente a cuidados mais abrangentes à saúde coletiva e dos indivíduos, com vista à prevenção e diagnóstico precoce do câncer, formação de profissionais para diagnóstico precoce, reabilitação, cuidados paliativos, integração de atividades, serviços, controle, avaliação de procedimentos para terapêutica anti-tumoral, utilização de pesquisa como fonte geradora de conhecimento e validação de novas práticas oncológicas.

3. O ENFERMEIRO EM ONCOLOGIA

O câncer é uma doença de tratamento prolongado conduzindo o enfermeiro a um contato estreito com o paciente e seus familiares, podendo gerar laços de amizade, levando a um comportamento cada vez mais comprometido, participando da recuperação do mesmo, tornando-se frustrante e desgastante para os profissionais quando a cura não ocorre. Considerando que o câncer é uma doença de tratamento prolongado, geradora de reações psicossociais, o medo da morte ou abandono, da incapacidade ou mutilação, da dor e das dificuldades do tratamento, faz com que a assistência de enfermagem seja extensiva à família e cuidador. É comum na primeira consulta, os pacientes e familiares se apresentarem ansiosos, assustados, arredios (GUEDES, 2004).

O diagnóstico de câncer e o tratamento tornam estes pacientes e seus cuidadores fragilizados, aflitos, carentes, muitos desenvolvem distúrbios como ansiedade, depressão profunda e distúrbio de adaptação; abrindo uma área de atuação muito rica de aprendizado, desenvolvimento técnico e humano para o enfermeiro. Estas alterações fisiológicas e psicossociais determinam modificações importantes no estilo de vida destes pacientes, pois são visíveis na face e no pescoço, interferindo na imagem corporal e na interação social, influenciando no contexto familiar. É gritante a necessidade de cuidados freqüentes e especializados, devendo ser um atendimento planejado e coordenado, que visam sua recuperação, a reconquista da saúde, do bem-estar, auxiliar no seu retorno ao ambiente

social em acordo com o exposto por ZAGO & SAWADA (1998).

O enfermeiro é o membro de equipe multidisciplinar de saúde que permanece lado a lado com os pacientes, durante o processo saúde/doença, figura também como minimizador dos desconfortos trazidos por todo o processo da doença oncológica. Os cuidados do enfermeiro devem ser traduzidos por atitudes que valorizem e dignifiquem a vida humana e o respeito ao próximo.

O atendimento exige do enfermeiro metas como a educação do paciente e seus familiares, na prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação; compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na aplicação do foco de suas ações, via de regra, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda as possibilidades de sobrevivência. Cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito.

O enfermeiro é responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes.

LIMA (2002) registra em seu estudo sobre o enfermeiro e o paciente oncológico, a dificuldade destes profissionais em lidar com a temática. Sugere que procurem desenvolver cuidados com perspectivas, levando o reconhecimento da dificuldade de lidar com este tipo de paciente, com câncer na cabeça e pescoço, suas cirurgias complexas, precisando de acompanhamento no pré, trans e pós-operatório, necessitando de grande número de orientações específicas

para cuidadores e paciente. Isso é uma atividade intensa do enfermeiro que trabalha na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer.

A criatividade e a arte aliada à ciência na prática do enfermeiro, o auxilia no desenvolvimento e uma tecnologia de cuidados que promove a recuperação do paciente. Dos enfermeiros se espera domínio de recursos tecnológicos, conhecimento, capacidade de gerenciamento e de educação, treinamento de outros profissionais (repasse da tecnologia), além da promoção de qualidade na assistência prestada pelas investigações científicas, as quais são peça-chave para o enfermeiro no desenvolvimento do cuidado oncológico (ZAGO, 1998).

Tecnologia em saúde, segundo MEDEIROS & MEDEIROS (1993), é toda forma de conhecimento que pode ser utilizado para criação ou aperfeiçoamento de produtos, processos e serviços, visando resolver ou atenuar os problemas de saúde em indivíduos ou comunidades; resulta de políticas deferidas e de programas de trabalho bem estruturados, incorpora a arte, a cultura, o conhecimento e as técnicas. A tecnologia funciona como um poderoso agente de mudança na área de saúde.

Tecnologia em enfermagem, de acordo com CECCIM (1998), são ações fundamentadas na preocupação integral com a saúde dos indivíduos e familiares, atendendo às necessidades físicas, psicológicas e sociais. Diz respeito a interação paciente-enfermeiro e se estabelece na prática vivenciada em uma ação integral de cuidados. A criatividade no exercício profissional, a sistematização da assistência direta ao paciente, o emprego de método para

observação, diagnóstico, intervenção, avaliação e prognóstico, tanto em consultas, atendimento ou como na produção científica, expressam as tecnologias de cuidado em enfermagem. Proporcionam autonomia ao profissional de enfermagem, em termos de poder para decisões e responsabilidade por seus atos e idéias respaldadas em conhecimento científico.

A proximidade entre o enfermeiro e o paciente com câncer na cabeça e pescoço é inevitável, é criada nas consultas de enfermagem feitas no ambulatório da cabeça e pescoço, formando um elo de confiança. Esta atitude faz com que o paciente /cuidador e/ou familiar sintam-se mais tranqüilo.

Desde sua admissão na instituição, no seu diagnóstico e estadiamento (extensão e comprometimento do tumor ao chegar ao hospital), na escolha da terapia oncológica, no acompanhamento das seqüelas desta terapia sobre ele e seus familiares e no momento em que os recursos terapêuticos se esgotam e o que essa doença provoca não apenas no portador, mas também em seus familiares e ou cuidadores, levando muitas vezes ao adoecimento dos familiares, causando estresse e depressão.

O enfermeiro usa um linguajar mais próximo, com poucos termos técnicos, olho no olho, com toque nas mãos, procurando deixá-los mais à vontade e se colocando à disposição para qualquer dúvida. Isso faz com que saiam do ambulatório com outra perspectiva; sabendo como será seu tratamento, a equipe responsável por ele e que têm no enfermeiro uma referência para caso de dúvida.

É importante enfatizar os progressos no tratamento, como, a diminuição de edema na face, a habilidade na troca de uma cânula traqueal, a melhora do odor e da saída de exsudado de uma ferida, o aumento de peso, o cuidado com a aparência ao cuidar dos cabelos, barba e unhas. É necessário que o paciente e o cuidador se envolvam com o planejamento do cuidado, compareça as consultas, participe dos curativos.

3.1: Cuidado de enfermagem

Vilma de Carvalho (1994) afirma que a Enfermagem é uma forma organizada de ajudar sadios da comunidade e de prestar cuidados aos doentes e familiares em desequilíbrios de saúde, em condições de risco. A Enfermagem: trata-se da arte e ciência de ajudar pessoas, grupos e coletividade, cujos cuidados são responsabilidade primeira e última da Enfermagem, independente da área de especialização do profissional, e devem ser exatos, pela demonstração, apelo, exemplo e com o significado de ajuda, em prática e solidariedade.

Enfermagem é a evolução de uma prática intuitiva que em meados do século XIX ganha importância ao destacar também componentes científicos e habilidades. Essas reflexões de Florence Nightingale (1989) defendem a idéia de que a Enfermagem deve organizar a sua ciência com ações que fossem exclusivas de enfermagem, como conceitos de saúde-doença, pessoa-ambiente interagindo e promovendo o bem estar e a saúde.

Os sobreviventes do câncer apresentam necessidades de cuidados especiais, já que todos os pacientes apresentam risco de recorrência do tumor primário ou podem

desenvolver um foco secundário, em consequência da suscetibilidade genética ou de tratamentos anteriores, além da necessidade de suporte psicológico e social.

O enfermeiro é o membro de equipe multidisciplinar de saúde que acompanha os pacientes com câncer durante o processo de doença. Figura também como minimizador dos desconfortos trazidos por todo o adoecimento oncológico.

A essência da enfermagem é o cuidado ao ser humano e à família, individualmente ou na comunidade, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Então, o enfermeiro é responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes.

Na concepção de Guedes e Nogueira (2004), o enfermeiro oncologista é um membro da equipe que reconhece a importância da abordagem integrada e holística no tratamento, recuperação da saúde, prevenção de seqüelas e reabilitação dos portadores de câncer. Por este motivo, o cuidado de enfermagem aos pacientes com câncer de boca é tão importante, pois o câncer em si, já é uma palavra que muitos não conseguem pronunciar, tamanho medo que sentem. Trabalhar com pacientes com câncer de cabeça e pescoço é difícil e amar este trabalho é um desafio. Oferecer ajuda a este paciente é confortante.

Muitas vezes é o enfermeiro, durante a consulta e o exame clínico, que detecta algum outro tumor que pode ser

recidiva, metástase; encaminhando este paciente para consulta médica evitando a demora em um novo diagnóstico e tratamento. No processo da matrícula o paciente e seu cuidador recebem a informação que durante cinco anos ele será acompanhado e qualquer anormalidade que aconteça com respeito ao tratamento de câncer ele deve ir ao hospital.

Por isso a percepção, habilidade para ajudar o paciente a comunicar suas necessidades, como também compreender aquilo que ele está tentando comunicar é tão necessário. Cada paciente deve ser tratado segundo suas necessidades, porém é preciso encontrar meios para ajudá-lo a expressar suas dificuldades, suas carências, para se fazer compreender.

A criatividade no exercício profissional, a assistência direta ao paciente, a observação, o diagnóstico, intervenção, avaliação e prognóstico, tanto em consultas, atendimento ou como na produção científica, expressam as tecnologias de cuidado em enfermagem. Proporcionam autonomia ao enfermeiro, poder para decisões e responsabilidade por seus atos e idéias respaldadas em conhecimento científico, CECCIM (1998).

Acrescentando ao escrito, tecnologias em enfermagem referem-se à interlocução enfermeiro-paciente e instalam-se na experiência vivenciada diante de uma assistência integral de cuidados e que arte e assistência viram marcas em sujeitos que dela usufruem. De acordo com esta definição, tecnologia em enfermagem une o saber ao fazer no indivíduo como um todo e naquilo que pode ser realizado para a prevenção e ou recuperação de seus problemas de saúde.

Nietsche & Leopardi (2000) conceituam tecnologia de cuidado de enfermagem como o conjunto de atividades ou procedimentos técnicos e conhecimentos empregados pelo enfermeiro. Referem a tecnologia do cuidado, como proposta ou explicação de um modo de fazer, serve para transformar a prática empírica em abordagem científica, já que é gerada a partir da experiência do dia a dia do cuidar e na pesquisa do porquê e de como melhor fazer. Assim, a tecnologia de enfermagem é geradora de conhecimento, o qual deve ser socializado, disseminado e aplicado no cuidado aos seres humanos.

Vale a pena mencionar a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08/06/87 respalda a enfermagem no desenvolvimento de tecnologias; cabe ao enfermeiro *“cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas”*. No mesmo artigo, como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro pode ter participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde.

Como Nightingale e Ceccim acreditam, a enfermagem é a arte e a ciência de cuidar para promover a saúde, destacando o processo educativo como ferramenta que favorece o alcance desta meta. A arte se expressa na enfermagem através da sensibilidade, criatividade e habilidade. Ambos preconizam o método científico para validar a prática de enfermagem e gerar conhecimento.

3.2. Cuidado pré-tratamento e pós-operatório

Todos os pacientes que são encaminhados para cirurgia recebem orientação sobre o procedimento, o que

acontecerá durante a cirurgia, o acordar e o dia seguinte. Como sair do leito, tomar banho, a sonda de alimentação, a primeira dieta enteral, a importância de deambular, eliminar secreções orais, higienização da boca, os drenos, a via de acesso venoso para medicação, a importância do repouso absoluto em determinadas cirurgias de reconstrução. Essas orientações devem ser feitas com o paciente e o cuidador.

⇒ **Higiene oral:** A higiene bucal deficiente leva a um aumento de micro-organismos na região gengival, principalmente por germes anaeróbios, podendo levar a infecção pós-operatória, todas as cirurgias dependem de uma boa higiene oral. Ela deve ser iniciada no pré-operatório, quando o paciente, dependendo do tamanho do tumor, tem o número de higiene bucal aumentado, é oferecido um enxaguatório bucal padronizado na Instituição. O paciente recebe orientação de realizá-la de 4 a 6 vezes por dia, sempre com o enxaguatório diluído em água gelada, pois além de higienizar a boca, limpando, retirando restos alimentares, secreções, retira o mau cheiro característico dos tumores de cavidade oral (causado por fungos e necrose tumoral), evita possíveis sangramentos, por ser uma área muito vascularizada.

É importante também a escovação. Se não for realizada com escova e pasta de dente, oferece-se uma escovinha de espuma com substância bactericida para que o paciente realize a escovação, em caso de pequenos tumores ou pequenas cirurgias. Após a cirurgia, os pacientes são orientados a não ficar com nenhum tipo de secreção na boca, nem mesmo saliva; devem cuspir o tempo todo, por ser uma região úmida, e ter a flora bacteriana alterada pelo trauma da cirurgia.

⇒ **Traqueostomia:** procedimento necessário e preventivo, em uma cirurgia de cavidade oral, principalmente as de grande porte.

A única cirurgia que não há necessidade de traqueostomia é a queilectomia (lábio). A cavidade oral é muito vascularizada e pode sangrar muito, ou ficar bastante edemaciada pelo trauma do corte cirúrgico. A traqueostomia dá segurança para o paciente não sufocar caso haja uma dessas intercorrências. É feita uma incisão horizontal entre o segundo e terceiro anel da traquéia e nela é introduzido um tubo (cânula) de plástico (polivinil ou silicone) com balão ou de metal. Por esta cânula, o paciente realizará sua principal função respiratória, após a cirurgia.

Existem 3 tipos de cânulas:

- A metálica que podem ser curtas ou longas, variando de tamanho.
 - ↳ **Longa:** cânula de metal com subcânula usada em tumores transtumorais (a cânula atravessa o tumor), usada em tumores considerados grandes e avançados. Só deve ser trocada por profissionais experientes como médico de sobre aviso ou médicos cirurgiões.
 - ↳ **Curta:** cânula de metal cromada, usada pela maioria dos pacientes. Existem em vários números, as mais usadas é a número 6.
- A cânula plástica (polivinil ou silicone), com balão, guia para encher o balão e subcânula. Usada principalmente em pacientes com risco de sangramento, broncoaspiração e no pós-operatório imediato. Ela é passada pelo enfermeiro ou médico em uma intercorrência, o balão deve ser inflado com

cinco ml de ar para evitar que: caia sangue na traquéia do paciente, levando sangue para os pulmões; em caso de fístula, que caia secreção nos pulmões do paciente e em caso de fuga aérea (entrada de ar por baixo da pele da traqueostomia). Deve ser trocada pelo médico cirurgião ou enfermeiro com longa experiência.

- ⇒ A cânula plástica (polivinil ou silicone) sem balão é usada pelo paciente que irá realizar radioterapia. Este tratamento pode causar sérias queimaduras na pele do paciente, a cânula metálica ajudaria a queimar mais a pele deste paciente.

O cuidado com a traqueostomia envolve diferentes procedimentos tais como: retirada e introdução da cânula, higienização do estoma, posicionamento da gaze protetora da traqueostomia, posicionamento e fixação do cadarço, umidificação da via aérea inferior, aspiração das secreções pulmonares, estímulo à tosse e posicionamento do corpo para facilitação da tosse, cuidados com os aspectos nutricionais, psicológicos e respiratórios de higienização, inserção no grupo social. A traqueostomia tem a finalidade de favorecer a função respiratória em situação de obstrução das vias aéreas superiores (FREITAS, 2013).

- ⇒ **Cateterismo nasoenteral:** A presença do tumor pode provocar odinofagia, disfagia, anemia (falta de apetite, sangramento, deficiência nutricional) infecções, com conseqüência perda importante de peso, o que já é um indicador da necessidade de um suporte alimentar.
- ⇒ **Curativo na ferida cirúrgica simples:** proceder à limpeza da ferida cirúrgica com gaze e soro fisiológico. Após a limpeza, secar com gaze estéril.

Dependendo do tempo de cirurgia, o curativo é fechado com atadura. Esse curativo é para o caso esvaziamento cervical e cirurgias simples.

- ⇒ **Curativo na área receptora de retalho:** curativo diário, sempre avaliando o retalho cirúrgico, se existe sinais de sofrimento do retalho, procede-se à limpeza com soro fisiológico e logo depois se seca com gaze.
- ⇒ **Curativo na área doadora do retalho:** assepsia diária com soro fisiológico e tela de adaptic (gaze com substância de petrolato) para granulação e cicatrização da ferida.
- ⇒ **Curativo em ferida cirúrgica infectada:** os sinais de uma ferida cirúrgica infectada é febre, hiperemia, flogose, leucocitose (exame de sangue), área ao redor endurecida com saída de secreção. Se limpa a ferida com gaze e soro, realizando compressão para avaliar presença de alguma secreção. Após o procedimento seca-se a ferida e fecha-se o curativo.
- ⇒ **Curativo em área doadora infectada:** curativo diário onde se deve avaliar área doadora e realizar limpeza com soro fisiológico e sabão degermante coloca-se uma tira de alginato de cálcio para sugar o exudato, e fecha-se o curativo com gaze e atadura.
- ⇒ **Curativo na área receptora infectada:** ao realizar a limpeza com soro fisiológico deve-se avaliar a irrigação sanguínea do tecido enxertado, a qualquer sinal de necrose de coagulação do tecido, verificar a extensão da necrose, após avaliação do cirurgião faz-se o desbridamento que pode ser só da primeira camada ou de todo o enxerto.
- ⇒ **Curativo em área doadora do enxerto ósseo:** o tempo de internação prolongado é fator que pode levar

ao risco de infecção hospitalar. Quanto mais prolongado a internação, mais colonizada fica a pele. Cirurgia realizada pela equipe de cirurgiões da cabeça e pescoço e equipe de cirurgiões da microcirurgia. A área doadora mais comum em uma reconstrução óssea de mandíbula é a fíbula, o paciente permanecerá com a perna engessada por mais ou menos dois meses, no local do osso retirado é colocada uma placa de titânio. Quando sair de alta irá locomover-se com muletas e não poderá colocar o pé da perna doadora no chão, com risco de quebrar a perna. O período que o paciente fica com a perna engessada é para calcificação óssea. Se a área doadora for à crista ilíaca, o paciente irá ficar em repouso absoluto no leito e só irá locomover-se após avaliação do médico da microcirurgia.

- ⇒ A área doadora pode ser também uma costela, onde o paciente mantém repouso no leito até a liberação pelo cirurgião. A avaliação da área doadora deve ser constante, qualquer sinal de sofrimento do retalho ou secreção purulenta deve ser notificado à equipe médica. A higiene oral é muito importante para o sucesso desta cirurgia, a imobilização do paciente também, qualquer movimento brusco pode ocasionar a perda do retalho.
- ⇒ **Cuidado com a auto-imagem:** os pacientes com câncer na cavidade oral têm são pessoas com passado de etilismo crônico, fumantes, relacionamento familiar conflituoso, perda temporária da mastigação, deglutição, fala, deformidade cérvico-facial, perdas das sensações gustativas, tendência à depressão, ansiosos, perda da capacidade laborativa, medo da morte. Devemos estimular o paciente a elevar sua

auto-estima, tratar o paciente como uma pessoa comum, mostrar a ele que poderá realizar tarefas diárias, que está tendo uma chance de cura e pode ter uma vida normal, inclusive sexual. Seus familiares estão ali a seu lado, dando apoio e irão participar dos cuidados. Os pacientes que desejarem, contam com acompanhamento do psicólogo que vai à enfermaria todos os dias (FREITAS, 2013).

- ⇒ **Autocuidado:** já começa nas orientações pré-operatórias, o paciente e cuidador são estimulados e informados da importância e valor do autocuidado para o dia a dia do paciente sua independência e valorização de sua auto-estima, mostrando que é capaz.
- ⇒ **Comunicação verbal:** é prejudicada temporariamente após a cicatrização da ferida operatória se realiza acompanhamento com a fonoaudióloga.
- ⇒ **Cuidados com queixas de dor:** no pós-operatório é comum a dor, por ser uma cirurgia que mexe com grandes áreas, grandes enxertos com osso, músculo, descolamento de pele e várias estruturas, por isso é importante a analgesia, mesmo na alta. É usada analgesia com opiáceos ou derivados dos mesmos, que causam constipação, desconforto, sedação.
- ⇒ **Cuidados com a integridade da pele:** a pele e mucosa constitui uma barreira importante de defesa do organismo contra a penetração de germes, o tempo prolongado das cirurgias de cabeça e pescoço com reconstrução (podem durar até 20 horas) o que favorece a infecção pós-operatória da ferida cirúrgica. Por causa do aumento do sítio cirúrgico, o comprometimento tumoral nos tecidos, a presença de drenos nas margens das feridas, o longo período das

reconstruções, a manipulação do leito cirúrgico, o período que o paciente fica acamado sem poder se mexer (para não ter descolamento do retalho cirúrgico), mesmo com a cobertura de antibiótico-terapia o cuidado com a pele através da higiene corporal, a arrumação do leito, a mudança de decúbito são cuidados de enfermagem importantes para evitar infecções no pós-operatório.

3.2.1: Fatores que interferem na cicatrização

- ❖ Idade: pacientes com idades superiores há 60 anos podem apresentar infecção pós-operatória, isso se deve ao comprometimento da microcirculação, a baixa do sistema imunológico, das doenças crônico-degenerativas comuns da idade e a diminuição da produção de colágeno, dificultando a cicatrização.
- ❖ Estado nutricional: é um importante papel na cicatrização e para evitar uma infecção no pós-operatório, dificultando o tempo de cicatrização da ferida cirúrgica, porque compromete a síntese protéica e a resposta imunológica (BUMPOUS at all, 2012).
- ❖ Doenças associadas: a diabetes influencia na regeneração da ferida cirúrgica por causa da diminuição da microcirculação venosa e arterial periférica. O que leva na diminuição de nutrientes, oxigênio e células de defesa, levando a uma cicatrização mais lenta (JORGE, DANTAS, 2003).
- ❖ Hipertensão arterial: altera a circulação sanguínea periférica levando ao retardo da cicatrização. A

dificuldade no retorno venoso ocasiona, edema e estase venosa levando a má oxigenação dos tecidos. Podendo provocar hemorragias (JORGE, DANTAS, 2003).

- ❖ Etilismo: causa deficiência de vitaminas do complexo B (B1, B6 e B12), levando a má cicatrização, devido à fragilidade da pele (JORGE, DANTAS, 2003).
- ❖ Tabagismo: diminui a disponibilidade de oxigênio pulmonar, promovendo vasoconstricção periférica, enrijecimento capilar, comprometendo a circulação, aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial (JORGE, DANTAS, 2003).

3.2.2: Cuidados com pacientes submetidos à Radioterapia

A radioterapia (RXT) é um tratamento diário, que pode durar de 6 a 7 semanas, tem sido utilizada em tratamento exclusivo ou combinada à quimioterapia ou à cirurgia. O tratamento exclusivo se destina a lesões extensas, que sempre vêm acompanhadas de metástase cervical, com comprometimento arterial ou venoso (linfonodos positivos aderidos à artéria carótida e ou veia jugular, internas ou externas) o risco benefício é muito grande, pois ao tem como ressecar um tumor aderido a uma artéria nobre, sem ocasionar um grande sangramento e a ligadura da mesma trás sérios riscos de vida para o paciente. A avaliação é a preservação da vida do paciente, qualidade de vida e estética.

A radioterapia é um tratamento imunodepressor que causa danos às células epiteliais e endoteliais com conseqüente fibrose perivascular, radiodermite, mucosite e

esofagite, radionecrose (inclusive óssea), cansaço, queda de pêlos, estenose traqueal, edema, xerostomia, sangramentos, hipotireoidismo (perda da função da glândula tireóide) e descalcificação dos dentes (INCA/MS 2014).

❖ **Hidratação:** A radioterapia causa sérias queimaduras na maioria dos pacientes, interna e externamente. O paciente que irá realizar este tratamento é orientado a ingerir 2 litros de água por dia.

❖ **Suporte alimentar:** há uma diminuição considerável de peso, o paciente chega a perder de 20% a 30% de seu peso ao começar o tratamento, sente enjôo, a queimadura causada pelo tratamento na boca e esôfago (devido ao ângulo de abrangência da radiação ionizante, agem sobre o DNA nuclear levando à perda da sua capacidade reprodutiva).

Todos os pacientes são orientados a usarem alimentação enteral, muitos recusam, por ainda não conseguiram assimilar o que é o tratamento, mesmo explicado exaustivamente, então deixamos em aberto, quando o mesmo sentir necessidade ou não estar conseguindo alimentar-se, o paciente é orientado a nos procurar. A exemplo dos pacientes cirúrgicos, todos os pacientes que irão realizar radioterapia e ou quimioterapia são encaminhados ao serviço de nutrição. É de extrema importância a hidratação. Muitas vezes o paciente sente-se desanimado, sem vontade e não consegue beber água por isso a importância do cateterismo enteral.

❖ **Integridade da pele:** Durante o tratamento da radioterapia o paciente é acompanhado com consultas de enfermagem, para avaliação da pele, alimentação, ingesta hídrica, integridade da mucosa oral, presença de sangramento.

- ✧ Ao chegar em casa o paciente é orientado a usar um creme hidratante rico em lipídios, que é fornecido pelo Hospital a maioria das vezes.
 - ✧ Deve aparar os pelos da barba e não usar lamina de barbear, para não ferir a pele, que está sensível.
 - ✧ Não deve expor ao sol, mar e piscina, o local irradiado para não causar queimaduras ou piorar a região da aplicação da RXT, causando uma infecção chamada celulite, que em casos mais graves pode levar a internação.
 - ✧ Evitar roupas fechadas, sintéticas ou lycra. Usar roupas leves, claras.
 - ✧ Não usar cremes, loções ou talco na área de tratamento.
 - ✧ Não coçar a área de tratamento, para evitar traumatizar o local.
 - ✧ Ao tomar banho não esfregar o local irradiado e enxugá-lo com toalha macia.
- ❖ **Higiene bucal:** a presença de doença periodontal leva ao aumento da flora bacteriana na cavidade oral. Todos os pacientes recebem avaliação da arcada dentária e boca pela Odontologia, se necessário fazem tratamento dentário antes de começar o tratamento radioterápico. Durante 5 anos , não poderão extrair nenhuma unidade dentária, com risco de necrose da mandíbula, devido a radiação recebida.
- ❖ **Xerostomia:** sensação de boca seca, é queixa comum entre os pacientes que se submetem a radioterapia, levando a distúrbios da fala, mastigação e deglutição. Isto ocorre por causa da desidratação, destruição das

glândulas salivares pela radioterapia (SHINKAI e CURY, 2000).

- ❖ **Mucosite:** lesão que ocorre na superfície da mucosa oral causada pela quimioterapia e/ou radioterapia, denominadas genericamente de estomatite. É muito freqüente e desconfortável passível de sofrer infecções secundárias e comprometer o estado de saúde geral do indivíduo em tratamento clínico para o câncer.
- ⊗ A Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica a mucosite em quatro graus. O grau 0 é aquele no qual não existem sinais ou sintomas. No grau 1, a mucosa apresenta-se eritematosa e dolorida. O grau 2 é caracterizado por úlceras, e o paciente alimenta-se normalmente. No grau 3, o paciente apresenta úlceras e só consegue ingerir líquidos. No grau 4, o paciente não consegue se alimentar.
- ⊗ A dor é outro sintoma ocasionado pela mucosite oral tornando-se tão severa quanto à proporção da área comprometida, iniciando como se fosse uma queimação seguida pelo aumento da sensibilidade.
- ⊗ Quanto ao tratamento da mucosite, o paciente deve ser encaminhado ao serviço de odontologia para tratamento do laser de baixa potência e higiene oral com gluconato de clorexidina a 0,12% (peroxidin) e solução de nistatina para bochechar.
- ⊗ Além desses procedimentos, recomenda-se ao paciente aumentar a ingestão de água, manter a boca sempre úmida, evitar alimentos ácidos e evitar jejum prolongado. A utilização de complexos vitamínicos A, B, E. e bochechos com chá de camomila, apesar de sua eficácia não comprovada, parecem conferir

importante redução no grau e no alívio dos sintomas da mucosite (GONDIM, GOMES, FIRMINO, 2009).

- ❖ **Edema:** o sintoma pode aparecer após 2 semanas de tratamento e persiste por longo tempo. Como toda rede linfática é queimada pela radiação iônica, a drenagem que normalmente ocorreria nos tecidos celulares não acontece. O paciente pode acordar com bolsas nas pálpebras e edema acentuado pelo rosto e região mentoniana. Por isto é orientado a dormir com a cabeceira da cama alta e ao acordar e lavar o rosto realizar massagens com creme hidratante. A mucosa também fica prejudicada e qualquer esforço ao falar ou tossir pode causar edema na boca, língua e cordas vocais, em alguns casos mais graves o paciente tem que se submete a traqueostomia de urgência.

3.2.3. Cuidados com pacientes submetidos à Quimioterapia

O tratamento pode ser realizado por:

- ❖ Via oral em forma de comprimidos, cápsulas e líquidos que pode ser ingerido em casa.
- ❖ Via intravenosa
- ❖ Subcutânea
- ❖ **Intratecal:** aplicada no líquido, administrada pelo médico oncologista, em sala própria ou no centro cirúrgico.
- ❖ **Tópico:** pode ser líquido ou pomada, aplicado na pele.

A quimioterapia pode causar efeitos indesejáveis, como suspensão temporária da menstruação, levar a menopausa e andropausa precoce, disfunções sexuais.

Os quimioterápicos podem ser eliminados na urina, fezes, suor, vômitos, lágrimas e sêmen. A queda do cabelo pode ser total ou parcial e dura em média 21 dias.

Em caso de constipação recomenda-se:

- ❖ Alimentação rica em fibras como laranja, mamão, ameixa, uva, vegetais, cereais integrais.
- ❖ Beber muito líquido (água, sucos, refrescos).
- ❖ Realizar exercícios físicos leves como, caminhar.

Em caso de diarreia: por uso de alguns medicamentos

- ❖ Ingerir alimentos gelados, líquidos e pastosos.
- ❖ De preferência alimentos sem gordura e condimentos: arroz, batata, cenoura, banana, maçã, caju, goiaba, frango.
- ❖ Beber pelo menos 2 litros de líquidos.

Em caso de feridas na boca: pode aparecer feridas tipo aftas:

- ❖ Inspeccionar a boca diariamente
- ❖ Manter a boca sempre limpa
- ❖ Evitar alimentos ácidos, condimentos, de consistência dura e quente.

Em caso de vômitos: alguns medicamentos produzem irritação na parede do estômago e intestino, causando enjôo e ou vômitos.

- ❖ Evitar alimentos e carnes gordurosos e condimentos (pimenta, cominho).
- ❖ Alimentos frios ou em temperatura ambiente e bebidas gasosas são bem tolerados (sorvetes, gelatina).
- ❖ Procurar se alimentar mais vezes por dia e em pequenas quantidades.
- ❖ Procurar alimentar-se em ambiente calmo e tranqüilo e livre de cheiros.
- ❖ Mastigar bem os alimentos
- ❖ Não realizar esforços físicos após as refeições.

Hiperpigmentação: alguns quimioterápicos podem causar escurecimento da pele quando expostos aos raios solares, principalmente nas dobras das articulações, unhas e trajeto das veias.

- ❖ Deve-se aplicar protetor solar a partir do fator 30, nas áreas expostas ao sol.
- ❖ Evitar exposição ao sol
- ❖ Sair de casa de chapéu ou boné para proteger a face e a cabeça.
- ❖ Manter a pele sempre hidratada usando cremes sem álcool e em hormônio.

Anemia, leucopenia e trombocitopenia: os remédios usados para combater as células do câncer também destroem algumas das células saudáveis do nosso organismo. As células mais afetadas são as do sangue, como os glóbulos brancos, que defendem nosso organismo de infecções, os glóbulos vermelhos, que transportam oxigênio para todas as partes do nosso corpo e as plaquetas, que atuam na coagulação do sangue. Quando as taxas sanguíneas diminuem, podem aparecer sintomas como

cansaço aos pequenos esforços, falta de ar, palidez, febre, pintas avermelhadas na pele, manchas roxas e vermelhas e sangramentos.

- ❖ Deve-se evitar lugares fechados, sem ventilação e com aglomeração de pessoas.
- ❖ Manter boa higiene bucal e corporal
- ❖ Evitar o contato direto com animais domésticos e suas excreções
- ❖ Inspeccionar regularmente a pele, a boca, o ouvido e o nariz à procura de alguma lesão e ou manchas.
- ❖ Proteger a pele de ferimentos ao se depilar, barbear, cortar as unhas e ao espremer cravos e espinhas.
- ❖ Procurar ter bom sono e repouso
- ❖ Dieta saudável rica em legumes, verduras, frutas, cereais e pobres em gorduras.
- ❖ Medir a temperatura sempre que perceber qualquer alteração.
- ❖ Não fazer vacinas sem comunicar ao médico.

3.2.4. Conduta multidisciplinar

A equipe multidisciplinar é formada por um grupo de profissionais que trabalham em conjunto para maior integração na equipe, havendo o aumento da produtividade e racionalização dos serviços no Programa de Saúde da Família, como proposta do Governo Federal aos municípios para implementar a atenção básica que vem de encontro aos debates e análises referentes ao processo de mudança que orienta o modelo de atenção básica vigente, com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da

saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

No INCA há entraves que exige da equipe multiprofissional o estreitamento de laços, dado o perfil dos pacientes matriculados na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA. Não raro, atende pacientes sem referência familiar ou moradia fixa, o que impacta em seu tratamento. A qualidade da atenção não apenas condicionada ao acesso ao tratamento, mas também à garantia de acesso aos procedimentos e cuidados especializados propiciam ao paciente e familiar confiança e esperança. (ALCÂNTARA et al, 2014).

Enfermeiro: cabe receber os pacientes quando de sua matrícula e quando da deliberação de tratamento, informar quanto à cirurgia, suas conseqüências e a necessidade de reabilitação motora e fonatória, promover a cicatrização incluindo o acompanhamento das feridas operatórias, orientar para o autocuidado relacionado à higiene, alimentação, sono, postura corporal, comunicação, respiração e traqueostoma. Incentivar o envolvimento e ajuda familiar no cuidado; promover a reabilitação do paciente e seus familiares a novas condições impostas pelas seqüelas do tratamento. Os pacientes deliberados para radioterapia e ou quimioterapia recebem orientações sobre seu tratamento, cuidados preventivos que devem ter antes e depois dos tratamentos e suas seqüelas.

Odontologia: orientação sobre a realização da higiene oral correta, avaliação e tratamento da arcada dentária. Os pacientes são encaminhados ao serviço de odontologia antes de realizarem tratamento.

Nutrição: responsável pelo suporte calórico. Realiza avaliação pré-tratamento e acompanhamento do paciente durante o tratamento deliberado. É importante no processo de cicatrização e incidência de infecção pós-operatória, tratamento de fístula quilosa e fístula faringocutânea. Todos os pacientes matriculados são encaminhados ao serviço de nutrição.

Psicologia: é muito importante no pré e pós-operatório, tendo em vista que a doença vem acompanhada de transtornos diversos e as seqüelas causadas pelas cirurgias, que muitas vezes implicam na perda do convívio social.

Fisioterapia: os pacientes com câncer na cavidade oral passam por cirurgia que duram muitas horas, necessitando de acompanhamento do fisioterapeuta, a grande maioria são fumantes e vêm com doença pulmonar obstrutiva crônica grave (DPOC).

Fonoaudiólogo: trabalha em minimizar as seqüelas do tratamento cirúrgico e da radioterapia, que causam alterações na deglutição, fala. No tempo de decanulização traqueal, com o objetivo de facilitar a introdução dos pacientes em seu meio social. Avaliam a colocação de prótese fonatória em pacientes submetidos a laringectomia total, instalam a prótese e fazem acompanhamento deste paciente.

Serviço social: o câncer provoca transformações importantes na vida das pessoas, com implicações sociais, além de agravar dificuldades como falta de recursos, de vínculos familiares e situações geradoras de conflito. Por isso a necessidade da avaliação deste profissional para que o paciente inicie seu tratamento

com o menor número de problemas possível e com apoio de seus familiares e/ou cuidadores.

Médico: responsável pela deliberação do tratamento a ser realizado no paciente, matrícula e, estadiamento. Sempre a primeira avaliação é feita por um cirurgião. Após realizações dos exames, o paciente retorna e tem tratamento deliberado. No caso de radioterapia e ou quimioterapia será encaminhado a um oncologista clínico e ou radioterapeuta.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte, com banco de dados existentes em pacientes com câncer em cavidade oral diagnosticados, e tratados pela Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, localizado na cidade do Rio de Janeiro, onde são atendidas cerca de 600 pacientes por semana, 45 pessoas são matriculadas e acompanhadas, entre esses temos portadores de câncer na cavidade oral, são realizadas cerca de 20 cirurgias de grande e pequeno porte no centro cirúrgico por semana e 40 biópsias em sala de pequena cirurgia por mês. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde aprovado pelo Decreto nº 3.496, de 01 de junho de 2000, responsável pelo desenvolvimento e pela coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, incluindo a assistência médico-hospitalar prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. Assim, contribui para a capacitação das equipes que atuam nas áreas de assistência, pesquisa e informação sobre câncer, proporcionando os meios para a melhoria na qualidade da informação na assistência prestada.

4.3. Participante do estudo

A população do estudo foi constituída por 200 pacientes dos 222 participantes com câncer da cavidade oral já entrevistados do projeto de pesquisa “*Estudo de câncer de cabeça e pescoço no Brasil-INTERCHANGE*”, da *International Agency for Research Cancer (IARC)*, *World Health Organization (WHO)* e Instituto Nacional de Câncer (INTERCHANGE/INCA/IARC)”. Nessa pesquisa serão entrevistados 600 pacientes (200 com tu de laringe, 200 pacientes com tu de cavidade oral e 200 pacientes com tu de orofaringe), foi aprovada pelo CONEP e CEP-INCA sob o nº CAAE 00721712610015274, obedece aos seguintes critérios de inclusão: ser diagnosticado com câncer na cavidade oral, estar matriculado no ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, participar do projeto Estudo de câncer de cabeça e pescoço no Brasil-INTERCHANGE (anexo1), estar lúcido e orientado, estar acompanhado do responsável no momento da inclusão. Durante a seleção não houve recusa de nenhum paciente em participar da pesquisa. Excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos.

4.4. Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada através de dois instrumentos: questionário e dados clínicos do prontuário, o período de 1º de março de 2012 a 31 de outubro de 2013 (apêndices 1 e 2), ressaltando que os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, foram devidamente informados quanto ao objetivo da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada por mim no consultório de enfermagem do ambulatório de cabeça e pescoço, no andar térreo do hospital, corredor E, no período da manhã em um ambiente tranqüilo. Os dados clínicos foram colhidos nos prontuários no período da tarde. O questionário foi composto pelos

dados dos participantes selecionados com as seguintes variáveis:

4.4.1. Instrumento - questionário

4.4.1.1. Sócio-demográficas:

- **Idade:** Foi considerada a idade, em anos completos, na data da matrícula hospitalar. Posteriormente essa variável foi classificada nos seguintes grupos etários: < 50 anos, 50 anos e < 60 anos, 60 anos e < 70 anos e 70 anos.
- **Estado de moradia:** local de moradia, sendo classificados em capital do Rio de Janeiro e demais.
- **Profissão:** classificadas de acordo com a maior frequência observada: do lar, motoristas, pedreiros e outras.
- **Escolaridade:** o grau de instrução foi categorizado em: sem estudo formal ou alfabetização de adultos, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior completo ou incompleto.
- **Etnia:** branca, parda, negra, amarela ou vermelha.
- **Gênero:** classificados em feminino e masculino.
- **Estado civil:** casados ou união estável, separado ou divorciados, solteiro e viúvo.
- **Renda:** foi verificada a renda do paciente no momento da matrícula hospitalar.
-

4.4.1.2. Hábitos de vida

Tabagismo: considerado a condição no momento da matrícula hospitalar, sendo classificada em sim ou não.

Etilismo: considerado a condição no momento da matrícula hospitalar, sendo classificada em sim ou não.

4.4.2. Instrumento - Prontuário

4.4.2.1. Clínicas: os dados foram coletados em prontuário. Foram consideradas as seguintes variáveis:

Estadiamento clínico: de acordo com a Classificação de Tumores Malignos (TMN), 7ª edição, 2012, do *International Union Against Cancer-American Joint Committee on Cancer* (UICC-AJCC) conforme dados constantes na 1ª consulta médica pós-matrícula. Essa variável foi categorizada em estágio I a IV. Também foi separadamente classificada de acordo com o tamanho do tumor (T1 a T4) e status dos linfonodos (N0 a N3).

Topografia do tumor: foi categorizado em língua, lábio, mucosa, rebordo, assoalho (incluindo mandíbula e retromolar), palato (incluindo maxilar).

Tratamento oncológico realizado: classificado em: ausência de tratamento, cirurgia exclusiva, cirurgia + radioterapia, cirurgia + radioterapia + quimioterapia, radioterapia + quimioterapia.

Tipo de cirurgia realizada: classificada pelo tipo de cirurgia no local do tumor, abordagem dos linfonodos (sim e não) e realização de reconstrução (sim e não).

Óbito: Foi avaliada a ocorrência de óbito durante o período de seguimento do estudo, sendo classificada em sim e não.

Tempo de doença ao chegar ao INCA: foi considerado o relato de tempo, em meses, entre o início dos sintomas de câncer percebidos pelos pacientes e a matrícula no INCA.

Tempo entre a triagem e a matrícula no INCA: foi considerado o tempo, em dias, entre a realização de triagem e a efetivação da matrícula no INCA.

Tempo entre diagnóstico do tumor e matrícula no INCA: foi considerada a diferença, em dias, entre a data do laudo de confirmação de câncer e a matrícula no INCA. Com base nessa variável, foram criadas duas novas variáveis: Diagnóstico anterior a matrícula no INCA (datas negativas); Tempo entre matrícula e o diagnóstico (datas positivas).

Tempo entre matrícula e início do tratamento: foi considerada a diferença, em dias, entre as datas de matrícula e o início do primeiro tratamento.

Tempo entre diagnóstico e início do tratamento: foi considerada a diferença, em dias, entre a data de confirmação do diagnóstico de câncer e a data de início do primeiro tratamento.

Tempo de seguimento dos pacientes: foi considerado o tempo, em meses, transcorrido entre o diagnóstico e o último seguimento dos pacientes. Nos casos de óbito, foi considerada a data de óbito. Para os demais, foi considerada a data da última consulta realizada no INCA.

4.4.2.2. Procedimentos de Enfermagem:

Foram listados por Guedes em 2004 em sua Dissertação de Mestrado, 77 procedimentos de enfermagem (Apêndice 2) conforme dados registrados no prontuário. Esses registros foram separados para melhor visualização, em cuidados de enfermagem, treinamento, orientações e dispensação de materiais e outros procedimentos classificados em:

Informações	Códigos(itens)
Cuidados de enfermagem	1 a 45, 65, 72, 73 e 77
Treinamento e orientações	46 a 64
Dispensação de materiais	66 e 67
Outros procedimentos	68 a 71, 74 a 76

Fonte: Guedes, 2004. Modificado em 2014

Posteriormente, os cuidados de enfermagem foram reclassificados devido ao grande número de cuidados e para melhor visualização das tabelas em:

Tabela IV: Procedimentos de enfermagem reclassificados

Informações	Códigos
Retirada dos pontos	1, 2, 3,
Curativo 1	4,10,19, 24,28,29 33, 38
Curativo 2	5, 6, 7, 8, 9, 12, 18, 20, 25, 30, 34, 37

Curativo 3	7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 26, 27, 31, 32, 35, 36
Procedimento 1	39, 40, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76
Procedimento 2	68, 69
Procedimento 3	41, 42, 43, 44, 45, 77
Treinamento 1	49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64
Treinamento 2	46, 47, 48, 60

Fonte: Guedes, 2004. Modificado em 2014

Para análise de sobrevida, os cuidados de enfermagem foram categorizados em ≤ 50 atendimentos e > 50 atendimentos.

4.5. Método de análise estatística

As informações foram armazenadas numa planilha do Microsoft Excel® e analisados utilizando o pacote estatístico SPSS versão 20.0. Os resultados estão apresentados sob a forma textual e por meio de tabelas e figuras.

Os dados foram analisados de acordo com os métodos da estatística descritiva, que emprega frequência absoluta e relativa, para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão, para as variáveis quantitativas.

A diferença na frequência de atendimentos técnicos realizados pelos profissionais de enfermagem, segundo as características demográficas e clínicas, foi realizada pela análise de variância (ANOVA) sendo considerada diferença estatisticamente significativa, o valor de $p < 0,05$.

A sobrevida global foi calculada considerando o intervalo de tempo entre a confirmação do câncer de cabeça e pescoço que gerou a inclusão no estudo e a ocorrência do evento (óbito). Para aqueles sem evento, os pacientes foram censurados na data da última consulta hospitalar. O método de Kaplan-Meier foi utilizado para calcular as diferenças de tempo na sobrevida de acordo com os cuidados de enfermagem (variável de exposição) e com as características demográficas e clínicas (variáveis de ajuste). As variáveis de ajuste com valor de $p < 0,20$ (teste de log rank) foram selecionadas para modelagem da associação entre os cuidados de enfermagem e a sobrevida global, pela Regressão de Cox. Foram mantidas no modelo aquelas com valor de $p < 0,05$.

4.6. Atendimento aos princípios éticos em pesquisa

O estudo não envolve procedimentos invasivos ou a administração de fármacos, e nem a exposição da imagem corporal. Foi resguardado o sigilo das informações coletadas do questionário. Os dados coletados não contêm informações que permitam a identificação do informante, foram analisados anonimamente e os resultados apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação de indivíduos, de forma a contemplar a confidencialidade. Por esses motivos, foi solicitada a dispensa do termo de consentimento, tendo em vista que já foi obtido o termo de consentimento do “*Estudo de câncer de cabeça e pescoço no Brasil-INTERCHANGE*” (anexo I),

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – INCA, sob o CAAE 00721712610015274, cuja cópia do parecer de aprovação se encontra no anexo II, podendo ser conferido na Plataforma Brasil.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, já que esta é a instituição proponente. Sendo aprovado sob o CAAE: 25864813.7.0000.5285, cuja cópia do parecer se encontra no anexo II, podendo ser conferido na Plataforma Brasil.

Riscos: O estudo não impôs riscos adicionais aos participantes da pesquisa, pois se tratou de coleta e análise de dados secundários. Os dados coletados não tiveram informações que permitissem a identificação do informante, foram analisados de forma anônima e os resultados apresentados de forma agregada de forma a contemplar a confidencialidade.

Benefícios: Os benefícios não serão diretamente aplicados aos participantes do estudo, mas acrescentará conhecimento sobre os portadores de neoplasias de cavidade oral, tanto no planejamento de política de saúde voltada para a prevenção e controle de novos casos, visando proporcionar recursos suficientes para diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, evitando que pessoas morram prematuramente. Também, para a assistência em Enfermagem, o entendimento sobre as intervenções e a demanda de cuidados de Enfermagem pode acrescentar qualidade aos serviços que possuem esta especialidade oncológica.

5. RESULTADOS

5.1. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com neoplasia da cavidade oral diagnosticados e tratado em uma instituição de referência oncológica

No período de estudo foram elegíveis 200 pacientes com câncer de cavidade oral e diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide que foram acompanhados, em média, por 17,23 meses (dp 8,39). Destes três pacientes apresentaram câncer prévio (um com câncer de cabeça e dois no abdome e pele).

O tempo médio transcorrido entre o início dos sintomas percebidos pelo paciente e o diagnóstico de câncer foi de 6,98 meses (dp 7,16). O diagnóstico foi realizado antes da matrícula no INCA em 93,9% dos pacientes. Após a triagem, os pacientes demoraram em média 28,36 dias (dp 25,14) para efetivarem a matrícula na instituição. Após a matrícula, o início do tratamento oncológico ocorreu, em média, após 103 dias, 3,5 meses (dp 277,57) (dados não apresentados em tabelas).

Ao diagnóstico, a média de idade foi de 61 anos (n=107, dp: 10,84) sendo classificados como idosos 53,5% dos casos. A renda mediana foi de R\$ 724,00 (R\$300,00 a R\$4.000,00), sendo a maioria do gênero masculino (n=153, 77%), de cor branca (n=146, 73,0%), casados ou com união estável (n=108, 54,0%) e com baixa escolaridade (n=92 — 46%). Quanto à moradia, pouco mais da metade residia fora da cidade do Rio de Janeiro (n=113 — 56,5%) (tabela 5).

Tabela 5: Características sócio-demográficas dos pacientes ao diagnóstico de neoplasia maligna de cavidade oral (n=200)

Características	Nº	%
Idade		
Média (dp)	61,16 anos (10,84)	
Renda		
Mediana (min – max)	R\$ 724,00 (300 -4.000)	
Faixa etária		
≥ 60 anos	107	53,5
< 60 anos	93	46,5
Gênero		
Masculino	153	76,5
Feminino	47	23,5
Cor da pele		
Branca	146	73,0
Parda	42	21,0
Negra	12	6,0
Estado civil		
Casado/união consensual	108	54,0
Separado/divorciado	18	9,0
Solteiro	44	22,0
Viúvo	30	15,0
Escolaridade		
Sem alfabetização /alfabetização de adultos	25	12,5
	92	46,0
<i>Ensino fundamental incompleto</i>		
Ensino fundamental completo	31	15,5
Ensino médio completo	37	18,5
Ensino superior completo ou incompleto	15	7,5
Profissão		
Do lar	23	11,5
Motorista	18	9,0
Pedreiro	21	10,5
Outros*	138	69,0
Município de domicílio		
Rio de Janeiro - Capital	86	43,0
Rio de Janeiro - Interior	113	56,5

Fonte: dados da pesquisa 2012-2013.

*As outras categorias profissionais apresentaram frequência inferior a 10 casos e foram computadas em conjunto

Considerando os hábitos de vida, foram identificados 84,0% de tabagistas (n=168) e 72,0% de etilistas (n=144). A localização mais freqüente do câncer foi em língua (n=89 — 44,5%) seguida do assoalho de boca (n=64 — 32,0%). Ao diagnóstico, 63,5% não apresentavam comprometimento clínico de linfonodos cervicais e houve uma variação entre o tamanho dos tumores, ficando entre T2 (n=66 — 33%) e tumor avançado T4 (n=66 — 33%), ocorreram dois casos em que o tumor primário não pode ser avaliado (Tx). Quanto ao estadiamento clínico, 45,0% (n=90) foram classificados no estadio IV da doença (tabela 6).

Tabela 6: Hábitos de vida dos pacientes e características do tumor ao diagnóstico de neoplasia maligna de cavidade oral (n=200)

Características	Nº	%
<i>Tabagismo</i>		
Sim	168	84,0
Não	32	16,0
<i>Etilismo</i>		
Sim	144	72,0
Não	56	28,0
<i>Localização do tumor</i>		
Assoalho de boca	64	32,0
Lábio	8	4,0
Língua	89	44,5
Mucosa oral	17	8,5
Palato	11	5,5
Rebordo gengival	11	5,5
<i>Comprometimento dos Linfonodos (N)</i>		
N0	127	63,5

N1	31	15,5
N2	32	16,0
N3	10	5,0
Tamanho do Tumor (T)		
Tx	02	1,0
T1	27	13,5
T2	66	33,0
T3	39	19,5
T4	66	33,0
Estadiamento Clínico		
I	21	10,5
II	44	22,0
III	45	22,5
IV	90	45,0

Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

As características do tratamento estão apresentadas na tabela 7. A maior parte dos pacientes foi submetido ao esquema de cirurgia e radioterapia (n=88 — 44,0%). Entre os procedimentos cirúrgicos realizados na área tumoral, o mais freqüente foi a glossopectomia (n=89 — 64,5%). O esvaziamento cervical foi realizado em 76,1% (n=105) e a reconstrução em 24,0% (n=48) dos casos operados.

Tabela 7: Características do tratamento e da evolução clínica dos pacientes com neoplasia maligna de cavidade oral (n=200).

Características	Nº	%
Tratamento oncológico realizado		
Cirurgia	47	23,5
Cirurgia + radioterapia	88	44,0
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	3	1,5
Radioterapia	33	16,5
Radioterapia + quimioterapia	20	10,0
Nenhum tratamento***	9	4,5
Tipo de cirurgia realizada*		
Glossectomia parcial	25	18,1
Glossopelvectomia + mandibulectomia	89	64,5
Mandibulectomia	06	4,3
Maxilarectomia	06	4,3
Queilectomia	08	5,7
Ressecção de tumor	04	2,9
Esvaziamento cervical*		
Não	33	23,9
Sim	105	76,1
Reconstrução*		
Não	91	65,9
Sim	47	34,1
Óbito durante o seguimento		
Não	152	76,0
Sim	48	24,0

* Percentual calculado somente para os casos submetidos a cirurgia (n=138)

* As diferenças correspondem aos valores não conhecidos;

** Percentual calculado somente para os casos submetidos a cirurgia (n=138)

*** Nove pacientes não conseguiram realizar nenhum tipo de tratamento

Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

5.2. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer da cavidade oral

A distribuição da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos profissionais de enfermagem durante o período de seguimento dos pacientes encontra-se apresentado na tabela 8.

Em relação a todos os procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem, foram realizados no total 10.418 procedimentos, representando uma média de 52 por cliente (dp 30,38). Quanto ao quantitativo das consultas de enfermagem no decorrer do período estipulado para a pesquisa, cada cliente foi consultado no mínimo três vezes e no máximo 15 vezes, sendo realizadas em média 09 consultas (dp 3,87), o que representa um total de 1.823 consultas de enfermagem. Entre os procedimentos, o mais freqüente foi à higiene oral (n=1.178) e a troca simples da cânula (n=732). O treinamento e orientações realizado no pré e pós-operatório foram realizados 5.875 vezes durante o seguimento, com média de 29 vezes por pessoa (dp 5,55). A orientação mais freqüente foi em relação à limpeza da boca (n=447), com média de 2 orientações por paciente (dp 0,86) (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos Enfermeiros (n=200)

Descrição do atendimento	Média (DP)	Mediana (Min-Máx)	Total de atendimentos
Procedimentos relacionados aos cuidados*			
Consultas de Enfermagem	9,12 (3,87)	10 (3-15)	1.823
Curativo limpo de área doadora (2)	2,56 (4,31)	0 (0-10)	510
Curativo limpo de área receptora (1)	2,55 (4,31)	0 (0-10)	510
Remoção de crosta da cavidade oral (1)	3,86 (1,73)	4 (0-15)	771
Higiene da boca (1)	5,89 (1,44)	6 (1-15)	1.178
Troca simples de cânula (1)	3,66 (3,87)	3 (0-10)	732
Total	52,09 (30,38)	51 (7-165)	10.418
Treinamento e Orientações*			
Alimentação por sonda e manutenção (2)	1,95 (0,33)	2 (1-5)	389
Limpeza da boca (1)	2,24 (0,86)	2 (1-5)	447
Orientação sobre doenças na cabeça e pescoço(1)	1,94 (0,25)	2 (1-2)	387
Uso adequado de medicação (1)	1,98 (0,32)	2 (1-3)	395
Manutenção e integridade de higiene da pele (1)	1,94 (0,25)	2 (1-2)	387
Total	29,38 (5,55)	30 (12-38)	5.875
Fornecimento de materiais auxiliares			
Total	9,02 (10,13)	6 (0-25)	1.803

* Apresentados os cinco procedimentos mais freqüentes

Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

A distribuição da frequência de atendimentos técnicos, realizados pelos profissionais de enfermagem, segundo as características demográficas e hábitos de vida estão apresentadas na tabela 9. Aqueles residentes na capital, em comparação aos demais municípios tiveram maior frequência de atendimentos técnicos relacionados aos cuidados de enfermagem ($p=0,005$) e fornecimento de materiais

($p=0,015$). As demais variáveis demográficas não influenciaram o número de atendimentos técnicos realizados.

Considerando as características clínicas, os cuidados de enfermagem foram mais freqüentes nos estadiamentos avançados ($p=0,013$), nos tumores de mucosa oral e língua/assoalho ($p=0,014$), nas cirurgias de comando ($p<0,001$), no esvaziamento cervical ($p<0,001$) e nos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico ($p<0,001$). Os demográficos e clínicos encontram-se apresentados na tabela 10. Foram selecionadas como possíveis variáveis de ajuste na associação entre cuidados de enfermagem e sobrevida global, aquelas com $p<0,020$ (escolaridade, gênero, estadiamento clínico e tratamento oncológico realizado).

Na análise bruta entre cuidados de enfermagem e sobrevida global, aqueles atendimentos para treinamento e orientações foram mais freqüentes nos tumores de língua/assoalho, rebordo gengival e palato ($p<0,001$), naqueles submetidos a esvaziamento cervical ($p<0,001$) e tratados com cirurgia com ou sem tratamento adjuvante ($p<0,001$). Em relação ao fornecimento de materiais, a maior freqüência foi para os estadiamentos iniciais ($p=0,033$), tumores de mucosa oral ($p=0,035$), submetidos a cirurgia de comando ($p<0,001$), com esvaziamento cervical ($p<0,001$) e tratados com cirurgia ($p<0,001$) (tabela 10).

Tabela 9: Distribuição da frequência de atendimentos técnicos realizados pelos Enfermeiros, segundo as características demográficas e hábitos de vida (n=200)

Características demográficas	Procedimentos de enfermagem		Treinamento e orientações		Fornecimento de materiais	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
Idade ao diagnóstico de câncer						
Idosos (≥ 60 anos)	51,21 (31,88)	0,663	28,97 (5,73)	0,272	8,77 (10,37)	0,711
Não idosos (< 60 anos)	53,10 (28,69)		29,84 (5,32)		9,30 (9,89)	
Local de residência						
Capital do Rio de Janeiro	58,69 (31,33)	0,005	29,22 (6,03)	0,739	10,93 (10,52)	0,015
Outros municípios	46,70 (28,57)		29,49 (5,21)		7,42 (9,52)	
Escolaridade						
Até 8 anos de estudo (1º grau incompleto)	48,68 (29,56)	0,060	29,28 (5,45)	0,779	8,20 (10,02)	0,176
≥ 8 anos de estudo (1º grau completo e superior)	56,89 (31,05)		29,51 (5,71)		10,17 (10,24)	
Cor de pele						
Branca	51,08 (30,42)	0,602	29,00 (5,96)	0,116	8,62 (9,98)	0,370
Negra ou parda	54,83 (30,38)		30,39 (4,11)		10,07 (10,55)	
Gênero						
Feminino	50,51 (26,94)	0,685	29,18 (5,66)	0,363	8,17 (9,43)	0,515
Masculino	52,58 (31,43)		30,02 (5,17)		9,27 (10,35)	
Estado civil						
Com companheiro	52,93 (30,35)	0,674	29,54 (5,76)	0,656	8,91 (9,88)	0,871
Sem companheiro	51,11 (30,56)		29,18 (5,32)		9,14 (10,47)	
Tabagismo ao diagnóstico de câncer						
Não	46,41 (26,17)	0,249	29,56 (5,82)	0,835	6,78 (8,88)	0,174
Sim	53,17 (31,07)		29,34 (5,51)		9,44 (10,32)	
Etilismo ao diagnóstico de câncer						
Não	51,83 (30,29)	0,849	29,96 (6,14)	0,350	9,35 (10,37)	0,458
Sim	52,75 (30,87)		29,15 (5,31)		8,16 (9,52)	

* Valor de p obtido pela análise de variância (ANOVA).

Valores em vermelho foram estatisticamente significantes (p<0,05) Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

Tabela 10: Distribuição da freqüência de atendimentos técnicos realizados pelos Enfermeiros, segundo as características clínicas (n=200)

Características Clínicas	Procedimentos de enfermagem		Treinamento e orientações		Fornecimento de materiais	
	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*	Média (dp)	p*
Estadiamento clínico						
Inicial (I e II)	59,78 (26,93)	0,013	29,63 (6,78)	0,652	11,22 (10,07)	0,033
Avançado (III e IV)	48,39 (31,33)		29,25 (4,88)		07,96 (10,03)	
Tipo de Tumor						
Língua e assoalho	55,39 (30,67)	0,014	30,55 (3,77)	<0,001	9,88 (10,359)	0,035
Lábio	27,50 (0,53)		14,00 (0,00)		4,00 (0,00)	
Mucosa oral	52,47 (35,93)		24,71 (7,51)		10,65 (12,46)	
Rebordo gengival	41,45 (24,32)		30,45 (4,50)		5,00 (7,28)	
Palato	34,09 (16,78)		30,36 (6,05)		2,18 (3,03)	
Tratamento cirúrgico**						
Cirurgia Simples	45,87 (21,05)	<0,001	29,70 (8,22)	0,264	5,27 (8,02)	<0,001
Comando	72,08 (24,10)		31,10 (3,32)		15,16 (9,23)	
Esvaziamento cervical**						
Não	41,73 (18,14)	<0,001	26,52 (10,46)	<0,001	4,61 (5,62)	<0,001
Sim	74,13 (22,84)		32,14 (2,67)		15,65 (9,40)	
Reconstrução**						
Não	66,12 (26,84)	0,868	30,12 (7,26)	0,068	13,57 (10,55)	0,351
Sim	66,89 (23,91)		32,11 (1,94)		11,91 (8,28)	
Tratamento oncológico realizado						
Sem tratamento	8,89 (4,96)	<0,001	28,67 (1,00)	<0,001	0	<0,001
Cirurgia (com ou sem tratamento adjuvante)	66,38 (25,79)		30,80 (6,07)		13,01 (9,84)	
Radioterapia e/ou quimioterapia	22,21 (0,53)		25,79 (1,51)		0,15 (1,10)	

* Valor de p obtido pela análise de variância (ANOVA);

**Considerando apenas aqueles submetidos a tratamento cirúrgico (n=138)

Valores em vermelho foram estatisticamente significantes (p<0,05)

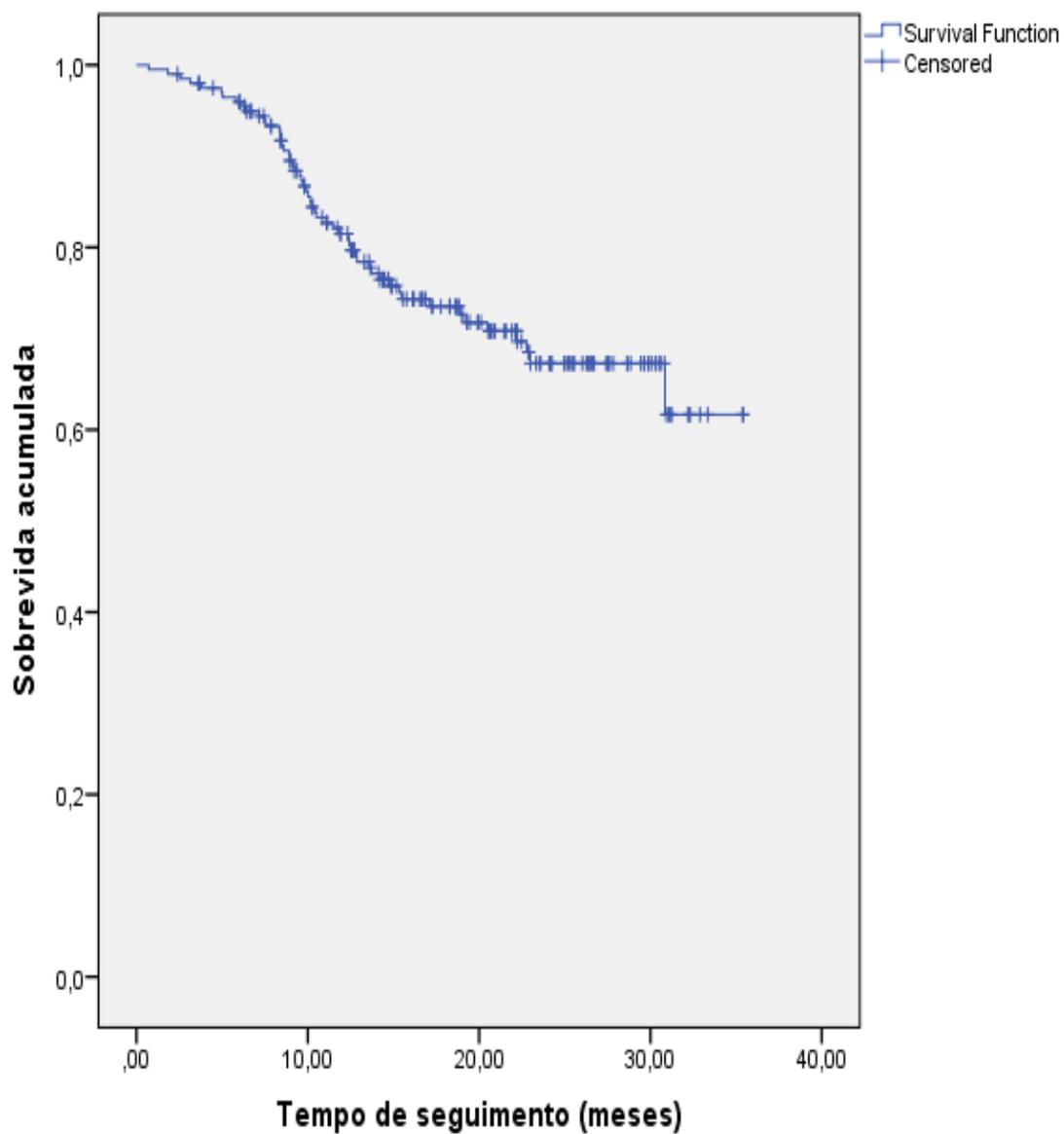
5.3. Sobrevida global e assistência de enfermagem prestada aos pacientes com câncer da cavidade oral

Os pacientes foram acompanhados, em média, por 16,03 meses (dp 12,30). Nesse período, 53 (26,5%) evoluíram ao óbito. O tempo médio de sobrevida global foi de 27,50 meses (IC 95% — 25,70 – 29,29) (gráfico 4).

Considerando os cuidados de enfermagem, aqueles que tiveram até 50 cuidados apresentaram sobrevida global média de 22,50 meses (IC 95% —19,95–25,06) e aqueles com mais de 50 cuidados, 31,26 meses (IC 95% — 29,26 — 33,25) ($p < 0,001$) (gráfico 5).

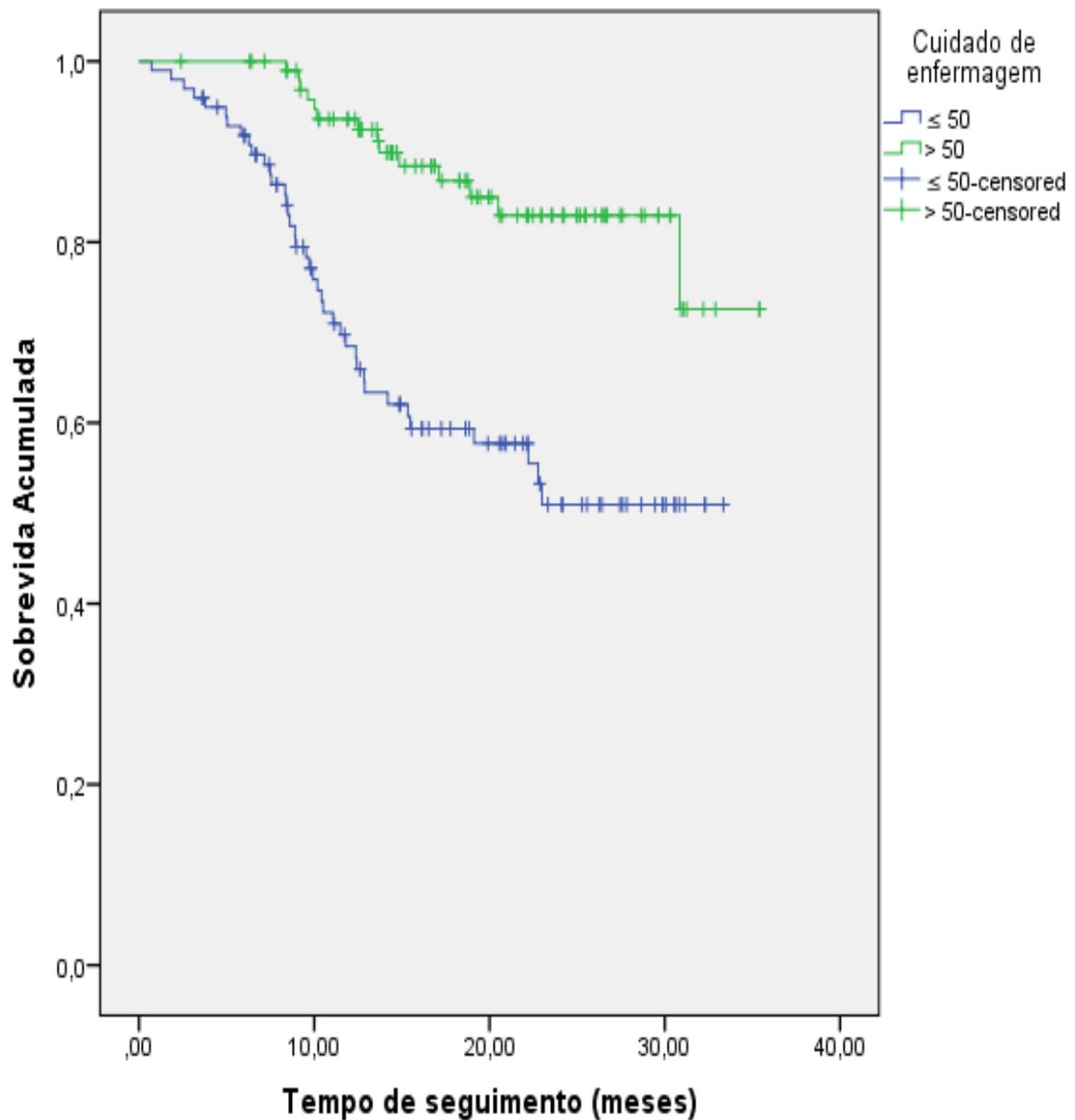
Pacientes com menos que 50 atendimentos apresentaram um risco 3,68 vezes maior de evolução para óbito em relação aquelas com mais de 50 atendimentos (HR=3,68 — IC 95% 2,00 — 6,79, $p < 0,001$). Após ajuste pelas variáveis de confusão (estadiamento, tratamento oncológico, escolaridade e gênero), aquelas com menos de 50 atendimentos tiveram um risco 3,22 vezes maior de evolução para óbito em relação aquelas com mais de 50 atendimentos (HR=3,22 — IC 95% 1,56 — 6,63, $p = 0,002$).

GRÁFICO III: Curva de Kaplan-Meier da sobrevida global dos pacientes diagnosticados e tratado de câncer na cavidade oral (n=200)



Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

GRÁFICO IV: Curva de Kaplan-Meier da sobrevida global dos pacientes diagnosticados e tratado de câncer na cavidade oral de acordo com a frequência de cuidados de enfermagem (n=200).



Fonte: Dados da pesquisa 2012-2013

6. DISCUSSÃO

O Relatório Mundial de Câncer 2014 (World Cancer Report) mostra a situação atual do conhecimento sobre o câncer, originário de pesquisa sobre padrões de câncer, causas e mecanismos e como este conhecimento está sendo aplicado na criação de ações baseadas em evidências para prevenção e controle do câncer. O investimento em prevenção requer coragem e liderança política para tomar decisões.

A população hoje vivencia as condições precárias de direitos à saúde, que interfere na vida social, organização familiar e nas condições de sobrevivência. A carência de profissionais que identifiquem precocemente, o câncer na cabeça e pescoço e locais que realizem gratuitamente biópsias em tempo hábil, está fazendo com que o paciente chegue com a doença localmente avançada. O processo de adoecimento e tratamento de doenças como o câncer requer dos profissionais de saúde ações integradas de atendimento, prevenção e promoção da saúde.

O Brasil congrega a OMS, como país em desenvolvimento. Por sua característica enfrenta uma sobrecarga com grande número de cânceres relacionados a infecções associadas à pobreza e o aumento de cânceres anteriormente mais comuns em países desenvolvidos, oriundos das mudanças no estilo de vida, que incluem o crescente consumo de tabaco e álcool, dietas pouco saudáveis, sedentarismo, crescimento e envelhecimento rápido da população. Isso significa que os países em desenvolvimento enfrentarão os maiores aumentos nos índices de câncer nas próximas décadas.

No caso do Brasil, o número de novos casos de câncer por ano deve aumentar em 75% nos próximos 20 anos,

somente em função do crescimento e envelhecimento da população e esse será ainda maior com o aumento dos índices de estilo de vida. O câncer na cavidade oral é a quinta neoplasia mais comum de cabeça e pescoço ficando em sétimo lugar no Rio de Janeiro capital e interior. (Fonte: GLOBOCAN 2012).

O aumento dos casos já sobrecarrega os sistemas de saúde, há necessidade da criação de uma rede de centros especializados, incluindo como prioridade o controle do tabaco, combate à obesidade, incentivo à atividade física e vacinação contra HBV e HPV. (Fonte: Rede Câncer, n° 26, p: 28-32).

Em relação aos resultados, observou-se que a ocorrência do sexo masculino foi mais freqüente do que o feminino. A faixa etária também está em consonância com o perfil do paciente com câncer de cavidade oral. Tabagismo e ingestão de álcool são os fatores de risco mais importantes, a cor branca foi atribuída à maioria dos clientes.

Quanto ao estado civil casado na maioria ou com união consensual, têm o ensino fundamental incompleto, moram fora da capital do Rio de Janeiro, ganham em média R\$724,00 e têm como profissão serem pedreiros, e as mulheres dedicam-se ao trabalho de casa (do lar) (Tabela 5).

O estadiamento TMN, a maioria foi classificada em E IV (45%), com uma pequena diferença entre E II (22%) e o E III (22,5%). Quanto à classificação do tamanho do tumor ao serem matriculados os pacientes apresentaram duas variações, para tumores T2 (33,0%) e tumores T4 (33,0%).

Sobre o comprometimento de linfonodos a maioria apresentou N0 (63,5%). Pode-se observar que muitos pacientes chegam ao ambulatório para realizarem a matrícula sem sinais visíveis de comprometimento de

linfonodos metastáticos isto para tumores de lábio, de mucosa oral, rebordo gengival e alguns tumores iniciais de língua. Dois pacientes avaliados em E4: TXN3M0, chegaram ao hospital em estágio avançado, um paciente foi encaminhado para tratamento radioterápico e outro paciente não chegou a fazer nenhum tratamento. (Tabela 6).

O tratamento realizado mais freqüente foi a cirurgia com complemento da radioterapia (44%) e radioterapia exclusiva (13,5%) para tratamento de tumores avançados (Tabela 7).

Há também a ressalva que nove pacientes não conseguiram realizar nenhum tipo de tratamento, falecendo antes. Dos 200 pacientes entrevistados ao longo do período estipulado para a pesquisa cerca de 26,5% tiveram óbito notificado.

Os pacientes continuam chegando ao Hospital em estadio avançado da doença, com tumores comprometendo grande área da boca em alguns casos com linfonodos positivos no pescoço; aumentando o custo do tratamento, que é prolongado e tem duração de no mínimo cinco anos.

Como é uma doença detectável, o câncer na cavidade oral pode ser visto e avaliado em um consultório odontológico de um Posto de Saúde ou em uma Clínica da Família. Cabe aos gestores da saúde oferecer à população condições de acesso aos serviços de atenção básica. No Brasil, apesar dos relatórios da OMS de 2003 e 2008 alertar para o aumento deste tipo de câncer, que se tornou a quinta neoplasia do mundo, as desigualdades sociais e regionais, limitações ao acesso e a qualidade a atenção básica em saúde, representam a impossibilidade do acesso a um diagnóstico precoce e a chance de realizar um tratamento curativo e não paliativo (BRASIL, 2005).

O acesso à saúde básica e especializada pelo SUS (Lei 8080/1990) leva à peregrinação em unidades de saúde com profissionais despreparados levando a um diagnóstico tardio. O tempo médio transcorrido entre o início dos sintomas percebidos pelo paciente e o diagnóstico de câncer foi de 6,98 meses. Após a triagem no INCA, os pacientes demoraram em média 28,36 dias para efetivarem a matrícula na instituição. Após a matrícula, o início do tratamento oncológico ocorreu, em média, após 103 dias.

Isso pode explicar a baixa cobertura de assistência médica e odontológica em todo o estado e a dificuldade de acesso a tratamentos especializados.

Os pacientes foram acompanhados, em média, por 16 meses (dp=12,30). Nesse período 53 (26,5%) evoluíram para óbito. O tempo médio de sobre vida global foi de 27,50 meses (IC 95% — 25,70 — 29,29).

Na análise bruta entre cuidados de enfermagem, aqueles que tiveram menos que 50 atendimentos tiveram um risco 3,68 vezes maior de evolução para óbito em relação aquelas com mais de 50 atendimentos (HR=3,68 IC95% 2,00 — 6,79, $p < 0,001$).

Estudos retrospectivos de Manfro (2006) denotam que o câncer pode se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de um país em desenvolvimento como o Brasil. A prevenção e o controle do câncer precisam ser vistos com muita atenção. Precisa-se investir em estudo e pesquisa para se fazer uma política voltada para a prevenção e controle para quando novos casos surgirem termos recursos suficientes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento, evitando que pessoas morram prematuramente. Identificar o câncer o quanto antes beneficiará o paciente em seu tratamento, facilitando a escolha de melhor opção terapêutica.

As cirurgias de tumores de cavidade oral são cirurgias de longa duração, chegando a durar 16 horas, quando há reconstrução óssea (osso da costela, osso ilíaco ou com a fíbula), reconstruções com músculo peitoral e com placas de titânio, incluindo além da equipe de cirurgiões de cabeça e pescoço, a equipe de cirurgiões de microcirurgia (plástica), estas cirurgias são denominadas de “*comando*”, por envolver diversas topografias (língua, mucosa, rebordo, assoalho de boca, mandíbula). Portanto estes pacientes devem ter uma higiene oral intensa, devem manter a cavidade oral sem crostas e sujidades, para que não haja rejeição e infecção.

A importância das orientações e treinamento de enfermagem no pré-operatório quanto ao acordar da cirurgia e se manter dias em zero grau no leito, alimentando-se por sonda nasointestinal, bomba infusora, hidratação venosa, fralda higiênica, não poder movimentar a cabeça, ter uma perna gessada e imobilizada, traqueostomia e drenos, essas orientações envolvem também familiares e ou cuidador para acompanhamento hospitalar e na alta para o cuidado domiciliar e o auto cuidado.

Diante deste relato ressaltamos como as orientações e treinamentos mais realizados a limpeza da cavidade oral e dos dentes 447 (média=2,24), uso adequados de medicamentos 395 (meia=1,98), alimentação por sonda 389 (média=1,95), orientações sobre doenças na cabeça e pescoço 387 (média=1,94) (Tabela 8).

É importante que paciente e familiar e ou cuidador tenham conhecimento sobre os tipos de cânceres de cabeça e pescoço, o auto cuidado, auto-exame e a importância de manter o acompanhamento das consultas multiprofissionais.

A frequência de cuidados de enfermagem, orientações, treinamentos feitos de acordo com topografias operadas foi à

média= 205,55 cuidados de enfermagem; média= 116,32 treinamento e orientações de enfermagem.

Todos os atendimentos técnicos de enfermagem foram mais freqüentes nos pacientes submetidos ao esquema de tratamento combinado com cirurgia e radioterapia (média= 73,21) para cuidados de enfermagem e (média=32,22) para treinamento e orientações, seguido daqueles que realizaram cirurgia, radioterapia e quimioterapia (média=64,00) para cuidados de enfermagem e (média=31,33) para treinamento e orientações ($p < 0,001$). O grupo etário que recebeu maiores cuidados e orientações (53%) e treinamento (29%) foram os considerados não idosos < 50anos (média=53%) (Tabela 9).

A irradiação pós-operatória e a idade menor que 60 anos chamam a atenção. Os cuidados com a radioterapia e seus efeitos colaterais na região operada e ao redor, requerem cuidados com a integridade da pele (células epiteliais e endoteliais) como cicatrização, hidratação, queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus, queimadura das glândulas salivares, conduto auditivo, vasos linfáticos e nervos faciais; ocasionando edemas acentuados e celulites.

Este tratamento conjugado de radioterapia e quimioterapia, leva ao aumento dos procedimentos e as orientações de enfermagem sobre o tratamento e cuidados com os efeitos colaterais. Pois envolve riscos com a baixa da imunidade, são pacientes que chegam ao hospital bastante debilitados, e com a doença avançada e apesar de terem menos de 60 anos necessitam de acompanhamento do enfermeiro durante todo o tratamento.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fez uma Projeção da População do Brasil no período de 1980 a 2050. Temos 199.492.433 milhões de pessoas no Brasil. Atualmente 4,2 milhões de pessoas por ano morrem de

câncer no mundo (com idade entre 30 e 69 anos). A não ser que sejam tomadas medidas decisivas para desenvolver estratégias práticas para lidar com o câncer, isso deverá aumentar para mais de 5 milhões de mortes prematuras por ano até 2025. (OMS/IARC, 2014).

7. CONCLUSÕES

Verificou-se neste estudo que o conceito de câncer é um estigma, é uma doença fatal que compromete o futuro.

Os pacientes com câncer na cabeça e pescoço são humildes, frágeis, consumidos, com deformidades em sua imagem, desenvolvendo comprometimento de funções corporais importantes como a respiração, a deglutição e a fonação. Provoca medo da morte iminente, da limitação física e social, da dor e da perda da auto-estima.

Descrever as situações vivenciadas na prática profissional e as ações de cuidados de enfermagem no ambulatório de cabeça e pescoço em um Hospital de referência, dessa grande pesquisa aos pacientes com câncer de cavidade oral a partir dos registros de enfermagem no prontuário levou à compreensão de que é nesse espaço que profissionais convivem maior período de tempo com pacientes e seus familiares. Por isso, têm a oportunidade de participar, orientar e resolver dificuldades, dúvidas que possam surgir durante o tratamento oncológico.

O atendimento planejado e coordenado visa a recuperação e a adesão ao tratamento pelo paciente e seus cuidadores. Portanto são fatores importantes para o planejamento de cuidados para cada paciente, contendo medidas educativas e terapêuticas, visando qualidade no atendimento da equipe de enfermagem.

A elaboração deste estudo contribui para acrescentar conhecimento e assegurar cientificidade ao cuidado, proporcionando melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, além de conhecer o perfil deste indivíduo, o conhecimento adquirido gerar padrão de referência para

outros profissionais envolvidos com o cuidado de pacientes oncológicos. Ao realizar esta pesquisa se **introduz novos saberes e fazeres**, geradores de novos comportamentos e expectativas entre os profissionais de saúde e os pacientes que deles fazem uso.

Esta pesquisa encontra-se pautada na confirmação de estudar e fundamentar o cuidado diário de enfermagem ao paciente portador de câncer de boca. Encontra respaldo nas necessidades de aprimorar idéias, pois são resultantes de atividade intelectual em prol do cuidar e geradora de tecnologia do cuidado. Vale mencionar que a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº7.498 de 25/06/86, regulamentada pelo Decreto nº94.406, de 08/06/87 respalda, a enfermagem no desenvolvimento de tecnologias. Cabe ao enfermeiro privativamente cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões mediatas. Participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde.

Esta pesquisa está pautada em uma grande pesquisa multicêntrica com a Organização Mundial de Saúde e sua agência de pesquisa a IARC (Agência Internacional de Pesquisa do Câncer) sediada em Lyon na França. Trata-se do INTERCHANGE (Estudo sobre Câncer de Cabeça e Pescoço) na América Latina, é um estudo designado para melhor compreensão do papel do HPV, genética e consumos de tabaco e álcool na etiologia e na clínica do câncer de cabeça e pescoço (cavidade oral, laringe e orofaringe), nos países latino americanos.

Vale a pena acrescentar, portanto que está sendo feito um recrutamento de 2000 mil casos e 2000mil casos controle que permitirá um papel importante dos fatores de risco de

diversos centros da América Latina e dele sairá o maior estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço nessa população. Entende-se que o tamanho dessa pesquisa, assegurar á descobertas mais consistentes no papel da infecção com o HPV, a genética e fatores do estilo de vida tanto na etiologia e sobrevivência. O acompanhamento de casos terá o período de cinco anos (2012 a 2016) depois do diagnóstico (amostras biológicas e informações coletadas por questionário) proverá um recurso único para hábitos e estilo de vida e fatores genéticos no prognóstico e recorrência de um segundo câncer primário.

O INCA-RJ é o representante na IARC/OMS da América Latina. Acrescenta-se também que parte dos dados desta pesquisa foi cedida por uma pesquisa maior da IARC/OMS/INCA, a qual participamos ativamente, sendo responsável pela coleta de todos os dados dessa pesquisa maior.

Portanto consideramos importante tornar conhecido o trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros que prestam cuidados aos portadores de neoplasia maligna na cavidade oral e aos seus respectivos familiares e cuidadores assistidos na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, no Hospital do Câncer I/INCA-Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. S., OLIVEIRA, A. C. A., SANTOS, M. C. M., GUEDES, M. T. S., DINIZ, D. R., Assistência aos portadores de câncer de laringe sob a perspectiva da integralidade: a abordagem interdisciplinar do assistente social e do enfermeiro no INCA, Rev. Bras. de Canc., julho 2014; 60 (2): 109-117.

ALMEIDA, F. C. S.; SILVA, D. P.; AMOROSO, M. A.; BRITO E DIAS, R.; JUNIOR, O. C.; ARAÚJO, M. E.; Popularização do auto-exame da boca: um exemplo de educação não formal- Parte II. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16(Supl. 1): 1589-1598, 2011.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. Rev. Panam. Salud Publica, vol.21, nº1, p.30-36. RJ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de boca. Disponível em: (http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687-11/04/2014).

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível: HTTP://WWW.INCA.GOV.BR/ESTIMATIVA/2012/. Acesso em: 15 jan 2012.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: (<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site>

[/home/boca/prevencao-11/04/2014](#). Informe INCA ano XIX 2014, março, nº322.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Câncer de boca. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/in> 31/12/2013.

_____.Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/SAUDE/. Acesso em: outubro de 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: MS, 2006.

_____.Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Rotina interna do INCA: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2007, p.11-22.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Disponível em: (http://WWW.inca.gov.br/conteúdo_viewasp?id=324-11/04/2014).

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede Nacional de Câncer Familiar: Manual Operacional/Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____.Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. Brasília, 10 out. 1996. Disponível em: HTTP: //UNIVILLE. NET/PAGINA.PHTML? ID página=1075. Acesso em: out. 2011.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____.Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço, 2001, 47 (4): 361-76.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Revista rede câncer, nº 26, julho, p. 12-16, 2014/INCA.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Agência Brasil * | 23/05/2013 12:20:40.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

_____.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Portaria GM/MS No. 2.439, 8 dezembro 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2005. Acesso em: 04 abr.2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/ atos_normativos/legislacao-

[sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf](http://saude/oncologia/Portaria2439.pdf).

CABEÇA E PESCOÇO: Um tipo de câncer que pode ser prevenido em sua totalidade. Rev. Health Latin America. Setembro, 2011. Disponível em: <http://boasaúde.com>, 6/9/2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturadamente na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. P.113-126.

CERNEA, C. R. Tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: SCHWARTSMANN, G. Oncologia clínica: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

COLOMBO, J., RAHAL, P. Alterações Genéticas em Câncer de Cabeça e Pescoço. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55 (2): 165-174.

Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS (MS/DATASUS- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 19/11/2014).

COSTA, E. G., MIGLIORATI, C. A., Câncer bucal: Avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. Rev. Bras. Cancerologia. V.47, n.3, p. 283-289, 2001.

DEDIVITIS, A. R.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C. B., GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características

clínico-epidemiológicas o carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, v.70, n.1, p.35-40, jan./fev, 2004.

DIAS, F.L. Análise do valor prognóstico de fatores histopatológicos e da expressão da proteína p53 em carcinomas epidermóides estágio 1 da língua e assoalho bucal. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

Equipe Multiprofissional de Saúde.
<http://pt.slideshare.net/naiellyrodrigues/equipe-multiprofissional-de-sade>, 10/11/2014.

FALCÃO, M. M. L.; ALVES, T. D. B.; FREITAS, V. S.; COELHO, T. C. B. “Conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação ao câncer bucal”. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v.58, n.1, p. 27-33, jan./mar, 2010.

FERLAY, J et al. Incidência e Mortalidade Mundiais de Câncer: IARC Câncer Base No. 11 [Internet]. Lyon, França: Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer; 2013. GLOBOCAN 2012 v1.0. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>.

FREITAS, A. A. S; COELHO, M. J; ZAGO, M. M. F. Câncer de laringe em homens e o cuidado cotidiano., Ed.CRV, 1º ed, Curitiba, PR, 2013.

GAREWAL, H., MEJEKENS Jr., FRIEDMANS, S. et. al. Oral cancer prevention: the case for cautious and anti-oxidant nutrients. Prev. Med. 1993, Sep; 22 (5): 701-11.

GODIM, F.M., GOMES, I.P., FIRMINO, F. Prevenção e Tratamento da Mucosite Oral. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1): 67-74. Recebido em: 30.01.2009 – Aprovado em: 20.12.2009.

GUEDES, M.T.S. Tecnologia de Cuidado: Intervenção Resolutiva de Enfermagem ao Portador de Fístula Faringocutânea, 2004. Ilus. 141f.Dissertação. [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2004.

GUEDES, M.T.S., NOGUEIRA M.L.F., NASCIMENTO, M.A. Transpondo a barreira do silêncio do cliente laringectomizado através das ações de enfermagem. E.E.A.N., v.8, n.3, p.464-9, dez. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Normas e recomendações do INCA: prevenção do cancer de boca. R. Bras. Cancerologia, Rio de Janeiro, v.4, n. 49, p. 206, 2003. Disponível em :www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04.pdf/norma4.pdf. Acesso em 29 julho 2014.

INTERNATIOAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, IARC, monographs in the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Alcohol drinking. v. 44. Lyon, 2012. p. 83-126.

INTERNATIOAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, IARC. Globocan. Disponível em: (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>), Lyon, 2012.

JHAM, B.C., FREIRE, A.R.S. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço Rev. Bras.

Otorrinolaringol. vol.72 nº5. São Paulo Sept./Oct. 2006
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992006000500019>.

KOWALSKI, L.P. Câncer de cabeça e pescoço: estado atual e perspectivas futuras. Rev. Âmbito Hospitalar, v.5, n.59, p.13-25, 1994.

KOWALSKI, L. P.; NISHIMOTO, I. N. Epidemiologia do câncer de boca. In: PARISE JÚNIOR, O. Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier, 2000. P. 3-11.

LEZIAL, N. S. O impacto ao olhar o corpo desfigurado: Implicações para os que cuidam de pessoas com câncer na cabeça e pescoço - Um Estudo Sobre Enfermeiros. UNIRIO/ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) Programa de pós-graduação em enfermagem-mestrado, RJ, 2009.

LIMA, R. A; FREITAS, EQ; KLIGERMAN, J. et al. Análise dos fatores prognósticos no carcinoma epidermóide avançado da laringe T3, T4/N0. Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço, 1995; 19:47-51.

LIMA, E. M. S., O cuidar e os cuidados de enfermagem ao cliente com fístula faringocutânea: O resgate da esperança o enfrentamento das necessidades. Tese de Doutorado, E.E.A.N. /UFRJ, 2006.

LOPES, E.R. et al. Câncer e meio ambiente. In: Saúde, ambiente e desenvolvimento. vol. 2, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.

MACCOMB, WS, FLETCHER GH, HEALEY JE, JR. Intra-oral cavity. In: MacCOMB WS, FLETCHER GH (eds.). Cancer of

the Head and Neck. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967, P: 89-151.

MANFRO, Gabriel, Tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço no Paciente Idoso, CEDC/MS/INCA, Residência Médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2006.

MENDES, I. A. C. Enfermagem: a pesquisa em questão. In:____. Pesquisa em enfermagem. São Paulo: Edusp, 1991. cap. 2, p.21-42.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDONÇA, G. A. S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 697-703, maio/junho. 2001.

MYERS, E. N. Operative Otolaryngology: Head and Neck Surgery: Expert Consult: Online, Print and video, 2- volume set, 2e Hardcover-August, 2008.

NASCIMENTO, M. A. de L.; SOUSA, E. de F. Da ciência e arte na enfermagem à tecnologia e industrialização. Rev. Enferm. UERJ, edição extra, p. 119-123, 1996.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia oral & Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O Saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. Rev. Texto e Contexto, v. 9, n. 1, p. 112-128, 2000.

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem. São Paulo, 1989.

OLIVEIRA, B. F. C.. A importância do diagnóstico precoce e do auto-exame no câncer bucal. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG Formiga, MG, 2011.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. J. Bras. Patol. Med. Lab., v.42, n.5, p. 385-392. Outubro, 2006.

PALMERO, E.I.; KALAKUN, L. SCHULER-FACCINI, L.; GIUGLI ANI, R.; VARGAS, F.R; ROCHA, J.C.; ASHTON-PROLL A, P. Cancer genetic counseling in public health care hospitals: The experience of three Brazilian services. Community Genetics, vol. 10, p.110-119, 2007.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia – Teoria e Prática. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 596p.

PINDBORG, JJ. Neoplasias in PINDBORG, JJ. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.70-116, 198, 1981, São Paulo.

RAPOPORT, A; KOWALSKI, LP. O diagnóstico clínico em cabeça e pescoço. In: BRANDÃO, LG; FERRAZ, AR. Cirurgia de cabeça e pescoço. Livraria Roca Ltda., vol. 1 cap. 2: p.5.9, 1989.

Relatório Mundial do Câncer 2014. IARC. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=76&codcch=31>

Rede nacional de câncer familiar: manual operacional / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

SHAH'S, J., PATEL, S., SINGH, B. Head and Neck Surgery and Oncology: Online and Print, 4e, Hardcover-approach, 2012.

SHINKAI, R. S. A., O papel da odontologia na equipe multidisciplinar, contribuindo para a atenção integral ao idoso. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 16, n.4, p.1099-1109, out./dez.2000.

SILVA, V. L. C., CAVALCANTE T. M. Programas de prevenção e controle do câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoces e proposta de programas integrados. In: KOWALSKI LP, DIB, L. L., IKEDA, M. K., ADDE, C. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Frôntis Editorial, Rio de Janeiro, 1ª edição, PP: 57-69, 2000.

SPITZ MR. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. Sem Surg Oncol., vol. 21:281-28, 1994.

SESSIONS, R. B.; HARRISON, L. B.; FORASTIERE, A. A.. Tumores of the larynx and hypophryx. In: DEVITA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. (Eds). Cancer: Principles and Practice of Oncology. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001, p. 861-885.

THOMAZ, E. B. A.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F.A importância da educação como estratégia para prevenção e

diagnóstico precoce do câncer oral. ACTA Oncológica Brasileira, v. 20, n.4, p. 149-152, out./Nov./dez. 2000.

THULER, L.C.S.; REBELO M. S. Epidemiologia do câncer de boca. In: KOWALSKI, L. P.; et al. (Org.). Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999. P.1-8.

TOLEDO, K. Agência FAPESP. Câncer de boca e garganta torna-se mais frequente em jovens, Madri, 14/12/2012.

TONANI, M. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de intervenção. Dissertação (mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

UICC. [homepage on the internet]. TNM Cancer Staging. UICC TMN Prognostic Factors Committees Geneva: Internacional Union Against Cancer; 2009. Available from: <http://www.uicc.org>.

WILD, C. Uma agenda para o câncer. Revista Rede Câncer. Publicação trimestral do INCA, p. 28-32, 26/07/2014.

ZAGO, MÁRCIA M. FONTÃO; SAWADA, NAMIE O. Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.32, n.1, p. 67-72, 1998.

ZAGO, M. M. F. O ritual de orientação dos pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos: um estudo etnográfico. Tese de doutorado. Ribeirão Preto: E.E.R.P./USP, 1992.

ZAGO, M.M.F., CASAGRANDE, L.D.R. As necessidades de aprendizagem dos pacientes laringectomizados. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v.13, n2, p.17-21, 1992.

ZAGO, M.M.F. ET AL. O adoecimento pelo câncer de laringe. São Paulo: E.E.R.P. - USP, 1999, p. 1.

ANEXO I
CÓPIA DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-INCA QUE
APROVA O ESTUDO.

PROJETO DE PESQUISA

Título: Estudo de Câncer de Cabeça e Pescoço no Brasil

Área Temática:

Área 1. Genética Humana.

(Trata-se de pesquisa envolvendo genética humana não contemplada acima.)

Versão: 2

CAAE: 00721712.6.1001.5274

Pesquisador: Izabella Costa Santos

Instituição: Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 104.390

Data da Relatoria: 10/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo caso controle multicêntrico, onde 600 pacientes com câncer de cabeça e pescoço (200 de cavidade oral, 200 de orofaringe e 200 de laringe) e o mesmo número de controles serão incluídos no INCA. Estes pacientes farão uma entrevista inicial com coleta de sangue e tumor nos casos, e apenas sangue para os controles. Tal inclusão não modificará o fluxograma do paciente dentro da instituição bem como seu tratamento. Nas amostras coletadas serão avaliadas as hipóteses já descritas no estudo relacionadas com o HPV, polimorfismos, associações com etilismo e tabagismo, avaliação de tumores múltiplos primários; tais análises serão realizadas no INCA em parceria com o IARC (centro idealizador do estudo). Os pacientes terão um seguimento de 5 anos com entrevistas e coletas de sangue anuais. A hipótese do estudo é que estudos de seguimento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço irão permitir a avaliação simultânea do papel do HPV, da genética e do consumo de tabaco e álcool na incidência e sobrevida de pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, além de viabilizar a identificação de fatores associados ao desenvolvimento de tumores primários múltiplos. Está prevista a inclusão de 600 pacientes e 600 controles no INCA.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o papel de fatores de estilo de vida, da genética e da infecção pelo HPV no desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço, particularmente na América Latina.

Objetivo Secundário:

- Recrutar uma grande série de 2000 casos e 2000 controles, a fim de garantir resultados precisos e robustos;

- Aplicar um questionário reduzido de estilo de vida para obter informações essenciais;
- Obter amostras biológicas de alta qualidade (amostra de sangue dos casos e controles, tecido tumoral para os casos);
- Entrevistar os casos, quando estes retornam para um check-up anual e obter uma amostra de sangue;
- Obtenção de informações sobre o tratamento, assim como informações anuais sobre recidiva e sobrevida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos estão relacionados com a colheita do material (tumor e sangue); nos casos que for instituído tratamento cirúrgico não haverá nenhum risco adicional para o paciente já que a amostra tumoral será coletada durante o procedimento cirúrgico. Nos casos de tratamento paliativo por doença avançada será necessária uma biópsia que será feita em caráter ambulatorial no setor de endoscopia e no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço com anestesia local em um dia já marcado dentro do fluxograma da rotina ambulatorial deste paciente. Os pacientes que forem encaminhados para tratamento Radioterapia ou combinado (Radio e Quimioterapia) também terão sua biópsia realizada da mesma forma descrita anteriormente. Esta biópsia poderá trazer um quadro de dor temporária, mas que regride com analgesia adequada com medicamentos fornecidos pelo setor de farmácia do instituto, e a colheita do material não modificam a evolução da lesão tumoral. A coleta do exame de sangue é realizada em todos os pacientes independente do tratamento a ser instituído, o paciente participante do estudo terá seus exames agendados normalmente na instituição, e seu pedido será identificado com o protocolo do estudo em andamento, e a mostra do sangue será colhida neste momento. Em relação aos controles será colida apenas amostra de sangue que também será agendada de acordo com a disponibilidade do voluntário de preferência no mesmo.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos para os pacientes envolvidos no estudo, excetuando a satisfação de participar desta pesquisa para o possível benefício das gerações futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto pertinente, com ênfase na busca de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço no Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: preenchida apropriadamente
- 2) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: foi apresentado orçamento resumido e justificativa que parcialmente atende a solicitação do CEP-INCA.
- 3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: apropriados, após atender às pendências solicitadas pelo CEP-INCA.
- 4) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: foi apresentado contendo as assinaturas de praxe recomendadas (Serviços que cancelam o estudo e demais serviços envolvidos) e dos pesquisadores colaboradores.
- 5) Cronograma: Adequado aos objetivos perseguidos.

6) Lista de centro participante: pendência parcialmente atendida.

7) Currículo do pesquisador principal e demais colaborador: contemplados.

Recomendações: Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Orçamento financeiro e fontes de financiamento: foi apresentado orçamento resumido e justificativo que parcialmente atende a solicitação do CEP-INCA.

Lista de centro participante: pendência parcialmente atendida.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

RIO DE JANEIRO, 24 de Setembro de 2012

Assinado por:

Carlos Henrique Debenedito Silva

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/ INCA/ RJ

Endereço: Rua do Resende, 128 - 2º andar **Bairro:** Centro **UF:** RJ **Município:** Rio de Janeiro

CEP: 20.231-092 **Telefone:** (21)3207-4550 **E-mail:** cep@inca.gov.br **Fax:** (21)3207-4556

ANEXOII

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA NA CAVIDADE ORAL E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Pesquisador: MARIA CRISTINA MARQUES DO SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25864813.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 494.192

Data da Relatoria: 12/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo transversal no qual serão utilizados dados secundários de pacientes do ambulatório de cirurgia de Cabeça e pescoço do INCA, portadores de câncer de via oral. A pesquisa faz parte de um estudo mais amplo "Estudo de Câncer de cabeça e pescoço no Brasil/INTERCHANCE/IARC", aprovado pelo CONEP e CEP INCA sob o n° CAAE 0072171260015274.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o perfil epidemiológico dos portadores de Câncer de cavidade oral, participantes do projeto INTERCHANCE/IARC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo não impõe riscos adicionais aos participantes, pois trata-se de análise de dados secundários.

Benefícios: Conhecer melhor as neoplasias de cabeça e pescoço, para fomentar políticas de prevenção e tratamento adequados aos portadores desses tipos de câncer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa foi aprovada pelo CONEP e CEP/INCA.

Apresenta instrumento de coleta de dados.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 494.192

Apresenta TCLE atendendo a Resolução 466/12, do projeto aprovado pelo CONEP e CEP/INCA 10/10/12.
Por se tratar de pesquisa com dados secundários solicita dispensa de TCLE.
Apresenta autorização da Instituição para a coleta de dados secundários.
Cronograma de execução

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu a todos os requisitos da Resolução 466/12

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todos os requisitos da resolução 466/12

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 13 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO III



Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2013.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que como pesquisadora principal do “Estudo de câncer de cabeça e pescoço no Brasil”, promovido pela *International Agency for Research Cancer* (IARC) e *World Health Organization* (WHO), no qual o Instituto Nacional de Câncer é uma das instituições participantes, aprovado pelo CONEP e CEP-INCA sob o nº CAAE 00721712610015274, tenho ciência do projeto de pesquisa do mestrado em Enfermagem de Maria Cristina Marques dos Santos, intitulado "Perfil epidemiológico dos portadores de neoplasia maligna na cavidade oral e a atuação do enfermeiro", o qual usará parte dos dados referentes aos portadores de neoplasias malignas na cavidade oral.

Izabella Costa Santos

Dra. Izabella Costa Santos
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM: 52 59718-9

ANEXO IV

ESTUDO DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NA AMÉRICA LATINA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS CASOS

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidado a participar de um estudo para investigar fatores ambientais e seus efeitos sobre a saúde das pessoas. O estudo está sendo conduzido pela Dra Izabella Costa Santos no Instituto Nacional de Câncer e pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer. Você está sendo convidado a participar nesta pesquisa pelo fato de ser portador de um tipo de tumor que é o objetivo deste estudo. Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode se recusar a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isso afete de forma alguma o tratamento médico que você está recebendo. Por favor, leia cuidadosamente este formulário de consentimento e esclareça com o coordenador da pesquisa no hospital quaisquer dúvidas que você possa ter sobre o estudo antes de assinar este termo.

EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que você participe de uma entrevista (que será realizado pela Enfermeira Maria Cristina Marques dos Santos) e forneça amostras de sangue e de tecido (tumor). Além disso, nós pediremos sua permissão para coletar informações relevantes do seu prontuário médico. Se você decidir não responder, seja a uma questão específica ou a todas as informações, não sofrerá nenhuma penalidade. Você pode participar da entrevista, mas se recusar a fornecer as amostras biológicas (sangue e tumor), que serão coletadas e armazenadas para finalidades de pesquisa.

Questionário:

Um entrevistador virá aplicar o questionário enquanto você estiver no hospital. A entrevista tem a duração de aproximadamente uma hora e consiste de questões relacionadas a hábitos, estilo de vida, ambiente e saúde.

Coleta de sangue e amostras biológicas:

Será solicitado que você doe uma única amostra de sangue enquanto estiver no hospital. Uma enfermeira treinada retirará aproximadamente 10 ml de sangue de uma veia do seu braço, da maneira habitual. Se disponível, nós solicitaremos ao Departamento de Patologia do hospital uma pequena amostra do seu tumor.

ANÁLISE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

O sangue e as amostras de tumor serão enviados a laboratórios para análise. Essas amostras serão testadas para as características genéticas e celulares que podem estar relacionadas ao desenvolvimento da doença. Suas amostras serão armazenadas por até 30 anos, para serem utilizadas em investigações genéticas e bioquímicas no presente estudo. Ao concordar em participar da parte de coleta de amostras biológicas deste estudo, você concede agora a autorização para usos futuros dessas amostras que se relacionam com o objetivo do presente estudo. Nenhuma destas amostras será testada para detectar o uso de drogas ilegais. Qualquer uso futuro das amostras ou estudo de acompanhamento será aprovado por um comitê de ética.

NOTIFICAÇÃO, CUSTO E COMPENSAÇÃO.

As amostras biológicas obtidas serão utilizadas apenas para fins de investigação. Qualquer material que não seja imediatamente utilizado continuará a ser armazenado para ser utilizado no futuro para ajudar os cientistas a aprender mais sobre as relações entre meio ambiente, alterações genéticas e saúde. Os resultados da pesquisa não são adequados para uso em testes clínicos, como parte de seu atendimento médico. Portanto, os resultados desses estudos não estarão disponíveis para você. Não haverá nenhum custo financeiro para você participar neste estudo e não há nenhuma compensação ou pagamento pelo preenchimento do questionário e fornecimento das amostras biológicas.

DESCONFORTO E RISCOS POTENCIAIS

Durante a coleta do sangue, você pode sentir um pouco de dor ou apresentar um hematoma (mancha roxa) no braço, no local onde for inserida a agulha. É possível, mas não provável, que você apresente inchaço ou sangramento no local da punção. Pode também ocorrer um mal-estar relacionado a agulhas. É improvável que ocorram danos físicos a partir da coleta de sangue. Se estes danos ocorrerem, você será imediatamente tratado pelos profissionais do hospital.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Não haverá benefícios diretos para você que não a satisfação de participar desta pesquisa para o possível benefício das gerações futuras. Sua participação é muito importante para o sucesso desta pesquisa científica.

GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE

As informações relativas à sua participação no estudo serão mantidas confidenciais e serão usadas apenas para fins científicos, em conformidade com a legislação aplicável do Brasil. Ninguém, exceto os membros da equipe de pesquisa terão acesso às suas respostas e aos resultados de testes. Seu empregador (patrão) não terá acesso a quaisquer resultados ou informações que você nos fornecer. As amostras biológicas não serão etiquetadas com o seu nome. Seu nome não será usado em nenhum relatório e nem divulgado de forma alguma.

DIREITO A SE RETIRAR DO ESTUDO

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você pode se recusar a participar e/ou retirar o seu consentimento e interromper a participação a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou perda de algum benefício que tenha recebido anteriormente. Se você inicialmente decidir dar seu consentimento para o armazenamento das amostras biológicas para pesquisas futuras, mas depois mudar de idéia e enviar notificação por escrito para (Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço — Dra Izabella Costa Santos - Praça da Cruz Vermelha nº 23 Rio de Janeiro CEP 20230130), todos os remanescentes das suas amostras biológicas serão então destruídos. A sua decisão sobre esse assunto não afetará o seu tratamento médico ou seu emprego.

CERTIFICAÇÃO

Eu li a explicação sobre o estudo e tive a oportunidade de discutir e esclarecer minhas dúvidas. Ao concordar em participar deste estudo, eu não renuncio a nenhum direito que possa ser relativo ao acesso e divulgação dos meus dados. Eu concordo em participar das partes do estudo onde está assinalado “sim” e recuso-me a participar das partes do estudo onde está assinalado “não”. Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Sim	Não	Parte do estudo
()	()	Entrevista
()	()	Coleta e teste do sangue
()	()	Coleta de amostras de tumor e testes relacionados
()	()	Acesso aos prontuários médicos

__/__/__

__/__/__

Assinatura do participante

Data

Assinatura da testemunha

Data

Nome

Nome da testemunha

Nós agradecemos a sua colaboração nesse importante projeto de pesquisa. Se você tiver dúvidas sobre este estudo, você pode telefonar para o Dra Izabella Costa Santos INCA 3207-1189 3207-1336 ou você pode escrever-lhe, no seguinte endereço: Izabella Costa Santos Praça da Cruz Vermelha nº23 Rio de Janeiro CEP 20230130.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do projeto: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos Sexo: () Fem () Masc

Cor (segundo o entrevistador):

1. () Branca (pele clara) 2. () Morena (parda, mulata, mestiça)
3. () Negra (preta, africana, escura) 4. () Amarela (oriental, asiática)
5. () Indígena

Naturalidade (UF): _____

Município de domicílio: _____

Tempo de moradia no Município de domicílio: _____ anos

Estado Civil: () Solteiro () Casado/União Estável () Divorciado/Separado () Viúvo

Escolaridade:

- () Ensino Fundamental
() Ensino Médio () Completo () Incompleto
() Ensino Superior
() Alfabetização de Adultos
() Nenhum

Ocupação:

() Nunca trabalhou

Duração: _____ anos

Histórico de tabagismo:

Já fumou? () Sim () Não Idade do início: _____ anos

Parou de fumar? () Sim – Idade do término: _____ anos () Não

Tipos de tabaco:

- () Charuto () Cigarilha () Tabaco mascado
() Cigarro com filtro () Cachimbo () Rapé
() Cigarro de palha (com tabaco ou fumo de rolo)

Freqüência: _____ Cigarros/dia/semana

Carga tabágica: _____ maços/ano (aplicar a fórmula de cálculo: Número de maços consumidos por dia multiplicado pelo número de anos em que a pessoa fumou)

Histórico de etilismo:

Registrar os códigos relacionados nas colunas 1, 2, 3, 4, 5				
Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4	Coluna 5
1. () 2. () 3. ()	1. _____ idade 2. ()	1. _____ idade 2. ()	____ semana ____ dias	1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. ()
Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4	Coluna 5
Tipo de bebida: 1: Vinho 2: Cerveja 3: Destilados	1: Idade em que começou a beber 2: Não sabe	1: Idade em que parou de beber ou mudou o padrão de consumo 2: Não parou de beber	Número de doses consumidas	Unidade de consumo: 1.Copo pequeno – 50 ml 2.Copo médio – 100 ml 3.Copo grande – 250ml 4.Taça 5.1/2 garrafa/garrafa pequena/lata 330 ml 6.Garrafa 600 ml 7.Garrafa 700-750 ml 8.Garrafa- 1L 9.Ignorado

Histórico de câncer familiar:

Familiar (paterno ou materno)	Tipo de câncer (topografia)	Idade do início	Data morte pela doença
----------------------------------	--------------------------------	-----------------	---------------------------

		___ anos	___/___/___

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENFERMAGEM / INCA

Estádio TNM no dia da 1ª consulta pós-matrícula: _____

CÓDIGO	INTERVENÇÃO	QUANT	TOTAL
1	Retirada de pontos em ferida operatória (F.O.) plana	RP-1	
2	Retirada de pontos em ferida irregular (ou com reentrâncias, ou c/ crostas)	RP-1	
3	Retirada de pontos em traqueostoma	RP-1	
4	Curativo de ferida limpa, com fechamento primário	Cur-1	
5	Curativo de ferida limpa, com fechamento por 2ª intenção (área doadora, etc.)	Cur-2	
6	Curativo de ferida infectada, com fechamento primário, sem envolvimento de estrutura óssea, (pode haver necrose, deiscência, purulência, sangramento, etc.)	Cur-2	
7	Curativo de ferida infectada, com fechamento primário, com envolvimento de estrutura óssea, (pode haver necrose, deiscência, purulência, sangramento, etc.)	Cur-2	
8	Curativo de ferida infectada, c/ fechamento por 2ª intenção, sem envolvimento de estrutura óssea, (pode haver necrose, purulência, sangramento, etc)	Cur-2	
9	Curativo de ferida infectada, c/ fechamento por 2ª intenção, com envolvimento de estrutura óssea, (pode haver necrose, purulência, sangramento, etc)	Cur-2	
10	Curativo limpo de área receptora de retalho de pele	Cur-1	
11	Curativo de área receptora de retalho de pele – com infecção (pode haver descolamento, necrose, purulência, etc)	Cur-3	
12	Curativo limpo de área receptora de retalho de pele miocutâneo	Cur-2	
13	Curativo de área receptora de retalho miocutâneo c/ infecção (descolamento, necrose, purulência)	Cur-3	
14	Curativo de ferida tumoral, sem exposição visceral	Cur-3	
15	Curativo de ferida tumoral, com exposição visceral (cérebro, globo ocular)	Cur-3	
16	Drenagem de coleção encapsulada por punção	Cur-3	
17	Drenagem de coleção encapsulada por avulsão	Cur-3	
18	Debridamento instrumental (com pinça e bisturi)	Cur-2	
19	Tratamento de radiodermatite de 1º grau (eritema, prurido, queimação)	Cur-1	
20	Tratamento de radiodermatite de 2º grau (eritema, perda de epitélio, exsudato)	Cur-2	
21	Tratamento de radiodermatite de 3º grau (eritema, perda de derme e tecido subcutâneo, exsudato)	Cur-3	
22	Curativo hemostático (com vasoconstrictor, queilante ou obliterador)	Cur-3	

23	Aplicação de compressão em regiões da cabeça e do pescoço (bandagens)	Cur-1	
24	Curativo de gastrostomia ou esofagostomia	Cur-2	
25	Deteção de fístulas por teste com azul metileno (por ingestão ou introdução)	Cur-2	
26	Tratamento para fechamento de fístula orocutânea (salivar)	Cur-3	
27	Tratamento para fechamento de fístula quilosa (de ducto linfático)	Cur-3	
28	Remoção de crosta da cavidade oral	Cur-1	
29	Higienização da cavidade oral com solução anti-séptica	Cur-1	
30	Retirada de miíase na pele	Cur-2	
31	Retirada de miíase intra-cavitária (encefálica, ocular, oral, nasal, traqueal, conduto auditivo)	Cur-3	
32	Dilatação de traqueostoma com utilização de cânula com guia	Cur-3	
33	Troca simples de cânula traqueal metálica/plástica (curta ou longa)	Cur-1	
34	Troca simples de cânula traqueal plástica com balonete	Cur-2	
35	Troca de cânula traqueal transtumoral (metálica ou plástica com balonete)	Cur-3	
36	Posicionamento de cânula em traqueostoma com alteração da estrutura anatômica (por desvio tumoral, defeito pós-cirúrgico ou defeito cicatricial)	Cur-3	
37	Tratamento de lesão na pele peritraqueostoma ou no traqueostoma	Cur-2	
38	Fechamento definitivo de traqueostoma após desmame de cânula	Cur-1	
39	Nebulização com solução salina ou medicamento prescrito	Proc-1	
40	Aspiração endotraqueal e/ou nasofaríngea	Proc-1	
41	Remoção de tamponamento nasal anterior e/ou posterior	Proc-3	
42	Cateterismo oro ou nasogástrico	Proc-3	
43	Cateterismo oro ou nasoenteral	Proc-3	
44	Cateterismo oro ou nasoesofágico	Proc-3	
45	Cateterismo por faringostoma ou esofagostoma	Proc-3	
46	Treinamento de cliente e/ou familiar: troca de cânula traqueal e proteção do estoma.	Trei-2	
47	Treinamento de cliente e/ou familiar: alimentação por sonda e sua manutenção	Trei-2	
48	Treinamento de cliente e/ou familiar: medicação por sonda	Trei-2	
49	Treinamento de cliente e/ou familiar: cuidado com a ferida e curativo domiciliar	Trei-1	
50	Treinamento de cliente e/ou familiar: limpeza da cavidade oral e dos dentes	Trei-1	
51	Orientações p/ cliente e/ou familiar: rotina institucionais (ambulatorial e hospitalar)	Trei-1	

52	Orientações p/ cliente e/ou familiar: trata ^o de doenças na cabeça e pescoço	Trei-1	
53	Orientações p/clientes e/ou familiar: tratamento radioterápico e suas conseqüências (edema, radiodermatite, disfagia, odinofagia, sangramento, etc)	Trei-1	
54	Orientações p/ cliente e/ou familiar; cuidados com a pele e mucosa durante a radioterapia (proteção solar, limpeza e hidratação da pele, mucosite, etc)	Trei-1	
55	Orientações p/ cliente e/ou familiar: tratamento e alívio da dor	Trei-1	
56	Orientações p/ cliente e/ou familiar: uso adequado de medicamentos	Trei-1	
57	Orientações p/ cliente e/ou familiar: métodos alternativos de comunicação	Trei-1	
58	Orientações p/ cliente e/ou familiar: eliminação de fatores de risco p/ o câncer	Trei-1	
59	Orientações p/ cliente e/ou familiar: prevenção de infecção (ferida, cavidade oral, etc)	Trei-1	
60	Orientações p/ cliente e/ou familiar: desmame de cânula traqueal	Trei-2	
61	Orientações p/ cliente e/ou familiar: prevenção e tratamento de infestações	Trei-1	
62	Orientações p/ cliente e/ou familiar: manutenção da integridade e higiene da pele	Trei-1	
63	Orientações p/ cliente e/ou familiar: situações emergenciais (o que fazer? Para onde ir?)	Trei-1	
64	Orientações p/ cliente e/ou familiar: reeducação alimentar via oral (desmame de sonda alimentar)	Trei-1	
65	Retirada definitiva de sonda p/ alimentação após teste da capacidade de deglutição	Proc-1	
66	Fornecimento de material p/ troca de cânula traqueal no domicílio	Proc-1	
67	Fornecimento de material p/ curativo domiciliar	Proc-1	
68	Coleta de material para exames laboratoriais e/ou encaminhamento	Proc-2	
69	Encaminhamento p/ ambulatório médico CP ou Emergência ou outros	Proc-2	
70	Limpeza, desinfecção de instrumentais cirúrgicos	Proc-1	
71	Solicitação e provisão de materiais de trabalho (sala de curativos e consultórios)	Proc-1	
72	Verificação de parâmetros vitais (pressão arterial, pulso, temperatura, respiração)	Proc-1	
73	Aferição de medidas antropométricas (peso, altura)	Proc-1	
74	Acompanhamento de ex. endoscópico (videolaringoscopia/nasoscopia)	Proc-1	
75	Tricotomia (couro cabeludo, face, região cervical)	Proc-1	
76	Preparação de material p/ exame e/ou documentação (prontuários e exames)	Proc-1	
77	Consulta / Intervenção realizada por enfermeiro.	Proc-3	

APÊNDICE III

Distribuição dos procedimentos técnicos realizados pelos profissionais de enfermagem - período de 1 de março de 2012 à 31 de outubro de 2013

Discriminação	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Total de cuidados
Cuidado 1	1,3	1	0,48	0	2	260
Cuidado 2	0,69	1	0,57	0	1	138
Cuidado 3	0,63	1	0,59	0	1	126
Cuidado 4	2,46	4	1,91	0	4	491
Cuidado 5	1,42	0	1,92	0	4	284
Cuidado 6	0,08	0	1,06	0	15	15
Cuidado 7	0,28	0	1,38	0	7	56
Cuidado 8	0,03	0	0,35	0	5	5
Cuidado 9	0,08	0	1,06	0	15	15
Cuidado 10	2,55	0	4,31	0	10	510
Cuidado 11	0,05	0	0,71	0	10	10
Cuidado 12	2,55	0	4,31	0	10	510
Cuidado 13	0,28	0	1,38	0	7	56
Cuidado 18	0,06	0	0,24	0	1	12
Cuidado 19	1,75	0	2,96	0	10	349
Cuidado 20	0,08	0	1,06	0	15	15
Cuidado 22	0,03	0	0,35	0	5	5
Cuidado 23	0,59	0	1,11	0	10	118
Cuidado 24	0,01	0	0	0	1	2
Cuidado 25	0,68	0	0,81	0	2	136
Cuidado 26	0,05	0	0,71	0	10	10
Cuidado 28	3,86	4	1,73	0	15	771
Cuidado 29	5,89	6	1,44	1	15	1178
Cuidado 33	3,66	3	3,88	0	10	732
Cuidado 34	1,66	0	2,58	0	6	331
Cuidado 36	1,59	0	2,65	0	6	318
Cuidado 37	0,02	0	0,21	0	3	3
Cuidado 38	1,25	0	2,03	0	5	249
Cuidado 39	0,85	0	1,38	0	6	170
Cuidado 40	2,2	0	2,7	0	10	440
Cuidado 41	0,03	0	0,17	0	1	6
Cuidado 42	0,95	1	0,16	0	3	189
Cuidado 43	0,17	0	0,73	0	3	33
Cuidado 46	1,26	2	0,96	0	2	252
Cuidado 47	1,95	2	0,34	1	5	389
Cuidado 48	1,93	2	0,26	1	2	386
Cuidado 49	1,66	3	1,47	0	3	331
Cuidado 50	2,24	2	0,89	1	5	447

Cuidado 51	1,94	1	0,31	1	2	387
Cuidado 52	1,94	1	0,31	0	2	387
Cuidado 53	0,89	0	0,99	0	2	177
Cuidado 54	0,89	0	0,99	0	2	177
Cuidado 55	1,31	1	0,48	1	2	262
Cuidado 56	1,98	2	0,32	1	3	395
Cuidado 57	1,35	2	0,89	0	2	269
Cuidado 58	1,94	2	0,25	1	2	387
Cuidado 59	1,41	2	0,88	0	2	281
Cuidado 60	0,73	0	0,97	0	2	146
Cuidado 61	0,82	1	1,39	0	2	164
Cuidado 62	1,94	2	0,25	1	2	387
Cuidado 63	1,94	2	0,25	1	2	387
Cuidado 64	1,32	2	0,92	0	2	264
Cuidado 65	1,51	1	2,67	0	3	301
Cuidado 66	4,87	2	6,15	0	15	973
Cuidado 67	4,15	4	4,22	0	10	830
Cuidado 70	11,25	0	0	0	0	2250
Cuidado 72	2,78	2	0,92	0	4	555
Cuidado 73	0,98	1	0,14	0	1	196
Cuidado 77	9,07	10	3,93	3	15	1813
Total	101,83	1	1,313285706	13	322	20.336

APÊNDICE IV

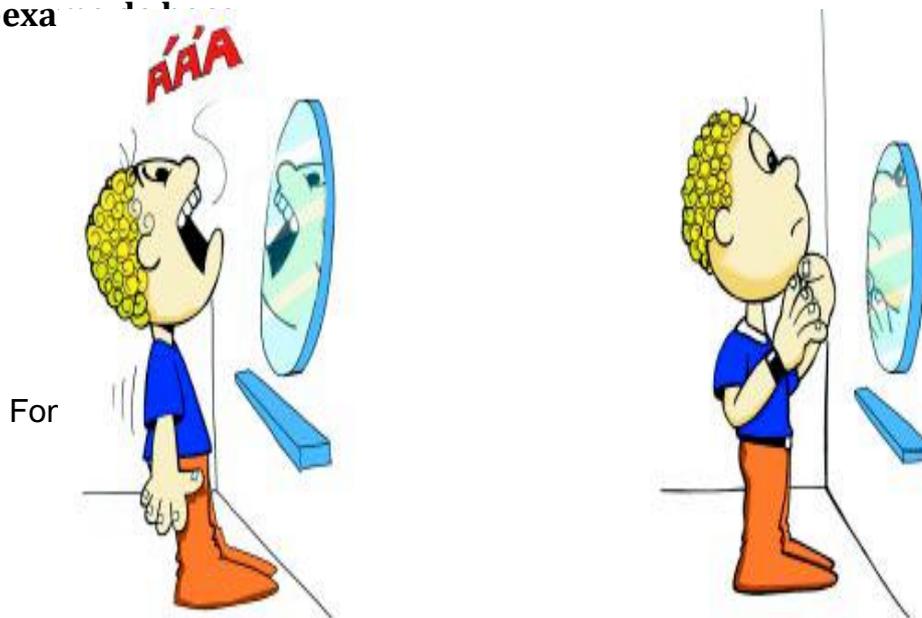
OMS divulga roteiro com 12 pontos que ajudam a prevenir o câncer;

veja: — 30/10/2014 09:19:14

1. Não fume ou use qualquer tipo de tabaco;
2. Livre sua casa da fumaça. Apóie as políticas antitabaco em seu local de trabalho;
3. Tome uma atitude para ter um peso corporal saudável;
4. Seja fisicamente ativo em seu cotidiano; limite o tempo em que você fica sentado;
5. Tenha uma dieta saudável: coma grãos integrais em abundância, legumes, vegetais e frutas; limite os alimentos altamente calóricos (ricos em açúcar ou gordura) e evite bebidas açucaradas; evite carnes processadas e limite a quantidade de carne vermelha ou outros alimentos ricos em sal;
6. Se você bebe álcool de qualquer tipo, limite a ingestão. Evitar é melhor para a prevenção do câncer;
7. Evite muito sol, especialmente as crianças. Use protetor solar e não durma sob os raios solares;
8. Em seu ambiente de trabalho, proteja-se contra substâncias causadoras de câncer, seguindo as instruções de segurança e saúde;
9. Descubra se você está exposto à radiação em sua própria casa. Tome medidas para detectar e reduzir os níveis elevados de radônio, gás que pode penetrar o ambiente pelo solo e se misturar ao ar;
10. Para mulheres: a amamentação reduz os riscos de câncer na mãe. Se você puder, amamente seu bebê. A terapia de reposição hormonal aumenta o risco de certos tipos de câncer. Por isso, limite à prática;
11. Garanta que seus filhos participem de programas de vacinação contra a Hepatite B (para recém-nascidos) e contra o papilomavírus humano, o HPV (para meninas);
12. Participe de programas de prevenção organizados para combater o câncer de intestino (homens e mulheres), câncer de mama e no colo do útero (mulheres) (Câncer em Foco, Fundação do Câncer, 2014).

APÊNDICE V

Auto-exame



Como fazer o auto-exame?



O que observar no auto exame?

- ☒ Mudanças na cor da pele e mucosa bucal;
- ☒ Manchas que não desaparecem;
- ☒ Feridas que não cicatrizam em até 20 ou 30 dias;
- ☒ Aftas prolongadas ou inchaços, caroços ou ínguas no pescoço.

Fonte: laraodontologia.com.br, 2014

1. Lave bem a boca e remova as próteses dentárias, se for o caso.

2. De frente para o espelho, observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente, com a ponta dos dedos, todo o rosto.
3. Puxe com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo a sua parte interna (mucosa). Em seguida, palpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita a palpação.
4. Com a ponta de um dedo indicador, afaste a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Faça isso nos dois lados.
5. Com a ponta de um dedo indicador, percorra toda a gengiva superior e inferior.
6. Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure palpar todo o soalho da boca.
7. Incline a cabeça para trás, e abrindo a boca o máximo possível examine atentamente o céu da boca. Palpe com um dedo indicador todo o céu da boca, em seguida diga ÁÁÁÁ... e observe o fundo da garganta.
8. Ponha a língua para fora e observe a sua parte de cima. Repita a observação com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para a esquerda, observe o lado direito da mesma.

Repita o procedimento para o lado esquerdo, puxando a língua para a direita.

9. Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano, e palpe em toda a sua extensão com os dedos indicadores e polegar da outra mão.
10. Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferença entre eles. Depois, palpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento para o lado direito, palpando-o com a mão esquerda. Veja se existem caroços ou áreas endurecidas.
11. Finalmente, introduza um dos polegares por debaixo do queixo e palpe suavemente todo o seu contorno inferior.

O QUE PROCURAR

- Mudanças na aparência dos lábios e parte interna da boca
- Endurecimentos

- Caroços
- Feridas
- Sangramento
- Inchações
- Áreas dormentes
- Dentes amolecidos ou quebrados.

Fonte: (Falando sobre câncer de boca, MS/INCA, p. 48,2002)

APÊNDICE VI

O INCA/MS preconiza que o atendimento à população siga as seguintes orientações:

NÍVEL DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO:

Tratamento especializado em promoção da saúde, no qual se fornecem informações gerais sobre hábitos saudáveis de vida, e dá-se o atendimento multidisciplinar visando à prevenção de doenças, com base em profissionais qualificados em prevenção e diagnóstico precoce e dispendo de equipamentos de complexidade mínima.

A t i v i d a d e s

- ✎ Reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc.) sobre o câncer, visando à mobilização e conscientização para o autocuidado, à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer da boca, à quebra dos preconceitos e à diminuição do medo da doença.
- ✎ Reuniões específicas para discutir os fatores de risco do câncer da boca e apontar a importância do exame clínico semestral.
- ✎ Exame da cavidade bucal.
- ✎ Prestação de cuidados gerais de saúde bucal (tratamento dentário, inclusive).
- ✎ Encaminhamento ao nível secundário de casos suspeitos.

NÍVEL DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Este nível exige profissionais mais treinados para realizar especificamente o exame da boca e avaliar e proceder ao diagnóstico de uma lesão acaso existente.

A t i v i d a d e s

- ✎ Orientação sobre mudanças de hábitos de vida que expõem os indivíduos a fatores de risco.

- ✧ Remoção de lesões precursoras do câncer e de fatores irritativos, tais como próteses desajustadas ou fraturadas.
- ✧ Exame da cavidade bucal e detecção de lesões suspeitas.
- ✧ Biópsia.
- ✧ Tratamento de lesões benignas simples.
- ✧ Encaminhamento dos casos de alta suspeita e de câncer confirmados para o nível terciário.
- ✧ Seguimento de casos tratados.

NÍVEL DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO/QUATERNÁRIO

Neste nível é realizado o tratamento de lesões benignas complexas e do câncer da boca. Ele necessita de profissionais treinados em diversas áreas, que compõem a chamada equipe multiprofissional.

Atividades

- ✧ Exame da cavidade bucal, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico e estadiamento.
- ✧ Biópsia e diagnóstico complementar, inclusive de lesões metastáticas (por exemplo, linfonomegalias).
- ✧ Cirurgia, radioterapia e quimioterapia.
- ✧ Seguimento de casos tratados.
- ✧ Reabilitação física e psicológica objetivando bons resultados terapêuticos com mínimos efeitos colaterais e a reintegração do indivíduo aos seus ambientes familiar, social e ocupacional, sempre que possível, nos casos de lesões operáveis ou extensas.