

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Carolina Quintana Castro

**CARACTERIZAÇÃO, REGIME TERAPÊUTICO E PRINCIPAIS
EFEITOS ADVERSOS CAUSADOS PELO TRATAMENTO DE
PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Santa Maria, RS
2019

Carolina Quintana Castro

**CARACTERIZAÇÃO, REGIME TERAPÊUTICO E PRINCIPAIS EFEITOS
ADVERSOS CAUSADOS PELO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Onco-Hematologia.**

Orientador: Prof^a. Dr^a. Rosmari Hörner
Co-Orientador: Dr^a. Vanessa da Costa Flores

Santa Maria, RS
2019

Carolina Quintana Castro

**CARACTERIZAÇÃO, REGIME TERAPÊUTICO E PRINCIPAIS EFEITOS
ADVERSOS CAUSADOS PELO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Onco-Hematologia**.

Aprovado em 26 de fevereiro de 2019:

Rosmari Hörner, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Vanessa da Costa Flores, Dra. (HUSM/UFSM)

Graciele Pontes, Esp. (HUSM/UFSM)

Camille Salvany Caputi, Esp. (HUSM/UFSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

CARACTERIZAÇÃO, REGIME TERAPÊUTICO E PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS CAUSADOS PELO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

AUTORA: Carolina Quintana Castro
ORIENTADORA: Rosmari Hörner
CO-ORIENTADORA: Vanessa da Costa Flores

O câncer de cabeça e pescoço é o quinto tipo mais frequente no mundo e engloba tumores da cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal, tireoide e glândulas salivares. As principais categorias de tratamento são: cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Conhecer o perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, bem como seu tratamento e os principais efeitos adversos gerados por esse tratamento é muito importante, pois desta forma é possível implementar ações de prevenção, proporcionar informações adequadas sobre o tratamento antineoplásico, seus efeitos secundários e respectivas medidas de suporte. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil do paciente e analisar o regime terapêutico mais empregado no tratamento desta neoplasia, bem como avaliar os principais efeitos adversos causados pela radioterapia e quimioterapia concomitante em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço. Foi realizado um estudo do tipo transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo. Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço tratados com radioterapia e quimioterapia concomitante, atendidos em um hospital universitário de médio porte, no período de março a dezembro de 2017. A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários físicos e eletrônicos, através de uma ficha de coleta elaborada pelas pesquisadoras. Os resultados mostram prevalência do sexo masculino (83,72%), da raça branca (88,37%) e média de idade de 60,77 anos. Houve uma prevalência de pacientes casados (46,51%), nascidos (20,93%) e procedentes (39,53%) da cidade de Santa Maria. Grande parte dos pacientes possui baixa escolaridade (81,40% com ensino fundamental incompleto) e 25,58% são agricultores, profissão prevalente. Houve predomínio de ex fumantes (51,16%), que não consomem mais álcool (48,84%) e que apresentam histórico de câncer na família (37,21%). Os locais mais acometidos foram a laringe e a orofaringe com 30,23% cada e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular (97,67%). Quase metade dos indivíduos do estudo encontram-se no estágio IV (48,84%) e a maioria não apresenta metástase (60,47%). O regime terapêutico mais utilizado para esse tipo de câncer foi a radioterapia concomitante à Cisplatina (69,77%). Esse regime terapêutico é o preconizado nos protocolos e diretrizes para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço e foi o mais utilizado provavelmente pelo estadiamento avançado – III e IV – da maioria dos pacientes. Os efeitos adversos mais prevalentes foram a mucosite (41,86%) e a radiodermatite (41,86%), seguida por náusea/vômito (37,21%) e perda de peso (32,56%).

Palavras-chave: Cabeça e pescoço. Câncer. Tratamento.

ABSTRACT

CHARACTERIZATION, THERAPEUTIC REGIME AND MAJOR ADVERSE EFFECTS CAUSED BY THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

AUTHOR: Carolina Quintana Castro
SUPERVISOR: Rosmari Hörner
CO-SUPERVISOR: Vanessa da Costa Flores

Head and neck cancer is the fifth most frequent type in the world and encompasses tumors of the oral cavity, pharynx, larynx, nasal cavity, thyroid and salivary glands. The main categories of treatment are: surgery, radiotherapy and chemotherapy. Knowing the profile of patients with head and neck cancer, as well as their treatment and the main adverse effects generated by this treatment is very important, because in this way it is possible to provide adequate information about the antineoplastic treatment, its side effects and respective measures of support. The objective of this study was to characterize the patient profile and analyze the therapeutic regimen most used in the treatment of this neoplasm, as well as to evaluate the main adverse effects caused by radiotherapy and concomitant chemotherapy in patients with head and neck cancer. A transversal, quantitative, descriptive and retrospective study was carried out. All patients diagnosed with head and neck cancer treated with radiotherapy and concomitant chemotherapy attended at a medium-sized university hospital from March to December of 2017 were included. Data collection was done through medical records physical and electronic, through a collection form elaborated by the researchers. The results show a prevalence of males (83.72%), Caucasian (88.37%) and mean age 60.77 years. There was a prevalence of married (46.51%), born (20.93%) and born (39.53%) patients from the city of Santa Maria. Most patients have low schooling (81.40% with incomplete primary education) and 25.58% are farmers, a prevalent profession. There was a predominance of former smokers (51.16%), who did not consume more alcohol (48.84%) and had a family history of cancer (37.21%). The most common sites were larynx and oropharynx with 30.23% each, and the most frequent histological type was squamous cell carcinoma (97.67%). Almost half of the individuals in the study are in stage IV (48.84%) and most do not present metastasis (60.47%). The most used therapeutic regimen for this type of cancer was radiotherapy concomitant with Cisplatin (69.77%). This therapeutic regimen is recommended in the protocols and guidelines for the treatment of head and neck cancer and was probably the most used by advanced staging - III and IV - of most patients. The most prevalent adverse effects were mucositis (41.86%) and radiodermatitis (41.86%), followed by nausea / vomiting (37.21%) and weight loss (32.56%).

Keywords: Head and neck. Cancer. Treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Média e intervalo de idade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de Médio Porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	13
Tabela 2-	Sexo dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	14
Tabela 3-	Estado civil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	14
Tabela 4-	Escolaridade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	15
Tabela 5-	Raça/cor dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	15
Tabela 6-	Profissões dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	16
Tabela 7-	Local de nascimento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	17
Tabela 8-	Local de procedência dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	18
Tabela 9-	Relação do hábito de fumar dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	19
Tabela 10-	Relação do consumo de álcool dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	20
Tabela 11-	Histórico familiar de câncer dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	20
Tabela 12-	Localização do tumor dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	21
Tabela 13-	Tipo histológico do câncer dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	22
Tabela 14-	Estadiamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	22
Tabela 15-	Presença de metástase nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	23

Tabela 16-	Local da metástase dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	23
Tabela 17-	Regime terapêutico utilizado pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	25
Tabela 18-	Principais efeitos adversos ao tratamento que acometem os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento antineoplásico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.....	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	MATERIAS E MÉTODOS.....	12
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
5	REFERÊNCIAS.....	29
	<i>APÊNDICE A.....</i>	<i>35</i>
	<i>APÊNDICE B.....</i>	<i>36</i>

1 INTRODUÇÃO

O câncer é tido como um problema de saúde pública, uma vez que possui dimensão econômica, social e epidemiológica. Conceitualmente, considera-se como um conjunto de doenças que se caracterizam por apresentar células com crescimento descontrolado. O crescimento desenfreado das células pode acometer não somente o local em que o câncer começou, mas também outras regiões do corpo. Essa capacidade que os tumores possuem de se espalhar por outros órgãos e tecidos é denominada metástase (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

O câncer surge em genes denominados supressores tumorais e proto-oncogenes. Nas células normais, os supressores tumorais são ativos. Através de alterações bioquímicas, são inativados e, por isso, não conseguem mais elaborar proteínas que serão responsáveis por cessar o ciclo celular de células modificadas. Os proto-oncogenes, por sua vez, em células normais são inativos. Quando ativados – também através de alterações bioquímicas – se transformam em oncogenes e levam ao crescimento descontrolado de células modificadas, dando origem aos tumores (VISACRI, 2013).

As causas do câncer podem ser externas ou internas ao organismo. As causas externas estão relacionadas aos hábitos de vida, como o consumo de cigarro e bebidas alcoólicas. Alguns tipos de substâncias químicas, como os herbicidas, os pesticidas e também fungicidas - muito utilizados por agricultores nos cultivos em suas lavouras - também são considerados agentes cancerígenos. Seu uso indiscriminado no cultivo de verduras, hortaliças e demais produtos destinados ao consumo humano, podem gerar tumores malignos. As causas internas são pré-determinadas geneticamente (PRADO, 2014).

Entre os tipos de cânceres existentes, o câncer de cabeça e pescoço é o quinto tipo de câncer mais comum no mundo, apresentando alta morbidade e mortalidade. Esse câncer é resultado do crescimento rápido de células escamosas de carcinomas localizados no trato aéreo superior, como, superfície dos lábios, região do pescoço, do esôfago, cavidade bucal, laringe, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe e faringe. Os indivíduos acometidos pelo câncer de cabeça e pescoço podem apresentar dor na garganta, rouquidão, mudanças na voz e dificuldades na deglutição (ROSSETO, 2018).

Aproximadamente 90% dos casos de câncer de cabeça e pescoço são compostos por carcinomas de células escamosas, também conhecido como carcinoma espinocelular (CEC)

(CAMPANA; GOIATO, 2015) e sua principal causa é o hábito de fumar. Entre os fumantes, o consumo de álcool é o principal fator causador de câncer de cabeça e pescoço (GALBIATTI et al., 2013). Esses hábitos, que antigamente eram considerados masculinos, aumentaram entre as mulheres, fazendo com que a proporção entre homens e mulheres com esse tipo de câncer diminuísse (VISACRI, 2013). Outro fator de risco é o Papiloma vírus Humano (HPV) e no caso da carcinogênese orofaríngea, o HPV tem importante papel (GALBIATTI et al., 2013). Esse tipo de câncer, por si só, pode ser traumático, uma vez que pode deixar as pessoas com a face deformada e, em alguns casos, sem partes inteiras do rosto (SILVA; CASTRO; CHEM, 2012).

As principais modalidades de tratamento são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, que podem ser utilizadas em conjunto ou isoladamente (SANTOS, 2018). Os pacientes que necessitam ser submetidos à cirurgia para a retirada do tumor, podem sofrer mutilações transitórias ou definitivas. Além disso, a cirurgia também pode causar alterações fisiológicas para o paciente devido à possibilidade do uso da traqueostomia e da sonda nasogástrica. O uso da traqueostomia tem função respiratória, porém, pode causar perda total ou parcial da voz. Já a sonda nasogástrica tem a função de nutrir o paciente, mas pode levar a deficiências na deglutição e na mastigação, por exemplo (LEITÃO; DUARTE; BETTEGA, 2013).

A radioterapia é uma modalidade de tratamento que emprega radiações ionizantes com a finalidade de combater células malignas, impossibilitando a multiplicação exacerbada dessas células e/ou levando a morte celular. Como a radioterapia diminui o potencial de vascularização dos tecidos, os pacientes podem apresentar muitos efeitos adversos desagradáveis. Entre os efeitos agudos e/ou tardios provocados pela radioterapia encontra-se mucosite, perda e/ou mudança do paladar, boca seca, descamação da pele, ulceração da mucosa, lesões vasculares, atrofia dos tecidos, fibrose, edema, necrose dos tecidos moles, perda de dentes e osteonecrose (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006).

A quimioterapia antineoplásica é uma opção de tratamento sistêmico que atinge todas as células do organismo, normais ou malignas, principalmente as que se proliferam muito rápido, produzindo assim, efeitos adversos para o paciente (SOARES, 2009). Efeitos adversos agudos podem acontecer durante o tratamento antineoplásico, agredindo tecidos com alto poder de multiplicação. Já os efeitos adversos tardios podem ocorrer meses ou anos após o início do tratamento e costumam acometer tecidos e órgãos de maior especificidade celular, como ossos e músculos (PAIVA et al., 2004).

Entre os principais efeitos produzidos pela quimioterapia, destaca-se imunidade baixa, mielossupressão, náusea e vômito, alopecia, cardiotoxicidade, nefrotoxicidade, toxicidade

pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal, esterilidade, lesão no esôfago (mucosites) e má nutrição (SAWADA et al., 2009).

A cisplatina, pertencente a classe de compostos de coordenação da platina, constitui a principal opção de quimioterapia em casos de CEC de cabeça e pescoço repetido e metastático. Sua administração em doses elevadas com a radioterapia torna-se uma opção mais efetiva do que a administração isolada de radioterapia (GALBIATTI et al., 2013). Outras opções que resultam em elevada vantagem de sobrevida são a administração concomitante de radioterapia com 5-fluorouracil (5-FU), cisplatina ou carboplatina ou a administração de 5-FU com cisplatina ou carboplatina (BUDACH et al., 2006).

O cetuximabe, um anticorpo monoclonal, pode ser usado no tratamento de doença repetida ou metastática como primeira linha e como segunda linha no tratamento de pacientes que não responderam a terapia com cisplatina (HUSAIN; BURTNES; DECKER, 2015). As reações adversas mais comuns ao cetuximabe são relacionadas à infusão e à pele. Com relação a infusão, os pacientes podem apresentar dificuldade para respirar, calafrios, febre, tonturas, coceira, dores no peito e desmaio. Já relacionadas com a pele, pode ser observado descamação, pele seca, coceira, alterações do tipo acne, crescimento exagerado de pelos ou alterações nas unhas (BRASIL, 2013).

Os antineoplásicos docetaxel e paclitaxel, pertencentes à classe dos taxanos, são ativos para CEC de cabeça e pescoço e a introdução de um desses medicamentos no regime terapêutico melhora a resposta clínica e a sobrevida dos pacientes (GALBIATTI et al., 2013).

Reconhecer o perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço é indispensável para o entendimento do aspecto etiológico (MELO et al., 2010) e para a programação da atenção à saúde para cada tipo específico destas neoplasias (BERGAMASCO et al. 2008). É preciso conhecer essa população, para assim elaborar ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde direcionadas a esses indivíduos. Conhecendo essa população, o tratamento e os efeitos adversos que esse tratamento poderá causar ao paciente, é possível proporcionar informações adequadas sobre o tratamento antineoplásico, seus efeitos secundários e respectivas medidas de suporte.

Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil e analisar o regime terapêutico mais empregado no tratamento desta neoplasia, bem como avaliar os principais efeitos adversos causados pela radioterapia e quimioterapia concomitante em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho consistiu de uma análise transversal, quantitativa, descritiva e retrospectiva. A amostra foi constituída por indivíduos com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço tratados concomitantemente com radioterapia e quimioterapia, atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de março a dezembro de 2017. O estudo foi realizado com os dados provenientes de pacientes atendidos no HUSM, localizado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (RS). O HUSM é vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e caracteriza-se como hospital-escola, de alta complexidade, público, com atendimentos 100% SUS (HUSM, 2018).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM, atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o número de CAAE 00180218.3.0000.5346. Os dados da pesquisa foram coletados nos prontuários eletrônicos e físicos, não necessitando de uma abordagem direta aos pacientes. Essa coleta foi realizada através de uma ficha de coleta elaborada pelas próprias pesquisadoras (APÊNDICE A).

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço que realizaram tratamento com quimioterapia e radioterapia concomitante no período de março a dezembro de 2017. Pacientes que realizaram apenas uma forma de tratamento ou que utilizaram mais de um método de tratamento que não quimioterapia e radioterapia concomitante, com outro diagnóstico diferente de câncer de cabeça e pescoço e que foram tratados em período diferente do citado foram excluídos da pesquisa.

O banco de dados foi criado no Programa *Microsoft for Excel* 2007. Para análise descritiva dos dados foi determinada a frequência e medidas de tendência central para as características estudadas. A análise estatística foi realizada no *Software* STATISTICA 9.0. Os dados foram expressos como frequência absoluta e relativa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi efetivamente conduzido com 43 pacientes que realizaram tratamento oncológico no período de março a dezembro de 2017. Conforme as evidências epidemiológicas, os casos de câncer de cabeça e pescoço aumentam com a idade, sendo um câncer incomum em indivíduos jovens. Entre os casos de câncer de cabeça e pescoço somente 4 a 6% acometem pacientes com menos de 40 anos de idade, no entanto essa porcentagem vem aumentando em muitos países (ALVARENGA et al., 2008)

Como se pode observar na Tabela 1, a média de idade encontrada foi de 60,77 anos. Esse dado vai ao encontro do observado no estudo de Alvarenga e colaboradores (2008), onde a média de idade encontrada foi de 61,77 anos. Com relação ao intervalo da faixa etária, a predominância da faixa de 50 a 59 anos encontrada diverge do relatado por Alvarenga e seus colaboradores em 2008, onde foi observada uma população com mais idade, em uma faixa etária de 61 a 70 anos.

Tabela 1 - Média e intervalo de idade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de Médio Porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

IDADE	FREQUÊNCIA (n)	%	IDADE MÉDIA	IDADE MÁXIMA	IDADE MÍNIMA
40 F 49	04	9,30	60,77	82	41
50 F 59	17	39,53			
60 F 69	14	32,56			
70 F 79	7	16,28			
80 F 89	1	2,33			
Total	43	100,00			

O câncer de cabeça e pescoço tem predominância no sexo masculino, provavelmente por hábitos como a ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo, fatores relacionados ao surgimento destes tumores. Nos últimos anos, foi constatada uma diminuição na proporção da doença entre homens e mulheres, provavelmente pelo fato de que as mulheres adquiriram esses hábitos, antes considerados masculinos (VISACRI, 2013). O presente estudo demonstra que,

embora essa proporção tenha diminuído, ainda há predomínio de indivíduos do sexo masculino nesse tipo de câncer (Tabela 2).

Tabela 2 – Sexo dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

SEXO	FREQUÊNCIA (n)	%
FEMININO	07	16,28
MASCULINO	36	83,72
Total	43	100,00

Dos 43 indivíduos estudados, 36 são do sexo masculino (83,72%) e apenas 7 são do sexo feminino (16,28%), resultados semelhantes aos encontrados por Dedivitis e colaboradores (2004). Dos indivíduos estudados em sua pesquisa, 33 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

Com relação ao estado civil (Tabela 3), houve o predomínio de indivíduos casados (46,51%), seguido de indivíduos solteiros (27,91%), divorciados (16,28%) e viúvos (9,30%). Em estudo realizado por Sawada e colaboradores (2006) o resultado encontrado foi semelhante, onde 65,6% eram casados, 15,6% solteiros e 9,4% divorciados.

Tabela 3 – Estado civil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA (n)	%
SOLTEIRO	12	27,91
CASADO	20	46,51
VIÚVO	04	9,30
DIVORCIADO	07	16,28
Total	43	100,00

Em relação a escolaridade, 35 indivíduos (81,40%) possuem o 1º grau incompleto (Tabela 4). Pesquisas mostram que a maioria dos indivíduos com câncer de cabeça e pescoço possuem como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto (NEVES; RAPOSO; BEZERRA, 2017; BERGAMASCO et al., 2008). O desenvolvimento socioeconômico e o nível

de saúde estão interligados. Em relação à qualidade de saúde, não se deve levar em conta somente a dimensão biológica, mas o conjunto da dimensão social, cultural, econômica e biológica, uma influenciando sobre a outra (CARRARA; VENTURA, 2012).

Tabela 4 – Escolaridade dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA (n)	%
1º GRAU INCOMPLETO	35	81,40
2º GRAU INCOMPLETO	01	2,33
1º GRAU COMPLETO	01	2,33
2º GRAU COMPLETO	05	11,63
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	01	2,33
Total	43	100,00

Santos e colaboradores (2011) acreditam que o grau de escolaridade baixa está vinculado à maior vulnerabilidade para o câncer em estudo. Esse dado, segundo Mourão e seus colaboradores (2008), pode demonstrar um vínculo com a carência de informação e de conhecimento sobre métodos de prevenção. Além disso, pode gerar uma dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde.

Conforme pode se observar na Tabela 5, a raça predominante dos pacientes analisados foi a branca (88,37%), provavelmente devido à prevalência dessa raça na região estudada. Esses dados estão de acordo com a Síntese dos Indicadores Sociais, no qual determina que a maior parte da população gaúcha é constituída por brancos (82,3%), seguida de pardos (11,4%), negros (5,9%) e amarelos ou indígenas (0,4%) (VIERO; LARA, 2015).

Tabela 5 – Raça/cor dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

RAÇA	FREQUÊNCIA (n)	%
BRANCA	38	88,37
PRETA	03	6,98
PARDA	02	4,65
Total	43	100,00

Estudo realizado no Hospital Universitário do Noroeste do Estado de São Paulo, mostrou que os indivíduos de cor branca são mais atingidos por esse tipo de câncer (ALVARENGA, 2008), no entanto, outro estudo realizado em um Centro de Referência da Universidade Federal de Feira de Santana, Nordeste, obteve predominantemente a cor da pele parda/preta (ANDRADE, 2014). Esse fator pode ser influenciado pela prevalência de cor da pele ao longo do território nacional.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço são o hábito de fumar e o consumo de álcool. Algumas evidências indicam, também, uma relação entre o exercício de algumas profissões, como agricultura, pesca, construção civil e o desenvolvimento deste tipo de câncer. No entanto, não há comprovação científica que liguem essas profissões ao surgimento da doença (VISACRI, 2013; ANDREOTTI, 2006).

Herbicidas, pesticidas e também fungicidas - substâncias químicas utilizadas por agricultores no cultivo das lavouras - também são considerados agentes cancerígenos (PRADO, 2014). Exposições ao carvão, sílica, pó de cimento e formaldeído têm sido vinculadas com o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço (VISACRI, 2013).

No presente estudo, muitos prontuários, físicos ou eletrônicos, não possuíam registro da profissão do paciente: dos 43 pacientes estudados, 18 (41,86%) não consta registro de ocupação ou profissão. Das 25 profissões registradas no prontuário, 25,58% (11) são agricultores (Tabela 6). Esse dado vai ao encontro do estudo feito por Santos, Batista e Cangussu (2010), onde 39,2% (29) dos pacientes são trabalhadores rurais.

Tabela 6 – Profissões dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA (n)	%
AGRICULTOR	11	25,58
CARPINTEIRO	01	2,33
PEDREIRO E PINTOR	01	2,33
ELETRICISTA	01	2,33
PADEIRO	01	2,33
PROFESSOR	01	2,33
MANICURE	01	2,33
SERVENTE DE SERVIÇOS GERAIS	01	2,33

DESEMPREGADO	01	2,33
DONA DE CASA	01	2,33
EX RADIALISTA	01	2,33
JORNALEIRO	01	2,33
COMERCIANTE	01	2,33
APOSENTADO	02	4,65
NÃO CONSTA	18	41,86
<hr/>		
Total	43	100,00

O local de nascimento (20,93%) dos pacientes foi predominantemente a cidade de Santa Maria (Tabela 7). Esse resultado pode ser devido ao fato de que o município é o 5o mais populoso do Rio Grande do Sul e, isoladamente, o maior de sua região, com mais de 278 mil habitantes em 2017 segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Tabela 7 – Local de nascimento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

LOCAL DE NASCIMENTO	FREQUÊNCIA (n)	%
SANTA MARIA	09	20,93
RIO GRANDE	01	2,33
CAÇAPAVA DO SUL	01	2,33
DILERMANDO DE AGUIAR	01	2,33
SANTANA DO LIVRAMENTO	01	2,33
SÃO GABRIEL	03	6,98
SILVEIRA MARTINS	02	4,65
FAXINAL DO SOTURNO	01	2,33
MATA	03	6,98
FORMIGUEIRO	01	2,33
SÃO PEDRO DO SUL	03	6,98
SERAFINA CORRÊA	01	2,33
ITACURUBI	01	2,33
CACEQUI	01	2,33
URUGUAIANA	01	2,33

JÚLIO DE CASTILHOS	01	2,33
SÃO FRANCISCO	01	2,33
SÃO SEPÉ	01	2,33
PARAÍSO DO SUL	02	4,65
ROSÁRIO DO SUL	04	9,30
SANTIAGO	03	6,98
RESTINGA SECA	01	2,33
<hr/>		
Total	43	100,00

Além dos 17 indivíduos (39,53%) que procederam da cidade de Santa Maria, foram estudados pacientes que procederam de Santana do Livramento (2,33%), São Martinho da Serra (2,33), São Gabriel (2,33%), São João do Polêsine (2,33%), Mata (6,98%), Formigueiro (4,65%), São Pedro do Sul (2,33%), Itacurubi (6,98), Rosário do Sul (2,33%), São Francisco (6,98%), Paraíso do Sul (2,33%), Santiago (2,33%) e Restinga Seca (2,33%) (Tabela 8).

O HUSM incorpora 45 municípios da Região Centro-Oeste do RS e, além disso, é referência no tratamento do câncer (HUSM, 2018). Provavelmente por esse motivo, é que se tem uma grande diversidade de cidades de procedência dos pacientes.

Tabela 8 – Local de procedência dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

PROCEDÊNCIA	FREQUÊNCIA (n)	%
SANTA MARIA	17	39,53
SANTANA DO LIVRAMENTO	01	2,33
SÃO MARTINHO DA SERRA	01	2,33
SÃO GABRIEL	04	9,30
SÃO JOÃO DO POLÊSINE	01	2,33
MATA	03	6,98
FORMIGUEIRO	01	2,33
SÃO PEDRO DO SUL	03	6,98
ITACURUBI	01	2,33
ROSÁRIO DO SUL	03	6,98

SÃO FRANCISCO	01	2,33
PARAÍSO DO SUL	03	6,98
SANTIAGO	03	6,98
RESTINGA SECA	01	2,33
<hr/>		
Total	43	100,00

O hábito de fumar é considerado o principal fator de risco para CEC de cabeça e pescoço. No cigarro são encontradas substâncias - nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos - que podem ampliar o risco de desenvolvimento da doença. Essas substâncias podem gerar mutações, bem como, modificar o perfil dos indivíduos (GALBIATTI, 2013). Marron e colaboradores (2010) comprovaram que parar de fumar protege contra o desenvolvimento de CEC de cabeça e pescoço.

O alcoolismo, junto ao hábito de fumar, também é considerado como fator de risco para CEC de cabeça e pescoço. O álcool, por sua vez, atua como solvente ampliando a exposição da mucosa à agentes carcinogênicos (GALBIATTI, 2013). Conforme Marur e Forastiere (2008), o hábito de fumar aliado ao consumo de álcool aumenta 40 vezes o risco de desenvolvimento de CEC de cabeça e pescoço.

Em relação ao hábito de fumar dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço analisados, 51,16% não são mais fumantes e 34,88% ainda mantém o hábito, mesmo após o diagnóstico de câncer (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação do hábito de fumar dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

FUMANTE	FREQUÊNCIA (n)	%
SIM	15	34,88
NÃO	06	13,96
EX CONSUMIDOR	22	51,16
<hr/>		
Total	43	100,00

Com relação ao consumo de álcool, 48,84% dos pacientes não ingerem mais álcool e 23,26% ainda consomem bebida alcoólica, mesmo após o diagnóstico de câncer (Tabela 10). Esses dados reforçam a associação entre o consumo de álcool e o hábito de fumar para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço.

Tabela 10 – Relação do consumo de álcool dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

ETILISTA	FREQUÊNCIA (n)	%
SIM	10	23,26
NÃO	11	25,58
EX CONSUMIDOR	21	48,84
NÃO CONSTA	01	2,33
Total	43	100,00

Doenças genéticas - também chamadas de hereditárias - são doenças transmitidas de geração para geração. A síndrome de câncer hereditário é uma doença genética na qual o câncer fica mais prevalente em pessoas de uma mesma família (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015). Dos pacientes estudados, 37,21% (16) possuem histórico familiar de câncer (Tabela 11), contudo, o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço não parece ter relação com o histórico familiar de câncer, e sim com os fatores de risco extrínsecos. Além dos fatores de risco principais – tabagismo e etilismo – também são fatores de risco as infecções virais, particularmente aquelas ligadas ao vírus Epstein-Barr e Papilomavírus Humano dos subtipos 16 e 18 e também a carência de vitaminas e micronutrientes, tais como zinco, selênio e ácido fólico (SILVA et al., 2011).

O câncer de cabeça e pescoço acomete, normalmente, orofaringe, cavidade oral, hipofaringe ou laringe. Os sítios anatômicos mais acometidos por essa doença são a cavidade oral (40%), seguida pela laringe (25%), faringe (15%) e o restante nas demais regiões remanescentes. Sua incidência vem aumentando nos últimos anos, tratando-se ainda de um câncer com altos índices de recidiva e de mortalidade (HADDAD; SHIN, 2008; RIGONI et al., 2015).

Tabela 11– Histórico familiar de câncer dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

HISTÓRIA FAMILIAR DE CâNCER	FREQUÊNCIA (n)	%
SIM	16	37,21

NÃO	11	25,58
NÃO CONSTA	16	37,21
<hr/>		
Total	43	100,00

Os sítios anatômicos mais acometidos foram a laringe e a orofaringe, com 30,32% cada, seguida da faringe (13,95%) e da cavidade oral (11,63%) (Tabela 12). Esses resultados se diferenciam do que foi encontrado no estudo de Haddad; Shin (2008) e Rigoni e colaboradores (2015) que encontraram a cavidade oral como sítio anatômico mais afetado. Esse fato pode ser esclarecido por hábitos como o consumo de álcool e cigarro, que aumenta o risco de incidência dessas lesões em duas ou três vezes na cavidade oral (HADDAD; SHIN, 2008; RIGONI et al., 2015). No entanto, o resultado encontrado no presente estudo vai ao encontro do estudo elaborado por Rocha e colaboradores (2017), no qual o sítio primário mais acometido foi a laringe, com 17,9%. Alguns estudos consideram que o “chimarrão”, quando tomado com água muito quente, é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe, orofaringe e esôfago. Esse costume é observado em áreas que incluem o sul do Brasil, Uruguai e nordeste da Argentina. O presente estudo foi realizado em uma cidade do centro do Rio Grande do Sul, sendo assim, a predominância de câncer em região de orofaringe e laringe pode ser devido a esse costume (JOTZ et. al, 2006).

Tabela 12 – Localização do tumor dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

LOCAL DO TUMOR	FREQUÊNCIA (n)	%
BOCA	05	11,63
LARINGE	13	30,23
FARINGE	06	13,95
OROFARINGE	13	30,23
LARINGE e OROFARINGE	01	2,33
LARINGE E FARINGE	01	2,33
OROFARINGE, LARINGE e BOCA	01	2,33
BOCA E OROFARINGE	02	4,65
CAVIDADE NASAL	01	2,33
<hr/>		
Total	43	100,00

O carcinoma espinocelular foi o tipo histológico mais frequente com 97,67% (Tabela 13). Estudo realizado por Alvarenga e colaboradores (2008) também tem o carcinoma espinocelular como o tipo histológico mais frequente. Além disso, a literatura demonstra que mais de 90% dos casos de câncer de cabeça e pescoço são do tipo carcinoma espinocelular (SOMMERFELD et al., 2012).

Tabela 13 – Tipo histológico do câncer dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

TIPO HISTOLÓGICO	FREQUÊNCIA (n)	%
CEC	42	97,67
C. LINFOEPITELIAL DE CAVUM	01	2,33
Total	43	100,00

O câncer de cabeça e pescoço constantemente é diagnosticado em estágios clínicos avançados (III ou IV). Esse estadiamento já avançado estabelece um pior prognóstico e uma menor taxa de cura. Por conta disso, o tratamento deste tipo de câncer é complexo e frequentemente combina a radioterapia com a quimioterapia. Conseqüentemente, na maioria das vezes, leva a uma piora na qualidade de vida dos pacientes, tornando este tipo de câncer, então, uma questão de saúde pública (BERGAMASCO et al., 2008; CASATI et al., 2012).

Com relação ao estadiamento, foi verificado que quase metade dos indivíduos estudados (48,84% ou 21 indivíduos) encontram-se no estágio IV, seguido por 11 indivíduos (25,58%) no estágio III (Tabela 14). Da mesma forma, a pesquisa de Silva, Leão e Scarpel (2009) também encontrou que a maioria dos pacientes pesquisados (68,2%) estavam no estágio IV.

Tabela 14 – Estadiamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

ESTÁGIO	FREQUÊNCIA (n)	%
I	02	4,65
II	03	6,98
III	11	25,58
IV	21	48,84

NÃO CONSTA	06	13,95
Total	43	100,00

Apesar do estadiamento III e IV se caracterizarem por frequentes recidivas locorreionais e metástases à distância (AMAR et al., 2005), na presente pesquisa mais da metade dos pacientes (60,47% ou 26 indivíduos) não apresentaram metástase (Tabela 15). Em 11 pacientes (25,58%) não foi possível avaliar a presença de metástase e em 2 pacientes (4,65%) foi encontrada metástase. Alvarenga e colaboradores (2008) obtiveram resultados parecidos, uma vez que apenas 2% dos pacientes apresentaram metástase. Quando as metástases estão presentes, os sítios mais comumente acometidos são os pulmões e os ossos (DEDIVITIS et al., 2009). Neste estudo, apenas 2 pacientes (4,65%) tiveram metástase e o sítio acometido de ambos os indivíduos foi o pulmão (Tabela 16).

Tabela 15 – Presença de metástase nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

METÁSTASE	FREQUÊNCIA (n)	%
SIM	02	4,65
NÃO	26	60,47
NÃO PODE SER AVALIADO	11	25,58
NÃO CONSTA	04	9,30
Total	43	100,00

Tabela 16 – Local da metástase dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

LOCAL DA METÁSTASE	FREQUÊNCIA (n)	%
SEM METÁSTASE	26	60,47
NÃO CONSTA	04	9,30
NÃO PODE SER AVALIADO	11	25,58
PULMÃO	02	4,65
Total	43	100,00

O principal tratamento para o câncer de cabeça e pescoço é realizado através de cirurgia quase sempre combinada à radioterapia. A quimioterapia é uma importante terapia adjuvante. A cirurgia pode ser responsável por produzir mutilações definitivas, alterações e/ou perda de órgãos. A radioterapia combinada com a quimioterapia pode gerar efeitos adversos que, com o fim do tratamento, podem acabar ou não, e esses efeitos, podem ser muito limitantes para os pacientes (FILHO et al., 2013).

Estágios avançados (III ou IV) devem observar algumas orientações específicas. Nos casos em que o tumor for operável, a cirurgia é realizada com finalidade radical. Após a cirurgia, deve-se realizar radioterapia ou radioquimioterapia. A radioterapia combinada à quimioterapia após a cirurgia, quando comparada à radioterapia isolada, está vinculada a um maior controle da doença locorregional e menor risco de óbito. A radioterapia combinada com a quimioterapia, sempre que apropriada, deve utilizar, preferencialmente, protocolo quimioterápico baseado em compostos de coordenação da platina, isolados ou combinados com fluoropirimidina. Se o paciente não for capaz, clinicamente, de receber o tratamento com compostos de coordenação de platina, existe a alternativa da radioterapia isolada ou combinada com agente único sensibilizante à radiação: fluoruracila, paclitaxel, mitomicina C, gencitabina ou cetuximabe (BRASIL, 2015).

Estudos randomizados, como os retratados por Brizel, Wendt e Merlano, apresentam o benefício de associar radioterapia com quimioterapia em vez de utilizar a radioterapia isolada para câncer de cabeça e pescoço localmente avançado. Esses estudos expõem benefícios de sobrevida, bem como melhor controle locorregional. Contudo, a toxicidade é um fator limitante na grande parte das vezes (HERCHENHORN; DIAS, 2004).

Para pacientes com CEC de cabeça e pescoço (região de cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe) inoperável o tratamento escolhido baseia-se em radioterapia - dose padrão é de 66 Gy em 33 frações - concomitante à cisplatina na dose de 100 mg/m² (dias 1, 22 e 43). Essa escolha é fundamentada por estudos prospectivos e randomizados de fase 3 e na metanálise do grupo MACH (BLANCHARD, 2013), comprovando que o uso concomitante de cisplatina traria um benefício absoluto, em 5 anos, de 8% em sobrevida global. A utilização de carboplatina semanal concomitante à radioterapia é uma alternativa para pacientes que não possam fazer uso da cisplatina. Porém, alguns resultados sugeriram que a carboplatina em termos de eficácia é inferior, pelo seu potencial radiosensibilizante (SBOC, 2017).

Nos últimos anos, a utilização da quimioterapia de indução se tornou melhor graças aos bons resultados conquistados com a adição da classe de taxanos ao esquema clássico cisplatina e 5-FU (CF). Ao menos 5 estudos prospectivos e randomizados (BLANCHARD, 2013)

compararam o uso do esquema clássico CF ao novo esquema cisplatina, 5-FU e docetaxel (DCF) para câncer de cabeça e pescoço localmente avançado e o novo esquema se mostrou superior. O esquema DCF mostrou melhor sobrevida livre de progressão, sobrevida global, controle locorregional e diminuição do risco de recidiva à distância. São realizados três ciclos de quimioterapia de indução com docetaxel no 1º dia na dose de 75 mg/m², cisplatina no 1º dia na dose de 75 mg/m² e 5-FU do 1º ao 5º dia na dose de 750mg/m² (SBOC, 2017).

Após a realização da quimioterapia de indução (DCF), não é recomendado o uso de cisplatina, em doses altas (100 mg/m²), concomitante à radioterapia, em função da toxicidade significativa e pelo risco de complicações, sendo assim, é indicado o uso de carboplatina, cetuximabe ou cisplatina semanal (40mg/m² por até 7 semanas). Nos casos de CEC de cabeça e pescoço em região de nasofaringe, pode ser realizada radioterapia - dose padrão é de 66 Gy em 33 frações - concomitante à cisplatina na dose de 100 mg/m² (dias 1, 22 e 43), seguida ou não por quimioterapia adjuvante com cisplatina, na dose de 80 mg/m² no 1º dia, associada à fluoruracila, na dose de 1000 mg/m² do 1º ao 4º dia, em infusão contínua a cada 4 semanas (SBOC, 2017).

Através dos resultados obtidos, observou-se que mais da metade dos pacientes (69,77%) desse estudo realizaram o regime terapêutico de radioterapia concomitante à cisplatina e 27,91% dos pacientes realizaram o esquema DCF (de indução) associada à cisplatina semanal (Tabela 17). Esse regime terapêutico é o preconizado nos protocolos e diretrizes para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço e foi o mais utilizado provavelmente pelo estadiamento avançado – III e IV – da maioria dos pacientes.

Tabela 17 – Regime terapêutico utilizado pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

TRATAMENTO	FREQUÊNCIA (n)	%
CISPLATINA + RTX	30	69,77
DCF (INDUÇÃO) e CISPLATINA	12	27,91
CISPLATINA + 5-FU	01	2,33
Total	43	100,00

Como já retratado anteriormente, a associação da radioterapia concomitante à Cisplatina está vinculada a um maior controle de doença locorregional e menor risco de morte. Contudo, a toxicidade desse tratamento é um fator preocupante, uma vez que, pode causar

limitações aos pacientes. O tratamento antineoplásico é baseado na administração de quimioterápicos que atuam em nível celular para impossibilitar o crescimento de células modificadas. No entanto, a quimioterapia antineoplásica não é seletiva, portanto acaba sendo tóxica aos tecidos normais, particularmente para tecidos que se proliferam muito rápido (SANTOS; CRUZ, 2001).

Os pacientes analisados apresentaram muitos efeitos adversos ao tratamento (Tabela 18). Os principais efeitos relatados foram mucosite e radiodermatite: dos 43 pacientes, 18 (41,86%) tiveram mucosite e 18 (41,86%) dermatite; 16 (37,21%) apresentaram náusea/vômito; 14 (32,56%) apresentaram perda de peso; 9 (20,93%) inapetência; 7 (16,28%) xerostomia e 7 (16,29%) toxicidade hematológica; 6 (13,95%) perda do paladar e 6 (13,95%) constipação; 5 (11,63%) astenia; 2 (4,65%) diarreia, 2 (4,65%) vertigem, 2 (4,65%) toxicidade renal e 2 (4,65%) perda de audição; 1 (2,33%) dor abdominal, 1 (2,33%) zumbido, 1 (2,33%) fibrose, 1 (2,33%) falta de ar/sufocamento, 1 (2,33%) cãndida oral, 1 (2,33%) edema de face, 1 (2,33%) cefaleia e 1 (2,33%) fadiga.

Tabela 18 – Principais efeitos adversos ao tratamento que acometem os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento antineoplásico em um Hospital Universitário de médio porte do estado do Rio Grande do Sul no período de março a dezembro de 2017.

EFEITOS ADVERSOS	FREQUÊNCIA (n)	%
TOXICIDADE HEMATOLÓGICA	07	16,28
PERDA DE PESO	14	32,56
CONSTIPAÇÃO	06	13,95
NÁUSEA/VÔMITO	16	37,21
DOR ABDOMINAL	01	2,33
MUCOSITE	18	41,86
RADIODERMATITE	18	41,86
VERTIGEM	02	4,65
TOXICIDADE RENAL	02	4,65
ZUMBIDO	01	2,33
DIARREIA	02	4,65
PERDA DE AUDIÇÃO	02	4,65
PERDA DO PALADAR	06	13,95
INAPETÊNCIA	09	20,93

XEROSTOMIA	07	16,28
FIBROSE	01	2,33
ASTENIA	05	11,63
FALTA DE AR/SUFOCAMENTO	01	2,33
CÂNDIDA ORAL	01	2,33
EDEMA DE FACE	01	2,33
CEFALEIA	01	2,33
FADIGA	01	2,33

A cisplatina é uma quimioterapia antineoplásica que pode causar efeitos adversos relevantes, tais como mielossupressão, nefrotoxicidade, ototoxicidade, náusea/vômito e neurotoxicidade. A cisplatina também pode ser responsável por causar hepatotoxicidade, cardiotoxicidade, reação adversa ocular, toxicidade endócrina, dermatológica, reações de hipersensibilidade e fadiga. A queda de cabelos é uma reação adversa comum dos quimioterápicos, contudo a cisplatina é um agente antineoplásico que raramente causa queda de cabelo (VISACRI, 2013). O 5-FU também é uma quimioterapia antineoplásica e tem como principais reações adversas a toxicidade hematológica, anorexia, mucosite, estomatite, náusea/vômito, diarreia, alopecia, fotossensibilidade, dor abdominal e hiperpigmentação (SANTO; VANZELER, 2006).

O docetaxel, outra quimioterapia antineoplásica, apresenta como principais efeitos adversos náusea/vômito, diarreia, mucosite, alopecia, dor articular, retenção de água, dispneia, derrame pleural, neuropatia periférica, bem como fraqueza e cansaço decorrentes da fadiga e falta de ar (SILVA; COMARELLA, 2013).

A radioterapia emprega radiações ionizantes e, assim como a quimioterapia, mata tanto células tumorais como células normais, em particular células presentes em tecidos de proliferação rápida, como é o caso do epitélio da cavidade oral. Os efeitos adversos mais comuns da radioterapia são mucosite, perda de peso, xerostomia, infecções secundárias, cáries por radiação, trismo, fibrose, candidíase, dificuldade de deglutição, dor, diminuição ou perda da percepção do paladar, dermatite de radiação e osteorradioneecrose (VISACRI, 2013; LÔBO; MARTINS, 2009; SASSI; MACHADO, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram prevalência do sexo masculino (83,72%), da raça branca (88,37%) e idade média de 60,77 anos. Houve uma prevalência de pacientes casados (46,51%), nascidos (20,93%) e procedentes (39,53%) da cidade de Santa Maria. Grande parte dos pacientes possui baixa escolaridade (81,40% com ensino fundamental incompleto) e 25,58% são agricultores, profissão prevalente. Houve predomínio de ex fumantes (51,16%), que não consomem mais álcool (48,84%) e que apresentam histórico de câncer na família (37,21%). Os locais mais acometidos foram a laringe e a orofaringe com 30,23% cada e o tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular (97,67%). Quase metade dos indivíduos do estudo encontram-se no estágio IV (48,84%) e a maioria não apresenta metástase (60,47%). Dos que apresentaram metástase (4,65% ou 2 pacientes), o local acometido foi o pulmão, em ambos os pacientes.

O regime terapêutico mais utilizado para esse tipo de câncer foi a radioterapia concomitante à Cisplatina (69,77%) e os efeitos adversos mais prevalentes foram a mucosite (41,86%) e a radiodermatite (41,86%), seguida por náusea/vômito (37,21%) e perda de peso (32,56%). Esse regime terapêutico é o preconizado nos protocolos e diretrizes para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço e foi o mais utilizado provavelmente pelo estadiamento avançado – III e IV – da maioria dos pacientes.

O estudo apresentou como limitação o fato de que alguns dados não constavam nos prontuários, dessa forma prejudicando a análise dos casos e das variáveis estudadas. Com isso, ratifica-se a importância da evolução completa nos prontuários dos pacientes.

Os dados apresentados neste estudo fornecem melhor conhecimento do perfil do paciente em tratamento oncológico para câncer de cabeça e pescoço no HUSM. Desta forma, possibilita melhorar a qualidade da atenção farmacêutica e da equipe multiprofissional como um todo, além de contribuir com futuros estudos visando melhor qualidade de vida para esta população.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, I. L.; M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 74, n.1, p. 68-73, 2008.
- AMAR, A.; et al. Sobrevida após recidiva intratável do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 32, n. 5, p. 267-269, set./out. 2005.
- ANDRADE, J. O. M. **Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil**. 2014. 72 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.
- ANDREOTTI, M.; et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.
- BATISTA, D. R. B.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set. 2015. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/15709/pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- BERGAMASCO, V. D.; et al. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 37, n. 1, p. 15-19, 2008.
- BLANCHARD, P.; et al. Meta-Analysis of Chemotherapy in Head and Neck Cancer, Induction Project, Collaborative Group. Taxane-cisplatin-fluorouracil as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancers: an individual patient data meta-analysis of the meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer group. **Journal Clinical Oncology**. v. 31, p. 2854-60, 2013.
- BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Cetuximabe para tratamento do carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço localmente avançado**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Cetuximabe-CancerCabeçaPescoço-final.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 jun. 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BUDACH, W.; et al. A meta-analysis of hyperfractionated and accelerated radiotherapy and combined chemotherapy and radiotherapy regimens in unresected locally advanced squamouscell carcinoma of the head and neck. **BMC Câncer**. v. 28, n. 6, p. 1-12, 2006.
- CAMPANA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v. 34, n. 1, p. 20-26, 2013.

CARRARA, B. S.; VENTURA, C. A. A. A saúde e o desenvolvimento humano. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**. v. 3, n. 4, p. 89-96, 2012.

CASATI, M. F. F.; et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 41, n. 4, p. 186-191, out./dez. 2012.

DEDIVITIS, R. A.; et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n1/a06v70n1>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

DEDIVITIS, R. A.; et al. Fatores de risco para metástases à distância no câncer de cabeça e pescoço. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 36, n. 6, Rio de Janeiro. nov./dez. 2009.

FILHO, M. R. M.; et al. Qualidade de vida de pacientes com carcinoma em cabeça e pescoço. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 79, n. 1, São Paulo. jan./fev. 2013.

GALBIATTI, A. L. S.; et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 72, n. 2, p. 239-247, 2013.

HADDAD, R. I.; SHIN, D. M. Recent advances in head and neck cancer. **US National Library of Medicine**. Estados Unidos. v. 359, n. 11, p. 1143-1154, 2008.

HERCHENHORN, D.; DIAS, F. L. Avanços na radioquimioterapia no tratamento do câncer de cabeça e pescoço. **Revista do Hospital de Clínicas**. v. 59, n. 1, São Paulo. fev. 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Nossa História**. Santa Maria, 2018. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

HUSAIN, Z. A.; BURTNES, B. A.; DECKER, R. H. Cisplan versus cetuximab with radiotherapy in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. **Journal of Clinical Oncology**. v. 34, n. 5, p. 396-399, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2016. **Informações estatísticas de municípios**, 2016.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Câncer Hereditário**. São Paulo, 2015. Disponível em < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-hereditario/8323/73/>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

JOTZ, P. G.; et al. Estudo experimental da erva mate (*Ílex Paraguariensis*) como agente etiológico de neoplasia do trato aéreo-digestivo. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**. São Paulo. v. 10, n. 4, p. 306-311, 2006.

LEITÃO, B. F. B.; DUARTE, I. V.; BETTEGA, P. B. Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista SBPH**. v. 16, n. 1, p. 113-140, 2013.

LÔBO, A. L. G.; MARTINS, G. B. Consequências da radioterapia na região de cabeça e pescoço: uma revisão de literatura. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v. 50, n. 4, p. 251-255. out./dez. 2009

MARRON, M.; et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. **International Journal Epidemiology**. v. 39, n. 1, p.182-96, 2010.

MARUR S.; FORASTIERE, A. A. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. **Mayo Clin Proceedings Home Page**. v. 83, n. 4, p. 489-501, 2008.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Revista Gaúcha de Odontologia**. Porto Alegre. v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.

MOURÃO, C. M. L.; et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência do Ceará. **Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 9, 2008. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4995/3680>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

NEVES, C. P. B. DE.; RAPOSO, A. P. G.; BEZERRA, P. C. Perfil dos Pacientes com Diagnóstico de Câncer de Cabeça e Pescoço atendidos em Hospital Especializado de Recife – PE, no ano de 2014. **Id online Multidisciplinary and Psychology Journal**. v. 11, n. 37, p. 685-698, 2017.

PAIVA, C. I.; et al. Efeitos da quimioterapia na cavidade bucal. **Disciplinarium Scientia**. Ciências da Saúde. Santa Maria. v. 4. n.1, p. 109-119, 2004. Disponível em <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/890/835>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Ciência e Cultura**. São Paulo. v. 66, n.1, 2014.

RIGONI, L.; et al. Comprometimento na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e de seus cuidadores: estudo comparativo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 82, n. 6, p. 680-686, 2015.

ROCHA, B. Q. C.; et al. Características epidemiológicas de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço submetidas à radioterapia em Juiz de Fora – MG. **HU Revista**. v. 43, n. 1, p. 71-75, jan./jun. 2017.

ROSSETO, M. A. A. M. **Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2018. 49 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2018.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTO, E. A. R. E.; VANZELER, M. L. A. Reações adversas ao tratamento com 5-FLUOURACIL em pacientes portadores de câncer colorretal. **Cogitare Enfermagem**. v. 11, n. 2, p. 176-7, 2006.

SANTOS, A. M. F. **Câncer na região de cabeça e pescoço: epidemiologia, características clínicas, fatores de risco e os tipos de tratamentos adotados**. 2018. 28 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2018.

SANTOS, H. S.; CRUZ, W. M. S. A terapia nutricional com vitaminas antioxidantes e o tratamento quimioterápico oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47, n. 3, p. 303-308, 2001.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, v. 76, n. 4, p. 416-22, jul./ago. 2010.

SANTOS, R. C. S.; et al. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 6, p. 1338-1344, 2011.

SASSI, L. M.; MACHADO, R. A. Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 38, n. 3, p. 208-210. jul./set. 2009.

SAWADA, N. O.; DIAS, A. M.; ZAGO, M. M. F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 52, n. 4, p. 323-329, 2006.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SILVA, F. C. M.; COMARELLA, L. Efeitos adversos associados à quimioterapia antineoplásica: levantamento realizado com pacientes de um hospital do estado do Paraná. **Revista Uni Andrade**. v. 14, n. 3, p. 263-277, 2013.

SILVA, M. S.; CASTRO, E. K. DE.; CHEM, C. Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Universiad Psychologica**. v. 11, n. 1, p. 13-23, 2012.

SILVA, P. S. L.; LEÃO, V. M. L.; SCARPEL, R. D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – Bahia. **Revista CEFAC**. v. 11, n. 3, p. 441-449, 2009.

SILVA, L. M. R. B. et al. Carcinogênese de cabeça e pescoço: impacto do polimorfismo MTHFD1 G1958A. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n. 2, p. 194-199, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **SBOC: CABEÇA E PESCOÇO (DIRETRIZES)**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.s boc.org.br/images/diretrizes/diretrizes_pdfs/Cabe% C3%A7a_e_pescoço_vf_2017.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SOARES, L. C. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 4, p. 714-719, 2009.

SOMMERFELD, C. E.; et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 41, n. 4, p. 172-177, out./dez. 2012.

VIERO, F. T.; LARA, J. M. Perfil socioeconômico e clínico de pacientes em tratamento oncológico em um município no norte do Rio Grande do Sul. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**. n. 3, p. 80-90, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/1418/1188>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

VISACRI, M. B. **Estudo das reações adversas, qualidade de vida e excreção de cisplatina na urina de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia**. 2013. 207 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2013.

APÊNDICE A

FICHA DE COLETA

- 1) Nome: _____
- 2) Same: _____ 3) Data de Nasc.: ___/___/_____ 4) Idade: _____
- 5) Cor: _____ 6) Sexo: () F () M
- 7) Estado civil: _____ 8) Escolaridade: _____
- 9) Profissão: _____
- 10) Local de nascimento _____ 11) Procedência: _____
- 12) Fumante: () Sim () Não () Ex-consumidor () Sem informação
- 13) Etilista: () Sim () Não () Ex-consumidor () Sem informação
- 14) História familiar de câncer: () Sim () Não () Sem informação
- 15) Localização do tumor: _____
- 16) Tipo histológico do tumor: _____
- 17) Estágio do tumor: _____
- 18) Ocorrência de metástase: _____ se sim, qual local? _____
- 19) Quimioterapia utilizada: _____
- 20) Trocou de protocolo: _____ 21) Apresentou reação adversa/ toxicidade: _____
- 22) Apresentou algum efeito colateral à radioterapia: () Sim () Não. Se sim, qual?

- 23) Acompanhamento com fonoaudiólogo: () Sim () Não.
- 24) Se fez tratamento com fonoaudiólogo, por qual período? () Antes do tratamento oncológico () Durante o tratamento oncológico () Depois do tratamento oncológico
- 25) Uso de traqueostomia: () Sim () Não
- 26) Qual via de alimentação: _____
- 27) Comorbidades: _____
- 28) Dor: _____
- 39) Pré-Radioterapia () Sim () Não 30) Edêntulo Total () Sim () Não
- 31) Presença de Doença Periodontal () Sim () Não 37) Presença de Halitose () Sim () Não
- 38) Necessidade de Extração Dentária () Sim () Não 39) Necessidade de Restaurações Dentárias () Sim () Não
- 40) Necessidade de Tratamento Endodôntico () Sim () Não 41) Acompanhamento durante o Tratamento Oncológico pelo Cirurgião-Dentista () Sim () Não

APÊNDICE B

INTERVENÇÃO

Uma condição bucal desfavorável pode interferir no prognóstico de pacientes oncológicos. Infecções bucais podem contribuir para a instalação de uma condição inflamatória sistêmica e servem como fonte de difusão de micro-organismos por via hematogênica. A avaliação completa e a adequação do meio bucal pelo cirurgião-dentista são fundamentais para minimizar e prevenir complicações. São fundamentais o diagnóstico e o tratamento de focos de cárie, infecções endodônticas, infecções gengivais e periodontais, bem como outros processos infecciosos não-específicos da cavidade bucal. Com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico surgiu a necessidade de identificar as necessidades de procedimentos odontológicos realizados prévios a terapia oncológica.

No presente estudo, 58,1% dos pacientes apresentavam necessidade de tratamento periodontal, 69,8% necessitavam de procedimento cirúrgico e 37,2% de tratamento restaurador. Apenas 4,7 % precisou realizar tratamento endodôntico. Diante desse resultado, sugere-se articulação com a rede, através da criação de um fluxograma, onde, havendo necessidade de execução de procedimentos que representem risco de complicações para o paciente durante e após o tratamento oncológico, o Cirurgião-Dentista do serviço de odontologia hospitalar possa encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contra referência (unidade básica de saúde/ centro de especialidade odontológica). Sendo assim, se faz necessária a avaliação odontológica pelo cirurgião-dentista do serviço de odontologia hospitalar antes e após a conclusão do tratamento na unidade básica saúde/centro de especialidade odontológica e previamente ao início do tratamento oncológico, com objetivo de confirmar a realização integral do procedimento odontológico solicitado. Com a criação do fluxograma será possível diminuir o tempo para iniciar o tratamento dentário e, conseqüentemente, o tratamento oncológico. Além disso, a integração com a rede de atenção básica é muito importante, uma vez que se estabelece uma atenção longitudinal efetiva, podendo o paciente realizar o tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico na sua unidade de referência, no seu município, de forma rápida e segura.

O câncer de cabeça e pescoço constantemente é diagnosticado em estágios clínicos avançados (III ou IV). Esse estadiamento já avançado estabelece um pior prognóstico e uma menor taxa de cura. Por conta disso, o tratamento deste tipo de câncer é complexo e frequentemente combina a radioterapia com a quimioterapia. Conseqüentemente, na maioria das vezes,

leva a uma piora na qualidade de vida dos pacientes, tornando este tipo de câncer, então, uma questão de saúde pública.

Através dos resultados obtidos, observou-se que mais da metade dos pacientes (69,77%) deste estudo realizaram o regime terapêutico de radioterapia concomitante à cisplatina e 27,91% dos pacientes realizaram o esquema TPF (de indução) associada à Cisplatina semanal. Os pacientes analisados apresentaram muitos efeitos adversos ao tratamento. Os principais efeitos relatados foram mucosite e radiodermatite: dos 43 pacientes, 18 (41,86%) tiveram mucosite e 18 (41,86%) dermatite; 16 (37,21%) apresentaram náusea/vômito e 14 (32,56%) apresentaram perda de peso.

Com base no que foi apresentado na literatura e nos resultados alcançados com o presente estudo, sugere-se a reestruturação e o fortalecimento do ambulatório multiprofissional de atendimento ao paciente com câncer de cabeça e pescoço. Esse ambulatório seria realizado semanalmente com pacientes que devem iniciar tratamento para essa neoplasia, com todas as orientações necessárias de cada núcleo profissional. Com essa ação, seria possível construir vínculo com os pacientes e seus familiares, bem como deixá-los informados para esse novo processo, o de realizar o tratamento oncológico.

Também, sugere-se seguimento farmacoterapêutico, onde o farmacêutico se responsabilize pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos, através da detecção, prevenção e resolução das reações adversas aos medicamentos, de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o paciente e com os outros profissionais da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente.

Os resultados encontrados neste estudo identificaram que mais da metade da amostra (62,80%) dos pacientes em tratamento oncológico para o câncer de cabeça e pescoço realizaram acompanhamento fonoaudiológico. Contudo, para abranger toda a população (100%) seria necessário a criação de um fluxo de atendimento fonoaudiológico desde a primeira consulta médica, visto que o acompanhamento fonoaudiológico torna-se importante e primordial possibilitando qualidade de vida e bem-estar aos pacientes mesmo antes de iniciar o tratamento oncológico.

Sendo o fonoaudiológico um profissional com formação em saúde e atuante em setores públicos, ele torna-se um dos responsáveis pela promoção e prevenção de aspectos que envolvem a comunicação e deglutição. A rouquidão e a disfagia são alguns dos primeiros sintomas que podem surgir em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A fonoaudiologia no serviço de atenção primária pode colaborar com o diagnóstico precoce, uma vez que, para a reabilitação desses sintomas deve se descartar qualquer possibilidade de doença. Com isso, percebe-se a

necessidade da capacitação das fonoaudiólogas da rede pois, esses sintomas podem não estar sendo relacionados aos casos de câncer de cabeça e pescoço.