

# Perfil Socioeconômico de Pessoas com Câncer de Laringe e Cavidade Oral em Tratamento no Instituto Nacional de Câncer

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3566>

*Socioeconomic Profile of People with Cancer of the Larynx and Oral Cavity Being Treated at National Cancer Institute*

Perfil Socioeconômico de las Personas con Cáncer de Laringe y Cavidad Oral en Tratamiento en el Instituto Nacional de Cáncer

Cecília Maria Valter Costa<sup>1</sup>; Fabiana Felix Ribeiro<sup>2</sup>; Renata Cristina Mendes Lima<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O câncer é um dos principais problemas de saúde pública do mundo. O câncer de cabeça e pescoço apresenta como principais fatores de risco o tabagismo, o etilismo, entre outros fatores associados ao modelo econômico vigente, explicitando a associação entre desigualdades socioeconômicas e incidência/mortalidade. **Objetivo:** Conhecer o perfil socioeconômico das pessoas com câncer de laringe e cavidade oral, matriculadas na clínica de cabeça e pescoço do HCI/INCA no período de fevereiro a julho de 2017. **Método:** O caminho metodológico empregado se divide em dois eixos: revisão de literatura narrativa e definição conceitual de terminologias utilizadas na pesquisa; e questionário aplicado com pessoas doentes. Trata-se de uma pesquisa exploratória que visa levantar elementos qualitativos para a construção do perfil socioeconômico. **Resultados:** Os resultados apresentam o perfil socioeconômico, demonstram a magnitude das condições socioeconômicas e como estas podem impactar no processo de tratamento oncológico. **Conclusão:** Tais questões são desafiadoras para o trabalho em equipes de saúde, que, diante de situações complexas, precisam desenvolver a interlocução entre diferentes saberes para subsidiar decisões compartilhadas.

**Palavras-chave:** neoplasias de cabeça e pescoço; fatores socioeconômicos; tabagismo; saúde pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is one of the main public health problems in the world. The main risk factors for head and neck cancer are smoking, alcoholism, and others associated with the current economic model, explaining the association between socioeconomic inequalities and incidence/mortality. **Objective:** To know the socioeconomic profile of people with cancer of the larynx and oral cavity, enrolled in the head and neck clinic at HCI/INCA from February to July 2017. **Method:** The methodological path used is divided into two axes: the narrative literature review and conceptual definition of terminologies used in the research and the questionnaire applied with sick people. This is an exploratory investigation that aims to raise qualitative elements for the construction of the socioeconomic profile. **Results:** The results describe the socioeconomic profile, demonstrate the magnitude of socioeconomic conditions and how these can impact the oncology treatment process. **Conclusion:** These issues are challenging for the work of health teams that, when faced with complex situations, need to develop the dialogue between different types of expertise to support shared decisions.

**Key words:** head and neck neoplasms; socioeconomic factors; tobacco use disorder; public health.

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. El cáncer de cabeza y cuello presenta como principales factores de riesgo el tabaquismo, alcoholismo, entre otros asociados al modelo económico actual, explicando la asociación entre desigualdades socioeconómicas e incidencia/mortalidad. **Objetivo:** Conocer el perfil socioeconómico de las personas con cáncer de laringe y cavidad oral, inscritas en la clínica de cabeza y cuello del HCI/INCA de febrero a julio de 2017.

**Método:** La ruta metodológica utilizada se divide en dos ejes: la revisión bibliográfica narrativa y definición conceptual de terminologías utilizadas en la investigación y el cuestionario aplicado a las personas enfermas. Se trata de una investigación exploratoria que pretende levantar elementos cualitativos para la construcción del perfil socioeconómico. **Resultados:** Los resultados presentan el perfil socioeconómico, demuestran la magnitud de las condiciones socioeconómicas y cómo estas pueden impactar en el proceso de tratamiento del cáncer. **Conclusión:** Tales cuestiones son desafiantes para el trabajo de los equipos de salud que frente a cuestiones complejas necesitan desarrollar la interlocución entre diferentes conocimientos para subvencionar las decisiones compartidas.

**Palabras clave:** neoplasias de cabeza y cuello; factores socioeconómicos; tabaquismo; salud pública.

<sup>1-3</sup>Instituto Nacional de Câncer (INCA), Hospital do Câncer I (HCI), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup>E-mail: [cecilia.costa@inca.gov.br](mailto:cecilia.costa@inca.gov.br). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3948-5204>

<sup>2</sup>E-mails: [fabiana.ribeiro@inca.gov.br](mailto:fabiana.ribeiro@inca.gov.br); [fafelix2@terra.com.br](mailto:fafelix2@terra.com.br). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0650-1151>

<sup>3</sup>E-mail: [renata.lima@inca.gov.br](mailto:renata.lima@inca.gov.br). Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-8588-4252>

**Endereço para correspondência:** Fabiana Felix Ribeiro, Praça Cruz Vermelha, 23 – Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: [fabiana.ribeiro@inca.gov.br](mailto:fabiana.ribeiro@inca.gov.br); [fafelix2@terra.com.br](mailto:fafelix2@terra.com.br)



## INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade na população mundial, sendo considerado, na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA)<sup>1</sup>, para cada ano do triênio 2023-2025, ocorrerão 39.550 novos casos de câncer de cabeça e pescoço no Brasil, 19.970 em homens e 19.580 em mulheres. Esse total representa a somatória dos cânceres de cavidade oral (boca), laringe e tireoide.

O avanço da incidência e mortalidade por câncer se deve, em parte, ao crescimento e envelhecimento populacional, assim como às prevalências relacionadas aos seus fatores de risco, sobretudo o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas associados ao modelo de desenvolvimento socioeconômico vigente<sup>2</sup>.

O câncer de cabeça e pescoço engloba vários tipos de tumores. Para fins desta pesquisa, optaram-se pelos tumores da cavidade oral e laringe. Essa escolha se remete às suas consequências na vida das pessoas e seu impacto sobre o perfil socioeconômico delas. Essas consequências “vão desde dificuldades de fala, de comunicação, de deglutição, até alterações na face e regiões do pescoço, fatores que comprometem a imagem corporal e a reinserção social”<sup>3</sup>.

Segundo dados do INCA<sup>1</sup>, os fatores de risco para esses tipos de tumores estão relacionados ao etilismo e ao tabagismo. Além disso, o risco é potencializado quando há o consumo associado de bebidas alcoólicas e de cigarro. A etiologia da doença pode estar associada também a outros fatores como o papilomavírus humano (HPV), questões de exposição ocupacional, entre outros.

Em relação ao perfil epidemiológico para o câncer de cabeça e pescoço, a incidência é considerável em homens de baixa renda na faixa etária entre os 50 e 70 anos de vida<sup>3</sup>. Acrescenta-se a isso o fato do acesso tardio ao serviço de saúde, altas taxas de mortalidade e taxas reduzidas de sobrevida à doença<sup>4,5</sup>.

Sobre as políticas públicas existentes para o enfrentamento da doença, no mundo, a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) buscam controlar os fatores de risco por meio das orientações, principalmente na atenção primária, visando à redução dos casos e atenção também aos aspectos que giram em torno da sobrevida<sup>6</sup>.

No Brasil, as ações de enfrentamento do câncer estão documentadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT em vigência de 2011 a 2022<sup>7</sup>, além da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas instituída pela Portaria

n.º 874/2013. Ambas visam à redução do tabagismo e do consumo de álcool<sup>8</sup>.

Considerando-se a magnitude desse tipo de adoecimento na vida das pessoas, o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil socioeconômico das pessoas com câncer de cavidade oral e laringe matriculadas na Clínica de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I/INCA, no período de fevereiro a julho de 2017.

O conhecimento desse perfil faz parte de um conjunto de atividades relevantes para o exercício profissional do assistente social, considerando o que consta no documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde<sup>9</sup>: “a atuação do Serviço Social na área da saúde consiste em: conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença”. A compreensão dessa realidade vai exigir a construção de um caminho metodológico que possa auxiliar na consolidação de dados sobre o perfil socioeconômico desse grupo.

## MÉTODO

O caminho metodológico empregado nesta pesquisa se divide em dois eixos: a revisão de literatura narrativa tendo em vista a definição conceitual de terminologias utilizadas na pesquisa e o questionário aplicado, organizado a partir de categorias centrais para o levantamento do perfil socioeconômico desse grupo de pessoas matriculadas na seção de cabeça e pescoço. Este estudo se baseia na pesquisa qualitativa exploratória para a construção do perfil socioeconômico.

Por meio dos dados quantitativos, é possível realizar uma análise de caráter qualitativo que engloba fatores como: mudanças sociais e econômicas, estratégias de mobilidade social, bem como outros fatores que traduzam o movimento na realidade social das pessoas<sup>10</sup>. Isso é fundamental para se definir o perfil socioeconômico, visto que não se trata apenas de levantar dados de realidade e de constatar variáveis e compará-las, mas de compreender como elas se expressam na relação com diversos outros aspectos da vida social.

Para isso, foi realizada uma revisão de literatura narrativa, por se tratar de uma análise ampla de publicações que visam descrever e discutir determinado tema do ponto de vista teórico ou conceitual. Constatou-se, assim, a escassez de pesquisas sobre a compreensão do perfil socioeconômico de pessoas com câncer de cabeça e pescoço.

Foram encontrados estudos nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico que revelam a preocupação com o conhecimento desse perfil, sobretudo com o objetivo de subsidiar a implantação de programas de prevenção e reabilitação e dimensionar a relevância do

câncer de cabeça e pescoço na saúde pública<sup>11-13</sup>. No entanto, a revisão apontou a importância de traçar algumas definições, tais como a de “perfil socioeconômico”, além de outras terminologias que serão utilizadas ao longo deste artigo.

Buscou-se o termo “perfil socioeconômico”, no entanto, foi constatado que este não se encontrava categorizado junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Diante disso, optou-se por pesquisa direta nas bases informadas, nas quais foram encontrados os termos “condição socioeconômica”, “situação socioeconômica”, “estudos socioeconômicos” e “perfil socioeconômico”. Considerando as imprecisões entre eles e a importância da definição do termo “perfil socioeconômico”, foi construída uma definição que abarcasse tal compreensão. A análise restringiu-se aos artigos redigidos em português. Foram selecionados estudos descritivos e outras revisões de literatura.

Após essa etapa, foi aplicado um questionário, logo em seguida à realização da entrevista social com a pessoa em tratamento, desacompanhada ou acompanhada por familiar. Os dados foram coletados e registrados manualmente, por intermédio de perguntas, interações e respostas, sem uso de gravador.

A realização da entrevista social faz parte do cotidiano das assistentes sociais. É um instrumento utilizado com o intuito de conhecer o contexto socioeconômico para, a partir de uma criteriosa avaliação social, o profissional proceder com as intervenções e orientações necessárias sobre direitos sociais e demais recursos que possam contribuir para o acesso e a continuidade do tratamento.

Os questionários foram aplicados de março a dezembro de 2017 pelas três assistentes sociais, atuantes na clínica no momento do atendimento ambulatorial ou de enfermaria, nas salas de atendimento do Serviço Social. A ação foi realizada com 161 pessoas matriculadas na clínica de cabeça e pescoço com diagnóstico de câncer de laringe (32 pessoas) e cavidade oral (129 pessoas). Antes da aplicação do questionário, a pessoa foi convidada a participar da pesquisa, sendo apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as questões que envolvem o sigilo da identidade.

A organização dos dados foi feita a partir da construção de categorias estruturadas no roteiro do questionário, tendo como referência as categorizações utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>14</sup> e pelo Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (Ceperj)<sup>15</sup>. Para a análise e apresentação dos dados, tais categorias foram reagrupadas da seguinte forma: **identificação:** sexo, idade, naturalidade, escolaridade, questão étnico-

-racial; **situação trabalhista:** vínculo previdenciário e trabalhista – profissão, ocupação e renda; **dinâmica familiar:** participantes na entrevista, com quem reside, união conjugal, estado civil, número de filhos, dinâmica do cuidado, rede de apoio; **moradia:** tipo de imóvel, zona rural ou urbana, região da cidade; **uso de tabaco, álcool:** o histórico do uso de álcool, tabaco; e **acesso ao tratamento:** como foi viabilizada a vaga para tratamento.

A pesquisa parte do pressuposto de que algumas definições conceituais precisam ser revisitadas, sobretudo porque estão presentes na pesquisa social em saúde, mas ainda carecem de destaque no campo. Na literatura, não se identifica a apropriação e uso de terminologias adequadas a uma abordagem que se baseia em estudos socioeconômicos no campo da saúde. Desse modo, estipulou-se como fundamental a definição conceitual de “perfil socioeconômico”, e a definição do termo “pessoa/pessoa adoecida” como opção em relação a termos mais usuais na saúde como paciente/usuário.

O estudo atendeu à Resolução n.º 466/2012<sup>16</sup> do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA sob número de parecer 812007 (CAAE: 61882416.2.0000.5274).

## RESULTADOS

Os resultados foram organizados a partir dos dois eixos da pesquisa: revisão de literatura narrativa/definições conceituais e aplicação do questionário para obtenção do perfil socioeconômico dos participantes.

### REVISÃO DE LITERATURA E DEFINIÇÕES CONCEITUAIS

Há na literatura estudos que buscam investigar a associação entre condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço, utilizando variáveis como a escolaridade e a ocupação. No caso do Brasil, além destas, surge a variável renda, que o coloca entre os países com as piores condições socioeconômicas presentes em grupos populacionais desprivilegiados<sup>17</sup>.

Conforme Miotto<sup>18</sup> afirma, os estudos socioeconômicos são parte fundamental da ação profissional de assistentes sociais, pois trazem a possibilidade de se conhecer a realidade das pessoas, grupos e populações visando à compreensão e à intervenção com foco na equidade e justiça social e assegurando o acesso universal aos direitos. O perfil socioeconômico, nesta pesquisa, pode ser compreendido como uma descrição dos traços/características/comportamentos, sociais e econômicos, que definem grupos populacionais específicos inseridos em uma determinada estrutura institucional, social e econômica. O conhecimento das condições socioeconômicas das pessoas participantes na pesquisa permite traçar um perfil

socioeconômico viabilizando relacionar tais informações com diferentes indicadores sociais<sup>19</sup> e de adoecimento.

A definição da palavra “pessoa” tem origem do latim, derivada de “persona” e aponta para o sentido da criatura humana, que possui o poder de escolha e livre arbítrio. Segundo Rogers<sup>20</sup>, o termo associa à pessoa a capacidade de apropriação de seus sentimentos e experiências, aspectos essenciais para as relações humanas. Já o termo “usuário” é utilizado como categoria sociológica que se refere ao “usuário do serviço público” que se manifesta a partir de mediações sociais e culturais em espaços comunitários e institucionais, na luta por reconhecimento público<sup>21</sup>. O uso do vocábulo “paciente” remete à ideia de pessoa doente e que depende de cuidados médicos.

Tais definições visam contribuir para a melhor compreensão das categorias construídas nesta pesquisa, em sua amplitude e correlação, para traçar o perfil do grupo em tratamento.

#### PERFIL SOCIOECONÔMICO OBTIDO A PARTIR DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O câncer é considerado uma doença que se manifesta em pessoas de diferentes perfis. Analisando especificamente os tumores de cabeça e pescoço, com base na pesquisa realizada, 77% são homens e 23%, mulheres.

Na sociedade contemporânea, a população masculina está mais exposta a fatores de risco, por diversas questões. Segundo Silva et al.<sup>22</sup>, “estima-se que, no Brasil, 11,2% dos homens e 5,2% das mulheres são consumidores e dependentes de álcool”, no ano de 2007. Os autores destacam, com base em sua pesquisa, que “pacientes etilistas apresentavam maior prevalência do sexo masculino”, similar ao demonstrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018<sup>23</sup>.

No que diz respeito à idade, a presente pesquisa identificou que há prevalência entre os idosos, que representa 55% do grupo estudado. De acordo com a Lei n.º 10.741/2003<sup>24</sup>, considera-se pessoa idosa a partir dos 60 anos.

Uma parcela significativa é composta por pessoas na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade (38%). O envelhecimento da população e a exposição prolongada aos elementos de risco encontram-se diretamente relacionados a essa constatação. Sobre tal análise, o estudo divulgado destaca que:

O processo de envelhecimento vem sendo visto como um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, uma vez que em países desenvolvidos representa uma parcela significativa da população e em países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento da população idosa tem índices de crescimento muito maiores que os

da população em geral. Paralelamente a isso, se constatou que um importante fator de risco para o câncer é o envelhecimento<sup>25</sup>.

Sobre o local de nascimento, a população estudada é natural, em sua maioria, da Região Sudeste do Brasil, com 84%. Tem-se 14% do Nordeste, 1% da Região Norte e 1% nasceu em outro país. O destaque é para o Rio de Janeiro, Estado onde se localiza o hospital e 70% são nascidos.

Outra observação relevante refere-se ao grau de escolaridade: a maioria apresenta um nível baixo de instrução, isto é, 41% possuem o fundamental incompleto, 11%, o fundamental completo e 14% são pessoas sem instrução ou com menos de um ano de escolaridade. Somente 4% possuem nível superior completo.

De acordo com Callucci<sup>26</sup>, em reportagem publicada pela Folha de S. Paulo no ano de 2004, “a baixa escolaridade atrasa o diagnóstico do câncer e reduz as chances de cura”. Além disso, afirma com base em pesquisa que, “no caso do câncer da boca e orofaringe [...]: os pacientes com menos anos de estudo tiveram índices de sobrevida de 44% nos estágios iniciais [...]”.

A baixa escolaridade está associada à situação socioeconômica precária:

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso dos serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais. Na população brasileira, segundo dados da Pesquisa Mundial de Saúde, a autoavaliação do estado de saúde varia marcadamente com o nível de escolaridade. [...] A utilização de serviços preventivos mostra diferenciais mais acentuados segundo a escolaridade e a ocupação<sup>27</sup>.

Em relação à questão étnico-racial, as pessoas participantes se declararam: 48% pardas, 42% brancas e 10% pretas. Esses dados demonstram o principal aspecto a ser analisado: o grupo pesquisado é composto por mulheres e homens negros. Camelo et al.<sup>28</sup> esclareceram que pretos e pardos convivem com uma maior ameaça de adoecimento e óbito.

As desigualdades raciais em saúde no Brasil são profundas e diversos estudos apontam que pretos e pardos apresentam grandes desvantagens em relação aos brancos em diferentes desfechos relacionados à saúde como mortalidade infantil, razão de mortalidade materna, doenças infecciosas, doenças crônicas e comportamentos de risco à saúde. Dessa forma, pretos e pardos no Brasil apresentam maior mortalidade por praticamente todas as causas quando comparado aos brancos e, conseqüentemente,

menor expectativa de vida e pior autoavaliação de saúde. Essas desigualdades são absolutamente desnecessárias, evitáveis e injustas e, portanto, devem ser interpretadas como iniquidades<sup>25</sup>.

A religião é outra dimensão abordada no âmbito da saúde. Nesse sentido, é importante ressaltar que a religiosidade pode se tornar um suporte para o enfrentamento do adoecimento, pois visa amenizar dores e angústias diante do tratamento. Assim, nas entrevistas, a religião católica possui destaque em relação às demais, representando 58% dos entrevistados. Em seguida, a evangélica apresentou 25% do total, 4% eram espíritas, 1% se considerava membro da umbanda/candomblé, e 9% não possuíam religião. Ferreira et al.<sup>29</sup> pontuam, com base em estudo sobre a espiritualidade e a religiosidade, a seguinte questão:

Outrossim, foi observado que a maioria dos participantes entrevistados utilizou a religiosidade como fonte de apoio no enfrentamento do câncer. A religiosidade, quando bem incorporada na vida do paciente, o ajuda com as consequências que o câncer trará para seu dia a dia e influenciará essencialmente a sua vida e o seu modo de viver durante o tratamento<sup>29</sup>.

De acordo com esses autores<sup>29</sup>, a influência da religiosidade pode servir de auxílio no desenvolvimento de atitudes de esperança e força que impactam positivamente na qualidade de vida durante o tratamento.

Alguns dados sobre a renda mensal de cada pessoa entrevistada se destacam: 39% recebiam um salário-mínimo e 28% não tinham renda própria. A renda mais elevada, seis salários-mínimos, corresponde a 2% do total. Em relação à origem da renda, os dados mais significativos são: 30% não possuíam qualquer tipo de vínculo previdenciário, 29%, aposentadoria, 9%, benefício de prestação continuada (BPC), apenas 4% tinham carteira de trabalho e previdência social (CTPS) assinada e somente 2% possuíam vínculo público. Em se tratando da renda familiar, 11% são de famílias sem renda, 6% tinham renda inferior a um salário-mínimo, 22% recebiam um salário-mínimo, 18%, dois e 10%, três. Diante desses dados, ressalta-se que tais famílias precisam enfrentar um diagnóstico grave vivendo em situação econômica precária. Nesse universo, dois grupos de profissões se destacam: 33% são de trabalhadores da produção de bens e serviços industriais e 30%, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.

Tais fatores, que se somam a outros, são desafiadores para as pessoas que precisam enfrentar o tratamento oncológico.

## DINÂMICA FAMILIAR, CUIDADO E RELAÇÕES DE GÊNERO

No momento da pesquisa, identifica-se a presença da família, já que 84% dos entrevistados participaram acompanhados. A maioria, que corresponde a 70%, reside com familiares diretos, 18%, com familiares diretos e indiretos, 10%, sozinhos e 3%, com familiar indireto ou amigo.

Em relação às pessoas participantes da pesquisa, 56% mantinham união conjugal, no entanto, somente 25% delas eram casadas e 6% possuíam contrato de união estável registrado em cartório. Esse dado é relevante, considerando-se a possibilidade de acesso a pensões por morte e as exigências do INSS e de outros regimes de Previdência Social, no que se refere à comprovação de união.

Dos entrevistados, 15% não possuíam filhos; 47% tinham até dois filhos; 19%, três; 21%, mais de três. Esse dado demonstra a relevância desse tipo de vínculo no cuidado, sobretudo quando diz respeito à participação das filhas, como está apresentado a seguir na identificação de cuidadores principais.

Entre os participantes da pesquisa, 81% indicaram mulheres como cuidadoras principais. Os quatro grupos mais citados de cuidadores/as foram: companheiras/esposas (34%); filhas (22%); filhos (11%); e irmãs (10%). As irmãs estão no grupo, no quarto lugar mais indicado, no entanto, os irmãos foram apresentados como principais cuidadores somente por 2% dos entrevistados. Observa-se o protagonismo das mulheres como cuidadoras, reflexo da divisão sexual do trabalho que posiciona o cuidado como atividade feminina.

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares etc.)<sup>30</sup>.

A rede de apoio apresentou-se em 40% das famílias constituídas somente por mulheres, enquanto 5% eram de homens, e as demais 55%, compostas por homens e mulheres. Entre as redes com a participação de homens e mulheres, 45% configuram-se com quantitativo igual entre homens e mulheres; 33% com mais mulheres; 22% com maior quantitativo de homens. Desse modo, percebe-se desigualdade de participação entre os gêneros no quesito quantitativo, cabendo ressaltar que não foi avaliado qualitativamente esse envolvimento.

No entanto, Costa<sup>31</sup>, em pesquisa qualitativa sobre o trabalho feminino de cuidado nas famílias com pessoas em

tratamento de câncer de cabeça e pescoço, analisou como se dava a participação dos homens. Identificou-se “[...] uma divisão sexual do trabalho na participação no tratamento, pois o envolvimento dos homens é, frequentemente, restrito ao transporte ou apoio financeiro”. Foi percebido na pesquisa realizada pela autora que, na divisão das atividades, é assumido pelas mulheres o cuidado direto, intensivo, que demanda mais tempo/presença.

Nessa discussão, é fundamental ressaltar a desvalorização social do trabalho de cuidado, que é realizado preponderantemente por mulheres de forma gratuita. Kergoat<sup>30</sup> afirma que a divisão sexual do trabalho abarca “dois princípios organizadores”: o da separação e o da hierarquização. O primeiro divide trabalhos em femininos e masculinos e o segundo designa valores diferentes, nesse sentido as atividades socialmente masculinas possuem maior prestígio, além de serem melhor remuneradas.

Em face dos indicadores socioeconômicos que traduzem uma realidade de empobrecimento e vulnerabilidade social, a variável acerca da dinâmica familiar, cuidado e relações de gênero, ganha expressão em países como o Brasil, onde, por conta de tantas dificuldades em termos de políticas públicas efetivas, é a família que assume a responsabilidade para mediar e minorar os efeitos de uma realidade tão adversa.

No que se refere ao tipo de imóvel, 84% moravam em casa e 16% em apartamento. Já a respeito da propriedade, 76% viviam em imóvel próprio; 15%, em alugado; 6%, em cedido; e 2%, posse. São 10% sem saneamento básico.

Entre as pessoas entrevistadas, 89% residiam em zona urbana e 11% em zona rural. Índice de população urbana um pouco menor do que a Região, considerando que, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)<sup>32</sup>, o percentual de população urbana no Sudeste é de 93,14%.

O predomínio do local de moradia é a Região metropolitana do Rio de Janeiro (83%). As demais Regiões informadas foram: Serrana, Baixadas Litorâneas, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba, Norte-Fluminense e um em outro Estado.

Considerando que a maioria, 58%, não reside na cidade do Rio de Janeiro, impõe-se a necessidade do acesso ao programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), Portaria SAS n.º 055, de 24 de fevereiro de 1999<sup>33</sup>, o qual objetiva garantir o acesso de pacientes moradores de municípios e Estados a serviços assistenciais em outros, visto que muitos não dispõem de condições para custeio de deslocamento, sendo o TFD a única garantia de transporte para o acesso e a continuidade do tratamento.

O Estudo do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess) da Fundação Oswaldo

Cruz (Fiocruz)<sup>34</sup>, que analisa o acesso de populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, identificou que:

Quanto maior a complexidade dos procedimentos necessários, maior é a necessidade de busca de tratamento em outros municípios. Por exemplo, quase 80% dos pacientes que precisaram de atendimento hospitalar para câncer tiveram que se internar fora de seu local de residência<sup>34</sup>.

Ademais, mesmo os que residem no Rio de Janeiro não necessariamente têm facilidades de deslocamento considerando a dimensão da cidade. Pela localização do hospital, os usuários que estão em distâncias mais favoráveis são os que moram na Região do Centro ou Zona Sul, o que representa somente 4% deles. Entre os que moram na cidade, a maioria, 53%, é residente na Zona Oeste, enquanto 9% residem na Zona Sul ou Central.

Como citado anteriormente, as pessoas fumantes e as que consomem regularmente bebidas alcoólicas têm mais chances de desenvolver câncer de cavidade oral e laringe<sup>35</sup>.

No que se refere aos dados da pesquisa, 81% das pessoas relataram histórico de tabagismo, das quais 20% permanecem em uso de tabaco. Em relação ao álcool, 77% possuem histórico de consumo e 24% relataram uso abusivo. Sobre o consumo de álcool, “o alcoolismo é considerado doença pela OMS. O uso constante, descontrolado e progressivo de bebidas alcoólicas pode comprometer seriamente o bom funcionamento do organismo, levando a consequências irreversíveis”<sup>35</sup>. No entanto, para fins desta pesquisa, o uso abusivo é apresentado a partir da percepção das pessoas participantes. O tratamento oncológico apareceu como um momento de interrupção do consumo, já que somente 8% declararam que continuaram o uso de álcool.

No Brasil, o tabagismo tem apresentado queda importante nas últimas décadas, como resultado das ações realizadas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT). Em 1989, o percentual de adultos fumantes era 34,8% e, em 2019, 18,5%<sup>35</sup>.

Diferentemente do tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas tem tendência crescente no país. Conforme revela a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, 26,4% da população com 18 anos ou mais costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por semana, o que representa aumento de 2,5 pontos percentuais em relação a 2013 (23,9%)<sup>36</sup>.

Em comparação ao mesmo período, em 2019, entre a população com 18 anos ou mais, a prevalência de usuários de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional foi de 12,8% (20,4 milhões de pessoas), em relação a 14,9% em 2013. No entanto, “embora a frequência do hábito de fumar esteja

em declínio na população, a maior fração de câncer, em geral, no Brasil, é atribuível ao tabaco”<sup>36</sup>.

Em publicação de resultados de estudo sobre o câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool, Kfoury et al.<sup>37</sup> constataram que: “frações atribuíveis ao tabagismo foram mais expressivas do que para consumo de álcool, em todas as cidades estudadas”. Desse modo, os autores concluíram que, apesar da diminuição do uso do tabaco no Brasil, na população acometida por câncer de cabeça e pescoço, o tabagismo tem importante prevalência. Destacaram ainda que, tendo em vista que “a carga genética na ocorrência de câncer é da ordem de 5% a 10% e que 90% a 95% são decorrentes de fatores de risco modificáveis”, o estudo sobre tipos de câncer de cabeça e pescoço atribuíveis ao tabaco e ao álcool aponta que a alteração de modos de vida com exclusão do consumo de álcool ou tabaco poderá diminuir a carga de casos<sup>37</sup>.

A forma de acesso ao hospital para moradores do Estado do Rio de Janeiro ocorre pela via do Sistema de Regulação Estadual (SER). Aos provenientes de outros Estados, o acesso se dá pela via da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Algumas situações também podem ser avaliadas diretamente pela emergência ou pelo setor de triagem geral do hospital.

Entretanto, 18% do grupo pesquisado afirmaram que o acesso foi por intermédio de contato pessoal. Os demais declararam que foram por caminhos oficiais, central de regulação e triagem da unidade.

O uso da via de contato pessoal pressupõe que essas pessoas encontraram dificuldade de acesso para a materialização do princípio de integralidade do SUS que, conforme Pinheiro<sup>38</sup> afirma, “(...) se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço”. Desse modo, a integralidade prevê o direito à saúde em todos os níveis de atenção.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, verifica-se a prevalência do câncer de cabeça e pescoço entre pessoas idosas a partir dos 60 anos. Esse fator gera um impacto significativo na vida desses indivíduos, em virtude do volume de limitações que podem ocorrer, uma vez que o diagnóstico envolve muitas vezes tratamentos invasivos e mutilantes.

As necessidades socioeconômicas das pessoas em tratamento oncológico são permeadas pelas deficiências no acesso à informação. A baixa escolaridade e o limitado acesso à informação podem contribuir para estabelecer barreiras à compreensão de tratamentos complexos que exigem tomadas de decisões<sup>39</sup>. Esse contexto exige uma rede de apoio em que outras pessoas possam compartilhar decisões e apoiar o tratamento, haja vista que as famílias de

grupos mais vulneráveis apresentam inúmeras dificuldades para viabilizar o cuidado<sup>40</sup>. Conforme aponta a literatura, esse tipo de cuidado vem sendo historicamente realizado em sua maioria por mulheres<sup>30</sup>.

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade está associada à situação socioeconômica precária, fatores que reforçam as desigualdades sociais e, conseqüentemente, afetam o acesso aos serviços de saúde. É importante destacar que a população negra possui os piores indicadores de acesso a bens e a serviços sociais em comparação aos indivíduos brancos, fatores que se expressam nos resultados desta pesquisa. Assim, chega-se à conclusão de que as pessoas negras estão mais vulneráveis ao adoecimento por câncer de cabeça e pescoço, bem como sujeitas às possíveis adversidades decorrentes do diagnóstico.

No que se refere à condição socioeconômica, pode-se dizer que, ao se discutir o adoecimento por câncer, é preciso compreender que os fatores socioeconômicos interferem nesse contexto, desde o diagnóstico, adentrando o tratamento. Alguns estudos<sup>41</sup> revelam que pacientes com câncer de cabeça e pescoço com nível socioeconômico mais baixo apresentam pior prognóstico, geralmente considerando-se que estão relacionados com dificuldades no acesso e na aderência ao tratamento, com o tipo de tratamento recebido e com o surgimento de complicações.

O tratamento oncológico ocupa uma centralidade na vida das pessoas em tratamento e suas famílias. Estas apresentam necessidade de apoio nos comparecimentos ao hospital, nos cuidados relacionados a cirurgias, procedimentos, curativos, e de acompanhamento nas ocasiões em que há maior fragilidade de saúde. Desse modo, o conhecimento sobre a constituição das famílias e seus modos de organização torna-se relevante para o aprimoramento das práticas e ações em saúde.

Os resultados da pesquisa revelam a materialização da divisão sexual do trabalho, com o cuidado assumido majoritariamente pelas mulheres. Nesse sentido, verifica-se que o trabalho de cuidado feito, sobretudo por mulheres, deve ser remunerado. Ressalta-se dessa forma a importância do subsídio de políticas públicas, de modo que o *care* social seja garantido como um direito principalmente no cuidado domiciliar<sup>40</sup>.

Quanto ao deslocamento para o tratamento, os pacientes que residem no Rio de Janeiro também apresentam dificuldades, considerando a dimensão geográfica da cidade. Os deslocamentos são frequentes, tendo em vista a necessidade de comparecimentos ao hospital, especialmente para aqueles que realizam radioterapia ou quimioterapia.

Ressalta-se a relevância do impacto do tabagismo e do consumo de álcool para a saúde pública, o que torna o fortalecimento de políticas públicas voltadas

para a prevenção e controle de agravos uma estratégia fundamental no enfrentamento do câncer de cabeça e pescoço.

## CONCLUSÃO

A pesquisa demonstra a magnitude dos aspectos socioeconômicos na vida das pessoas adoecidas pelo câncer de cabeça e pescoço que chegam ao INCA para tratamento oncológico e o quanto as condições de vida afetam e podem tornar mais complexo esse processo. Em face dos dados apresentados, e entendendo que a saúde é um campo de diálogo e interação, buscou-se contribuir para a ampliação do conhecimento em saúde que, para além das especificidades técnicas das áreas envolvidas, deve abarcar a compreensão das dimensões sociais, territoriais e culturais da população atendida. Tais questões são fundamentais para o trabalho em equipes de saúde que, diante de situações complexas, sobretudo em oncologia, precisam desenvolver a interlocução entre diferentes saberes para subsidiar decisões compartilhadas.

## CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras contribuíram na concepção, no planejamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, bem como na redação, revisão e na aprovação da versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso 2022 fev 20] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
3. Ribeiro FR. Mediação de saberes na sobrevivência ao câncer: a experiência do grupo de laringectomizados totais do HCI/INCA [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2022 [acesso 2023 jun 15]. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=12460878](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=12460878)
4. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008;74(1):68-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000100011>
5. Chedid HM, Franzi SA. Avaliação da sobrevida livre de doença de pacientes com recidiva loco-regional de carcinoma epidermoide de cavidade bucal e orofaringe submetidos a tratamento de resgate. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(2):127-31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000200014>
6. Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso 2022 out 20]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2023 abr 18]; Seção 1:129. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)
9. Conselho Federal de Serviço Social (BR). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília (DF): Conselho Federal de Serviço Social; 2010 [acesso 2020 mar 28]. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuaacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuaacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)
10. Graciano MIG, Leheld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Serv Soc Saúde.* 2010;9(1):157-186. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v9i1.8634873>
11. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em Hospital de referência na cidade de Salvador- BA. *Rev CEFAC.* 2009;11(Suppl 3):441-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700020>

12. Figueiredo IC, Vendramini SHE, Lourenção LG, et al. Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. *CoDAS*; 2019;31(1):e20180060. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018060>
13. Oliveira MM, Assis ALEM, Schettino VR, et al. Perfil epidemiológico e socioeconômico dos casos de câncer de cabeça e pescoço da macrorregião sul do Espírito Santo - Brasil. In: Silva Neto BR, organizador. *Medicina: esforço comum da promoção da saúde e prevenção e tratamento das doenças 5*. Ponta Grossa (PR): Atena; 2021. p. 132-44. doi: <https://doi.org/10.22533/at.ed.05221020215>
14. Comissão Nacional de Classificação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2023. *Classificação brasileira de ocupações*; [acesso 2023 jun 15]. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/classificacoes/por-tema/ocupacao/classificacao-brasileira-de-ocupacoes.html>
15. Fundação Centro Estadual de Estatística, Pesquisa e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. *Regiões de governo e município 2019* [Internet]. Rio de Janeiro; CEPERJ; 2018 dez 31 [acesso 2023 jun 15]. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/sefaz\\_ceperj\\_imagens/Arquivos\\_Ceperj/ceep/informacoes-do-territorio/cartografia-fluminense/Mapa%20das%20Regi%C3%B5es%20de%20Governo%20e%20Munic%C3%ADpios%20do%20Estado%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20-%202019%20-%20CEPERJ.pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/sefaz_ceperj_imagens/Arquivos_Ceperj/ceep/informacoes-do-territorio/cartografia-fluminense/Mapa%20das%20Regi%C3%B5es%20de%20Governo%20e%20Munic%C3%ADpios%20do%20Estado%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20-%202019%20-%20CEPERJ.pdf)
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção 1:59.
17. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(2):615-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200025>
18. Mioto RCT. Estudos socioeconômicos. In: Conselho Federal de Serviço Social (BR). *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília (DF): ABEPSS; 2009. p. 481-96.
19. Jannuzzi PM. *Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações*. 4. ed. Campinas (SP): Alínea; 2009.
20. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.
21. Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. (Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil).
22. Silva PGB, Soares IL, Mendes FHO, et al. Histórico de consumo de álcool como fator preditivo de sobrevida em pacientes com carcinoma de células escamosas de boca e orofaringe: follow-up de 15 anos. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(1):e-02573. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.573>
23. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
24. Presidência da República (BR). Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2003 out 3 [acesso 2023 abr 23]; Seção 1:1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)
25. Silva MM, Silva VH. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. *Arq Méd ABC* [Internet]. 2005 [acesso 2022 jan 22];30(1):11-8. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/273>
26. Collucci C. Baixa escolaridade reduz cura de câncer. *Folha de S. Paulo (Folha da Manhã)* [Internet]. 2004 jun 15; *Caderno Cotidiano* [acesso 2022 jan 23]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1506200401.htm>
27. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [acesso 2022 dez 15]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>
28. Camelo LV, Coelho CG, Chor D, et al. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00341920. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X000341920>
29. Ferreira LF, Freire AP, Silveira ALC, et al. A Influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(2):e-07422. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>
30. Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, et al, organizadores. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP; 2009. p. 67-75 [acesso 2023 fev 20]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4098403/mod\\_resource/content/1/Kergoat%20p.67-75%20in%20Dicionario\\_critico\\_do\\_feminismo%202009.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4098403/mod_resource/content/1/Kergoat%20p.67-75%20in%20Dicionario_critico_do_feminismo%202009.pdf)
31. Costa CMV. “Se eu não vier, ninguém vem”: tensões femininas no cuidado [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [data desconhecida]. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)*; 2015 [acesso 2023 abr 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

- gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1999 fev 26 [acesso 2023 fev 20]; Seção 1:116. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html)
34. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; [data desconhecida]. Estudo analisa o acesso de populações mais vulneráveis aos serviços de saúde; 2021 nov 11 [acesso 2022 jan 5]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-analisa-o-acesso-de-populacoes-mais-vulneraveis-aos-servicos-de-saude>
35. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Prevalência do tabagismo: página com informações estatísticas da prevalência do tabagismo no Brasil; 2022 out 19 [atualizado 2023 fev 2; acesso 2022 nov 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>
36. Campos AC. IBGE: 40,3% dos adultos são considerados sedentários no país. Agência Brasil [Internet]. 2020 nov 18 [acesso 2022 mar 16]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-403-dos-adultos-sao-considerados-sedentarios-no-brasil>
37. Kfoury SA, Eluf Neto J, Koifman S, et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;(21):e180005. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180005>
38. Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 255-62 [acesso 2023 jan 13]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
39. Rabello et al. Necessidades físicas, emocionais e socioeconômicas no pós-tratamento do câncer de cabeça e pescoço: um estudo qualitativo. *Rev Bras Cancerol.* 2021;67(3):e-191221. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1221>
40. Passos RG. “Entre o assistir e o cuidar”: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. *Em Pauta.* 2017;15(40):247-60. doi: <https://doi.org/10.12957/rep.2017.32725>
41. Mendonça RMH. Análise da associação entre nível socioeconômico, comorbidades, aderência ao tratamento, complicações e sobrevida em pacientes com carcinoma epidermóide de boca e orofaringe [dissertação na Internet]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2003 [acesso 2023 abr 15]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117339/us70.pdf>

Recebido em 13/12/2022  
Aprovado em 25/5/2023