

Perfil Socioeconómico de Personas con Cáncer de Laringe y Cavidad Oral en Tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer

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

Cecília Maria Valter Costa¹; Fabiana Felix Ribeiro²; Renata Cristina Mendes Lima³

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 HCl/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.

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, explicando 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 HCl/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 desafiantes 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 HCl/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.

¹⁻³Instituto Nacional de Câncer (INCA), Hospital do Câncer I (HCl), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

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

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

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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cabeza y cuello presenta elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en la población mundial, considerándose, en la actualidad, uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.

Según las estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer (INCA)¹, para cada año del trienio 2023-2025 ocurrirán 39 550 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello en el Brasil, 19 970 en hombres y 19 580 en mujeres. Este total representa la suma de los cánceres de cavidad oral (boca), laringe y tiroides.

El avance de la incidencia y mortalidad por cáncer se debe, en parte, al crecimiento y envejecimiento poblacional, así como a las prevalencias relacionadas a sus factores de riesgo, principalmente el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas asociados al modelo de desarrollo socioeconómico vigente².

El cáncer de cabeza y cuello comprende varios tipos de tumores. Para los fines de esta investigación, se optó por los tumores de la cavidad oral y laringe. Esta elección se debe a sus consecuencias en la vida de las personas y su impacto sobre el perfil socioeconómico de estas. Esas consecuencias “van desde dificultades del habla, de comunicación, de deglución, hasta alteraciones en la cara y regiones del cuello, factores que comprometen la imagen corporal y la reinserción social”³.

Según datos del INCA¹, los factores de riesgo para estos tipos de tumores están relacionados al alcoholismo y tabaquismo. Adicionalmente, el riesgo se potencia cuando se consume en forma combinada bebidas alcohólicas y tabaco. La etiología de la enfermedad puede estar asociada también a otros factores, entre ellos el papilomavirus humano (HPV) y cuestiones de exposición ocupacional.

Con relación al perfil epidemiológico para el cáncer de cabeza y cuello, la incidencia es considerable en hombres de bajos ingresos en el grupo de edad entre los 50 y 70 años³. Se agrega a esto el hecho de acceder tardíamente al servicio de salud, las altas tasas de mortalidad y las reducidas tasas de sobrevida a la enfermedad^{4,5}.

Sobre las políticas públicas existentes para el enfrentamiento de la enfermedad en el mundo, la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) buscan regular los factores de riesgo mediante orientaciones, principalmente en la atención primaria, buscando la reducción de los casos y la atención también hacia los aspectos que giran alrededor de la sobrevida⁶.

En el Brasil, las acciones de enfrentamiento del cáncer están documentadas en el Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las ECNT vigente entre 2011 y 2022⁷, además de la Política Nacional para la Prevención

y Control del Cáncer (PNPCC) en la Red de Atención a la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas instituida por la Resolución n.º 874/2013. Ambas buscan la reducción del tabaquismo y del consumo de alcohol⁸.

Considerando la magnitud de este tipo de padecimiento en la vida de las personas, el presente estudio tuvo como objetivo conocer el perfil socioeconómico de las personas con cáncer de cavidad oral y laringe inscritas en la Clínica de Cabeza y Cuello del Hospital del Cáncer I/INCA, en el período de febrero a julio de 2017.

El conocimiento de este perfil forma parte de un conjunto de actividades relevantes para el ejercicio profesional del asistente social, considerando lo que consta en el documento Parámetros para la Labor de los Asistentes Sociales en la Política de Salud⁹: “la labor del Servicio Social en el área de la salud consiste en: conocer las condiciones de vida y trabajo de los usuarios, así como los determinantes sociales que interfieren en el proceso salud-enfermedad”. La comprensión de esta realidad exigirá la construcción de una guía metodológica que pueda auxiliar en la consolidación de datos sobre el perfil socioeconómico de ese grupo.

MÉTODO

La guía metodológica empleada en esta investigación se divide en dos ejes: la revisión de literatura narrativa considerando la definición conceptual de terminologías usadas en la investigación y el cuestionario aplicado, organizado a partir de categorías centrales para establecer el perfil socioeconómico de ese grupo de personas registradas en la sección de cabeza y cuello. Este estudio se basa en la investigación cualitativa exploratoria para la construcción del perfil socioeconómico.

Usando los datos cuantitativos, es posible realizar un análisis de carácter cualitativo que englobe factores como cambios sociales y económicos, estrategias de movilidad social, así como otros factores que reflejen el movimiento en la realidad social de las personas¹⁰. Esto es fundamental para definir el perfil socioeconómico, puesto que no se trata apenas de recolectar datos de la realidad y de constatar variables y compararlas, sino de comprender cómo se expresan en su relación con los diversos aspectos de la vida social.

Para esto, se realizó una revisión de literatura narrativa, por tratarse de un amplio análisis de publicaciones que pretenden describir y discutir determinado tema desde el punto de vista teórico o conceptual. Pudo constatar, así, la escasez de investigaciones sobre la comprensión del perfil socioeconómico de personas con cáncer de cabeza y cuello.

Se encontraron estudios en las bases PubMed, SciELO y Google académico que revelan la preocupación con

el conocimiento de este perfil, principalmente con el objetivo de apoyar la implantación de programas de prevención y rehabilitación, así como dimensionar la relevancia del cáncer de cabeza y cuello en la salud pública¹¹⁻¹³. Sin embargo, la revisión señaló la importancia de trazar algunas definiciones, tales como la de “perfil socioeconómico”, además de otras terminologías que se utilizarán a lo largo de este artículo.

Se buscó el término “perfil socioeconómico”, sin embargo, se constató que este no se encontraba categorizado al lado de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Frente a esto, se optó por la investigación directa en las bases informadas, en las cuales se encontraron los términos “condición socioeconómica”, “situación socioeconómica”, “estudios socioeconómicos” y “perfil socioeconómico”. Considerando las imprecisiones entre ellos y la importancia de la definición del término “perfil socioeconómico”, se construyó una definición que abarcara tal comprensión. El análisis se restringió a los artículos escritos en portugués. Se seleccionaron estudios descriptivos y otras revisiones de literatura.

Tras esta etapa, se aplicó un cuestionario, y enseguida se realizó la entrevista social con la persona en tratamiento, acompañada o no por un familiar. Los datos fueron recolectados y registrados manualmente, mediante preguntas, interacciones y respuestas, sin usar grabadoras de audio.

La realización de la entrevista social forma parte del día a día de las asistentes sociales. Es un instrumento utilizado con la intención de conocer el contexto socioeconómico para que a partir de una juiciosa evaluación social, el profesional proceda con las intervenciones y orientaciones necesarias sobre derechos sociales y los demás recursos que puedan contribuir para el acceso y la continuidad del tratamiento.

Los cuestionarios fueron entregados a los pacientes entre marzo y diciembre de 2017 por las tres asistentes sociales que laboraban en la clínica en el momento de la atención ambulatoria o de enfermería, en las salas de atención del Servicio Social. La acción se realizó con 161 personas registradas en la clínica de cabeza y cuello con diagnóstico de cáncer de laringe (32 personas) y de cavidad oral (129 personas). Antes de responder el cuestionario, la persona fue invitada para participar de la investigación, siéndole presentados el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y las cuestiones que involucran el sigilo de la identidad.

La organización de datos se hizo partiendo de la construcción de categorías estructuradas en el guion del cuestionario, teniendo como referencia las categorizaciones usadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)¹⁴ y por el Centro Estatal de Estadísticas,

Investigaciones y Formación de Servidores Públicos de Río de Janeiro (Ceperj)¹⁵. Para el análisis y presentación de los datos, tales categorías fueron reagrupadas de la siguiente forma: **identificación:** sexo, edad, lugar de nacimiento, escolaridad, declaración étnico-racial; **situación laboral:** vínculo previsional y laboral –profesión, ocupación e ingresos; **dinámica familiar:** participantes en la entrevista, con quién reside, unión conyugal, estado civil, número de hijos, dinámica del cuidado, red de apoyo; **vivienda:** tipo de inmueble, zona rural o urbana, región de la ciudad; **uso de tabaco, alcohol:** historia del uso de alcohol, tabaco; y **acceso al tratamiento:** cómo se obtuvo la oportunidad para el tratamiento.

La investigación parte de la hipótesis de que algunas definiciones conceptuales deben revisarse, principalmente porque están presentes en la investigación social en salud, pero todavía carecen de notoriedad en el campo. En la literatura no se identifica la apropiación y el uso de las terminologías adecuadas para un enfoque que se basa en estudios socioeconómicos en el campo de la salud. De este modo, se estipuló como fundamental la definición conceptual de “perfil socioeconómico”, y la definición del término “persona/persona enferma” como opción con relación a los términos más usuales en la salud como paciente/usuario.

El estudio cumplió con la Resolución n.º 466/2012¹⁶ del Consejo Nacional de Salud, siendo aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del INCA con el número de parecer 812007 (CAAE: 61882416.2.0000.5274).

RESULTADOS

Los resultados se organizaron a partir de los dos ejes de la investigación: revisión de literatura narrativa/ definiciones conceptuales y aplicación del cuestionario para la obtención del perfil socioeconómico de los participantes.

REVISIÓN DE LITERATURA Y DEFINICIONES CONCEPTUALES

En la literatura existen estudios que buscan investigar la asociación entre condiciones socioeconómicas y cáncer de cabeza y cuello, utilizando variables como la escolaridad y la ocupación. En el caso del Brasil, además de estas, surge la variable ingresos, que lo coloca entre los países con las peores condiciones socioeconómicas presentes en los grupos poblacionales desfavorecidos¹⁷.

Como afirma Miotto¹⁸, los estudios socioeconómicos son parte fundamental del trabajo profesional de asistentes sociales, pues permiten la posibilidad de conocer la realidad de las personas, grupos y poblaciones, buscando comprender e intervenir enfocándose en la equidad y justicia social y asegurando el acceso universal a los

derechos. El perfil socioeconómico, en esta investigación, puede entenderse como una descripción de los trazos/características/comportamientos, sociales y económicos, que definen a los grupos poblacionales específicos insertados en una determinada estructura institucional, social y económica. El conocimiento de las condiciones socioeconómicas de las personas participantes en la investigación permite trazar un perfil socioeconómico que logra relacionar tales informaciones con diferentes indicadores sociales¹⁹ y de enfermedad.

La palabra “persona” proviene del latín, derivada de “persona” y su definición apunta hacia el sentido de la criatura humana, que tiene el poder de elección y libre arbitrio. Según Rogers²⁰, el término le asocia a la persona la capacidad de apropiación de sus sentimientos y experiencias, aspectos esenciales para las relaciones humanas. Ya el término “usuario” se utiliza como categoría sociológica que se refiere al “usuario del servicio público” que se manifiesta a partir de las mediaciones sociales y culturales en espacios comunitarios e institucionales, en la lucha por reconocimiento público²¹. El uso del vocablo “paciente” remite a la idea de persona enferma y que depende de cuidados médicos.

Tales definiciones pretenden contribuir para una mejor comprensión de las categorías construidas en esta investigación, en su amplitud y correlación, para delinear el perfil del grupo en tratamiento.

PERFIL SOCIOECONÓMICO OBTENIDO DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Al cáncer se le considera una enfermedad que se manifiesta en personas de diferentes perfiles. Analizando específicamente los tumores de cabeza y cuello, con base en la encuesta realizada, el 77% son hombres y el 23%, mujeres.

En la sociedad contemporánea, la población masculina está más expuesta a factores de riesgo, por diversas razones. Según Silva *et al.*²², “se estima que en el Brasil el 11,2% de los hombres y el 5,2% de las mujeres son consumidores y adictos al alcohol”, en el año de 2007. Los autores resaltan, con base en su investigación, que “pacientes alcohólicos de sexo masculino presentaban mayor prevalencia”, similar a lo demostrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018²³.

En lo referente a la edad, la presente investigación identificó que hay prevalencia entre los ancianos, quienes representan el 55% del grupo estudiado. De acuerdo con la Ley n.º 10741/2003²⁴, se considera anciana a la persona a partir de los 60 años.

Una parte significativa está compuesta por personas en el grupo etario entre 60 y 69 años (38%). El envejecimiento de la población y la exposición prolongada

a los elementos de riesgo se encuentran directamente relacionados a esta constatación. Sobre dicho análisis, el estudio divulgado destaca que:

El proceso de envejecimiento está siendo visto como uno de los mayores desafíos de salud *pública* contemporánea, puesto que en los países desarrollados representa una parte significativa de la población y en países en desarrollo, como el Brasil, el aumento de la población anciana tiene índices de crecimiento mucho mayores que los de la población en general. Paralelamente a esto, se constató que el envejecimiento es un importante factor de riesgo para el cáncer²⁵.

Sobre el lugar de nacimiento, la población estudiada es natural, en su mayoría, de la Región Sudeste del Brasil, con 84%. Se tiene 14% del Nordeste, 1% de la Región Norte y 1% nació en otro país. El estado de Río de Janeiro sobresale pues es donde está ubicado el hospital y el 70% nació en dicho estado.

Otra observación relevante se refiere al grado de escolaridad: la mayoría presenta un bajo nivel de instrucción, esto es, el 41% tiene enseñanza fundamental incompleta, el 11% fundamental completa y el 14% son personas sin instrucción o con menos de un año de escolaridad. Solamente el 4% posee nivel superior completo.

De acuerdo con Callucci²⁶, en un reportaje publicado en el diario *Folha de S. Paulo* en el año de 2004, “la baja escolaridad atrasa el diagnóstico del cáncer y reduce las oportunidades de cura”. Además, afirma con base en investigaciones que, “en el caso del cáncer de boca y orofaringe [...]: los pacientes con menos años de estudio tuvieron índices de sobrevida del 44% en las etapas iniciales [...]”.

La baja escolaridad está asociada a la situación socioeconómica precaria:

Las desigualdades sociales en salud pueden manifestarse con relación al estado de salud y al acceso y uso de los servicios de salud para acciones preventivas o asistenciales. En la población brasileña, según datos de la Encuesta Mundial de Salud, la autoevaluación del estado de salud varía notoriamente según el nivel de escolaridad. [...] El uso de servicios preventivos muestra diferencias más acentuadas según la escolaridad y la ocupación²⁷.

Con relación a la identificación étnico-racial, el 48% de las personas participantes se declaró parda, el 42% blanca y el 10% negra. Estos datos muestran el principal aspecto para analizar: el grupo investigado está compuesto por mujeres y hombres negros. Camelo *et*

*al.*²⁸ puntualizaron que negros y pardos conviven con una amenaza mayor de padecer enfermedades y fallecer.

Las desigualdades raciales en salud en el Brasil son profundas, y diversos estudios indican que negros y pardos presentan grandes desventajas con relación a los blancos en diferentes desenlaces relacionados a la salud como mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas y comportamientos de riesgo para la salud. Así, negros y pardos en el Brasil presentan mayor mortalidad prácticamente por todas las causas cuando se compara con los blancos y, en consecuencia, menor esperanza de vida y peor autoevaluación de salud. Estas desigualdades son absolutamente innecesarias, evitables e injustas y, por lo tanto, deben interpretarse como grandes injusticias²⁵.

La religión es otra dimensión tratada en el ámbito de la salud. En este sentido, es importante resaltar que la religiosidad puede convertirse en un soporte para el enfrentamiento de la enfermedad, pues busca amenizar dolores y angustias ante el tratamiento. Así, en las entrevistas, la religión católica se destaca en relación con las demás, representando al 58% de los entrevistados. A continuación, el credo evangélico presentó el 25% del total, el 4% era espírita, el 1% se consideraba miembro de la umbanda/candomblé, y el 9% no tenía religión. Ferreira *et al.*²⁹ señalan, con base en un estudio sobre la espiritualidad y la religiosidad, la siguiente cuestión:

Además, se observó que la mayoría de los participantes entrevistados utilizó la religiosidad como fuente de apoyo en el enfrentamiento al cáncer. La religiosidad, cuando está bien incorporada en la vida del paciente, le ayuda con las consecuencias que el cáncer traerá a su día a día e influirá esencialmente en su vida y su modo de vivir durante el tratamiento²⁹.

De acuerdo con estos autores²⁹, la influencia de la religiosidad puede servir de ayuda en el desarrollo de actitudes de esperanza y fuerza que impactan positivamente en la calidad de vida durante el tratamiento.

Algunos datos resaltantes sobre los ingresos mensuales de cada persona entrevistada: 39% recibía un salario mínimo y 28% no tenía ingresos propios. Los ingresos más elevados, seis salarios mínimos, corresponden al 2% del total. Con relación al origen de los ingresos, los datos más significativos son: 30% no tenía algún tipo de vínculo previsional, 29% jubilación, 9% beneficio de pensión continua (BPC), solo 4% tenía libreta de trabajo y previsión social (CTPS) firmada y solamente 2% tenía un vínculo público. En lo referente a los ingresos familiares, 11% es de familias sin ingresos, 6% tenía

ingresos menores que un salario mínimo, 22% recibía un salario mínimo, 18% dos y 10% tres. Frente a estos datos, se resalta que tales familias necesitan enfrentar un diagnóstico grave viviendo en una situación económica precaria. En este universo, dos grupos de profesiones se destacan: 33% es de trabajadores de la producción de bienes y servicios industriales y 30% trabajadores de los servicios, vendedores del comercio en tiendas y mercados.

Tales factores, que se suman a otros, crean desafíos a las personas que necesitan enfrentar el tratamiento oncológico.

DINÁMICA FAMILIAR, CUIDADO Y RELACIONES DE GÉNERO

En el momento de la encuesta, se identifica la presencia de la familia, ya que el 84% de los entrevistados participó acompañado. La mayoría, que corresponde al 70%, reside con sus familiares directos, 18% con familiares directos e indirectos, 10% vive solo y 3% con un familiar indirecto o amigo.

Con relación a las personas participantes de la encuesta, el 56% mantenía una unión conyugal, Sin embargo, solamente el 25% de ellas estaba casado y el 6% tenía contrato de unión estable registrado en notaría. Este dato es relevante, considerando la posibilidad de acceso a pensiones por fallecimiento y las exigencias del INSS y de los otros regímenes de Previsión Social, en lo que se refiere a la comprobación de la unión.

De los entrevistados, el 15% no tenía hijos; 47% tenía hasta dos hijos; 19% tres; 21% más de tres. Este dato demuestra la relevancia de este tipo de vínculo en el cuidado, principalmente lo referente a la participación de las hijas, como se presenta a continuación en la identificación de los cuidadores principales.

Entre los participantes de la encuesta, el 81% señaló como cuidadoras principales a mujeres. Los cuatro grupos más citados de cuidadores/as fueron: compañeras/esposas (34%); hijas (22%); hijos (11%); y hermanas (10%). Las hermanas están en el grupo, en el cuarto lugar más señalado, Sin embargo, los hermanos fueron presentados como principales cuidadores solamente por el 2% de los entrevistados. Se observa el protagonismo de las mujeres como cuidadoras, reflejo de la división sexual del trabajo que encasilla al cuidado como una actividad femenina.

La división sexual del trabajo es la forma de división del trabajo social resultante de las relaciones sociales de sexo; esta forma históricamente se adapta a cada sociedad. Tiene por características la destinación prioritaria de los hombres a la esfera productiva y de las mujeres a la esfera reproductiva y, simultáneamente, la ocupación por parte de los hombres de las funciones de fuerte valor social agregado (políticas, religiosas, militares etc.)³⁰.

La red de apoyo se presentó en el 40% de las familias constituidas solamente por mujeres, mientras el 5% era de hombres, y el restante 55%, compuesta por hombres y mujeres. Entre las redes con participación de hombres y mujeres, el 45% se configura con una cantidad igual entre hombres y mujeres, el 33% con más mujeres y el 22% con mayor cantidad de hombres. De este modo, se nota una desigualdad de participación entre los géneros en el tema cantidad, resaltándose que no fue evaluado cualitativamente este involucramiento.

Sin embargo, Costa³¹, en una investigación cualitativa sobre el trabajo femenino de cuidado en las familias con personas en tratamiento de cáncer de cabeza y cuello, analizó cómo se daba la participación de los hombres. Se identificó “[...] una división sexual del trabajo en la participación en el tratamiento, pues el involucramiento de los hombres está, frecuentemente, restringido al transporte o apoyo financiero”. Se percibió en la investigación realizada por la autora que, en la división de actividades, las mujeres asumen el cuidado directo, intensivo, que requiere más tiempo/presencia.

En esta discusión, es fundamental resaltar la desvalorización social del trabajo de cuidado, que es realizado preponderantemente por mujeres de forma gratuita. Kergoat³⁰ afirma que la división sexual del trabajo abarca “dos principios organizadores”: el de la separación y el de la jerarquización. El primero divide trabajos en femeninos y masculinos y el segundo designa valores diferentes, en este sentido, las actividades socialmente masculinas tienen mayor prestigio, además de ser mejor remuneradas.

Frente a los indicadores socioeconómicos que traducen una realidad de empobrecimiento y vulnerabilidad social, la variable acerca de la dinámica familiar, cuidado y relaciones de género, se hace significativa en países como el Brasil, donde, a causa de tantas dificultades en términos de políticas públicas efectivas, es la familia quien asume la responsabilidad para mediar y reducir los efectos de una realidad tan adversa.

En lo que se refiere al tipo de inmueble, el 84% vivía en casa y el 16% en departamento. Ya respecto a la propiedad, el 76% vivía en inmueble propio, el 15% en alquilado, el 6% en cedido y el 2% posesión civil. El 10% no tenía saneamiento básico.

Entre las personas entrevistadas, el 89% residía en zona urbana y el 11% en zona rural. Índice de población urbana ligeramente menor que el de la región, considerando que, conforme a la Encuesta Nacional por Muestreo de Vivienda (PNAD)³², el porcentaje de población urbana en el Sudeste es del 93,14%.

El predominio del lugar de vivienda es la región metropolitana de Río de Janeiro (83%). Las demás regiones

informadas fueron: Serrana, Bajadas Litorales, Centro-Sur Fluminense, Medio Paraíba, Norte Fluminense y una en otro estado.

Considerando que la mayoría, el 58%, no reside en la ciudad de Río de Janeiro, se impone la necesidad del acceso al programa de Tratamiento Fuera de Domicilio (TFD), Resolución SAS n.º 55, del 24 de febrero de 1999³³, el cual tiene como objetivo garantizar el acceso de pacientes residentes en los municipios y estados a los servicios asistenciales en otros, puesto que muchos no disponen de condiciones para costear el desplazamiento, siendo el TFD la única garantía de transporte para el acceso y la continuidad del tratamiento.

El Estudio del Proyecto de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud (Proadess) de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz)³⁴, que analiza el acceso de las poblaciones más vulnerables a los servicios de salud, identificó que:

Cuanto mayor es la complejidad de los procedimientos necesarios, mayor es la necesidad de buscar tratamiento en otros municipios. Por ejemplo, casi el 80% de los pacientes que necesitaron de atención hospitalaria para cáncer tuvieron que internarse fuera de su lugar de residencia³⁴.

Además, hasta los que residen en Río de Janeiro no necesariamente tienen facilidades de desplazamiento considerando la dimensión de la ciudad. Por la ubicación del hospital, los usuarios que están a distancias más favorables son aquellos que residen en la región del Centro o Zona Sur, lo que representa solamente el 4% de ellos. Entre los que viven en la ciudad, la mayoría, el 53%, reside en la Zona Oeste, mientras que el 9% vive en la Zona Sur o Central.

Como se citó anteriormente, las personas fumadoras y las que consumen regularmente bebidas alcohólicas tienen más posibilidades de desarrollar cáncer de cavidad oral y laringe³⁵.

En lo que se refiere a los datos de la encuesta, el 81% de las personas informó una historia de tabaquismo, de las cuales el 20% continúa consumiendo tabaco. Con relación al alcohol, el 77% tiene historia de consumo y el 24% informó abuso. Sobre el consumo de alcohol, “el alcoholismo es considerado una enfermedad por la OMS. El uso constante, descontrolado y creciente de bebidas alcohólicas puede comprometer seriamente el buen funcionamiento del organismo, llevando a consecuencias irreversibles”³⁵. Sin embargo, para fines de esta investigación, el abuso se presenta a partir de la percepción de las personas participantes. El tratamiento oncológico apareció como un momento de interrupción del consumo, ya que solamente el 8% declaró que continuó usando alcohol.

En el Brasil, el tabaquismo ha presentado una caída importante en las últimas décadas, como resultado de las acciones realizadas por la Política Nacional de Control del Tabaco (PNCT). En 1989, el porcentaje de adultos fumadores era del 34,8% y, en 2019, 18,5%³⁵.

A diferencia del tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas tiene una tendencia al alza en el país. Conforme a lo revelado por la Encuesta Nacional de Salud, en 2019, el 26,4% de la población con 18 años o más solía consumir bebida alcohólica una o más veces por semana, lo que representa un aumento de 2,5 puntos porcentuales con relación a 2013 (23,9%)³⁶.

En comparación al mismo período, en 2019, entre la población con 18 años o más, la prevalencia de usuarios de productos derivados de tabaco, fumado o no fumado, de uso diario u ocasional fue del 12,8% (20,4 millones de personas), con relación al 14,9% en 2013. Sin embargo, “aunque la frecuencia del hábito de fumar esté en declive en la población, la mayor proporción de cáncer, en general, en el Brasil, es atribuible al tabaco”³⁶.

En la publicación de resultados del estudio sobre el cáncer de cabeza y cuello atribuible al tabaco y al alcohol, Kfoury *et al.*³⁷ constataron que: “fracciones atribuibles al tabaquismo fueron mayores que aquellas para consumo de alcohol, en todas las ciudades estudiadas”. De este modo, los autores concluyeron que, a pesar de la disminución del uso del tabaco en el Brasil, en la población afectada por cáncer de cabeza y cuello, el tabaquismo tiene una prevalencia importante. Resaltaron además que, considerando que “la carga genética en la ocurrencia de cáncer es del orden del 5% al 10% y que entre el 90% y 95% es resultado de factores de riesgo modificables”, el estudio sobre tipos de cáncer de cabeza y cuello atribuibles al tabaco y al alcohol señala que la alteración de modos de vida con exclusión del consumo de alcohol o tabaco podrá disminuir la carga de casos³⁷.

La forma de acceso al hospital para los residentes del estado de Río de Janeiro se da mediante el Sistema de Regulación Estatal (SER). A los provenientes de otros estados, el acceso se da por medio de la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad (CNRAC). Algunas situaciones también pueden evaluarse directamente por la emergencia o por el sector de triaje general del hospital.

Mientras tanto, el 18% del grupo investigado afirmó que el acceso fue por intermedio de contacto personal. El resto declaró que siguió los caminos oficiales, central de regulación y triaje de la unidad.

El uso del medio de contacto personal presupone que estas personas encontraron dificultad de acceso para la materialización del principio de integralidad del SUS que, según afirma Pinheiro³⁸, “(...) se destina a conjugar las acciones dirigidas a la materialización de la salud como

derecho y como servicio”. De este modo, la integralidad prevé el derecho a la salud en todos los niveles de atención.

DISCUSIÓN

En este estudio, se verifica la prevalencia del cáncer de cabeza y cuello entre personas ancianas a partir de los 60 años. Este factor genera un impacto significativo en la vida de estos individuos, a causa del volumen de limitaciones que pueden ocurrir, debido a que el diagnóstico implica muchas veces tratamientos invasivos y mutiladores.

Las necesidades socioeconómicas de las personas en tratamiento oncológico se permean por las deficiencias en el acceso a la información. La baja escolaridad y el limitado acceso a la información pueden contribuir para establecer barreras a la comprensión de tratamientos complejos que exigen tomar decisiones³⁹. Este contexto exige una red de apoyo en donde otras personas puedan compartir decisiones y apoyar el tratamiento, viéndose que las familias de los grupos más vulnerables presentan incontables dificultades para viabilizar el cuidado⁴⁰. De conformidad con lo señalado por la literatura, este tipo de cuidado viene siendo históricamente realizado en su mayoría por mujeres³⁰.

Cabe resaltar que la baja escolaridad está asociada a la situación socioeconómica precaria, factores que refuerzan las desigualdades sociales y, consecuentemente, afectan el acceso a los servicios de salud. Es importante destacar que la población negra posee los peores indicadores de acceso a bienes y a servicios sociales en comparación a los individuos blancos, factores que se manifiestan en los resultados de esta investigación. Así, se llega a la conclusión de que las personas negras son más vulnerables a padecer cáncer de cabeza y cuello, así como están más sujetas a las posibles adversidades resultantes del diagnóstico.

En lo que se refiere a la condición socioeconómica, se puede decir que, al discutirse el padecimiento de cáncer, es necesario comprender que los factores socioeconómicos interfieren en este contexto, desde el diagnóstico, entrando en el tratamiento. Algunos estudios⁴¹ revelan que pacientes con cáncer de cabeza y cuello con nivel socioeconómico más bajo presentan peor pronóstico, generalmente considerando que están relacionados con dificultades en el acceso y en el compromiso al tratamiento, con el tipo de tratamiento recibido y con el surgimiento de complicaciones.

El tratamiento oncológico ocupa una centralidad en la vida de las personas en tratamiento y de sus familias. Estas presentan necesidad de apoyo en las citas al hospital, en los cuidados relacionados a cirugías, procedimientos, curativos, y de acompañamiento en las ocasiones en las que hay mayor fragilidad de salud. De este modo, el conocimiento sobre la constitución de las familias y

sus modos de organización se vuelve relevante para el mejoramiento de las prácticas y acciones en salud.

Los resultados de la investigación revelan la materialización de la división sexual del trabajo, con el cuidado asumido en forma mayoritaria por las mujeres. En este sentido, se comprueba que el trabajo de cuidado, hecho principalmente por mujeres, debe ser remunerado. Se resalta de esta forma la importancia del soporte a políticas públicas, de modo que el *care* social esté garantizado como un derecho, especialmente en el cuidado domiciliario⁴⁰.

En cuanto al desplazamiento para el tratamiento, los pacientes que residen en Río de Janeiro también presentan dificultades, considerando la dimensión geográfica de la ciudad. Los desplazamientos son frecuentes, considerando la necesidad de acudir al hospital, especialmente para aquellos que realizan radioterapia o quimioterapia.

Se resalta la relevancia del impacto del tabaquismo y del consumo de alcohol para la salud pública, lo que convierte al fortalecimiento de políticas públicas orientadas para la prevención y control de agravamientos en una estrategia fundamental en el enfrentamiento del cáncer de cabeza y cuello.

CONCLUSIÓN

La investigación muestra la magnitud de los aspectos socioeconómicos en la vida de las personas que padecen cáncer de cabeza y cuello, quienes llegan al INCA para tratamiento oncológico, y cuánto las condiciones de vida afectan y pueden volver más complejo este proceso. Frente a los datos presentados, y entendiendo que la salud es un campo de diálogo e interacción, se buscó contribuir para la ampliación del conocimiento en salud que, más allá de las especificidades técnicas de las áreas involucradas, debe abarcar la comprensión de las dimensiones sociales, territoriales y culturales de la población atendida. Tales cuestiones son fundamentales para el trabajo en equipos de salud que, ante situaciones complejas, sobre todo en oncología, necesitan desarrollar la interlocución entre diferentes saberes para apoyar decisiones compartidas.

APORTES

Todas las autoras contribuyeron en la concepción, en el planeamiento del estudio, en el análisis e interpretación de los datos, así como en la redacción, revisión y en la aprobación de la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

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
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
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://bvsmms.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_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf
 10. Graciano MIG, Lehfeld 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 SHF, 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
 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. Miotto 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
 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
 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/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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/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. Kfourri 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