PROPOSTA DE ALTERAÇÃO

Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço.

PORTARIA Nº 516, DE 17 DE JUNHO DE 2015

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.htm

GTCCP

GRUPO DE TRABALHO
CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

ACBG
Associação Câncer
Boca e Garganta

2019

Sociedades integrantes do GTCCP:

Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia	Academia Brasileira de Laringologia e Voz	Associação Brasileira de Odontologia
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial	Academia Nacional de Cuidados Paliativos	Conselho Federal de Serviço Social
Conselho Federal de Psicologia	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região	Conselho Regional de Fonoaudiologia da 3ª Região
Sociedade Brasileira de Cancerologia	Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica

SBFa Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia	Sociedade Brasileira de Radioterapia	Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral
Associação Brasileira de Estomaterapia		

Proposta de alteração
Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço

SUMÁRIO

1. Apresentação/metodologia de busca e avaliação da literatura
2. Introdução
3. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)
4. O câncer de cabeça e pescoço
5. Fatores determinantes para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reconstrução e reabilitação de pacientes de câncer de cabeça e pescoço em cada um dos níveis de atenção
6. Promoção
7. Prevenção
8. Diagnóstico
9. Tratamento
10. Reabilitação
11. Regulação/controle/avaliação pelo gestor
12. Termo de esclarecimento e responsabilidade
13. Framework
14. Referências
15. Legislação complementar
    a. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
    b. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009
16. Anexos

1. Apresentação e Metodologia de busca e avaliação da literatura

1.1. O projeto

O Grupo de Trabalho de Câncer de Cabeça e Pescoço (GTCCP) é um projeto formado por vários especialistas nesta área que objetivam atualizar a Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço (Ministério da Saúde).

Por meio do GTCCP será proposta uma atualização robusta e técnica, que contemple todas as esferas de atendimento da saúde pública. Queremos garantir que o paciente tenha uma atenção multidisciplinar e contínua, que compreenda a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Este material está sendo reportado à CONITEC e ao Ministério da Saúde, que vão validar seu uso ao final do processo.

Juntando todos as instituições médicas e não médicas de alta relevância dentro do cenário da saúde, referente ao câncer de cabeça e pescoço em um espaço adequado focados na atenção integral do paciente sem conflitos de interesses é possível estabelecermos políticas públicas justas. Assim o projeto acontece por meio de encontros presenciais e tarefas online para elaboração do produto final.

O projeto é idealizado e coordenado pela ACBG Brasil e conta com a participação de quarenta e um profissionais voluntários de doze especialidades de áreas da saúde diferentes, dentre elas: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia, Radioterapia, Otorrinolaringologia, Odontologia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Cuidados Paliativos, e Serviço Social. Além integrar dezenove instituições médicas e não médicas de alta relevância dentro do cenário da saúde, referente ao câncer de cabeça e pescoço, já citadas anteriormente.

Criado em 2017, o GTCCP iniciou com o objetivo de elaborar uma Política Nacional de Atenção à Saúde Integral dos Portadores de Câncer de Cabeça e Pescoço para dispor à eles, as prerrogativas do SUS que são seus alicerces: a universalidade, integralidade e iniquidade, ou seja, todos os brasileiros no País devem ter diagnóstico precoce, medicamentos atuais, equipamentos mais eficientes, cirurgias menos mutiladoras e principalmente cuidados contínuos para sua reabilitação integral.

Após a realização diversas atividades online e dois encontros presenciais: o primeiro em dezembro de 2017 e o segundo em novembro de 2018, o projeto passou por diversas mudanças até o produto atual.

Para obter mais informações sobre os encontros do GTCCP e ler os relatórios acesse o site: https://www.acbgbrasil.org/gtccp/

1.2 A ACBG

A ACBG Brasil é uma organização da sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, que trabalha em prol dos portadores de câncer de cabeça e pescoço e seus familiares em todo o Brasil. Nossa organização foi fundada em 2015 e teve por motivação o trabalho desenvolvido desde 1995 pelo Grupo de Acolhimento a Pacientes de Câncer de Boca e Garganta – GAL. O grupo foi se fortalecendo ao ponto em que alguns membros trouxeram à tona a possibilidade de se juntarem para formar uma associação de pacientes, o que culminou com a concepção da ACBG Brasil.

Atualmente, a associação possui três qualificação dentro dos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. São elas:

- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP: Obtida em 2 de abril de 2018.
- Utilidade Pública Estadual – UPE: Obtida em 12 de julho de 2018.
- Utilidade Pública Municipal – UPM: Obtida em 16 de outubro de 2017.

Isso é o reconhecimento das atividades realizadas pela associação e o impacto gerado na sociedade, além de refletir uma gestão responsável e transparente.

A ACBG Brasil idealizou o GTCCP acreditando que todos os portadores de câncer de cabeça de pescoço têm o direito a um padrão nacional de atenção multidisciplinar e contínua, que compreenda a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação

.

1.3. Metodologia de busca e avaliação da literatura para elaboração da proposta.

Para a elaboração destas diretrizes foram realizadas atividades online e dois encontros reunindo profissionais de especialidades diversas (Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia, Oncologia Clínica, Radioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Cuidados Paliativos).

Os encontros tiveram caráter teórico e prático nos quais foram realizados o levantamento da literatura sobre o assunto e a respectiva discussão em grupo e nas especialidades.

A finalidade destes encontros foi realizar revisão da Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015 e após a recomendação de sua adequação no que se refere o tratamento qualificado ao portador do câncer de cabeça e pescoço, incluindo uma revisão ampla e criteriosa da literatura que determina os aspectos descritos a seguir.

Queremos descrever as principais mudanças que a revisão da portaria nº516 propõe em todos os níveis de atenção.

A revisão foi baseada nestas diretrizes do SUS de como fazer diretriz.

Conforme discussão prévia reforçarmos uma referencia técnica para adapatacao de diretriz clínica.REF:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_adaptacao_diretrizes_clinicas.pdf

1.4. Continuidade do Grupo de Trabalho

Depois de um ano e meio de trabalho colaborativo entre todos os membros do grupo de trabalho chegamos a uma proposta robusta de atualização a Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço (Ministério da Saúde), descrita nos próximos tópicos.

A ACBG Brasil e todos os membros do GTCCP tem o compromisso de seguir colaborando ativamente com o Ministério da Saúde e a CONITEC até o final do processo de atualização e garantir que o paciente tenha uma atenção multidisciplinar e contínua, que compreenda a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação.

1.5. Contatos dos profissionais envolvidos

Deixamos a disposição os contatos das instituições e profissionais que compõe o GTCCP.

ACBG Brasil:

Associação de Câncer de Boca e Garganta	(48) 99999-3019	(48) 3207-3797	ola@acbgbrasil.org

Sociedades e seus profissionais envolvidos:

Sociedade	Nome	Cargo	Telefone	E-mail
ABFO - Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia	Mirella Dias	**Representante no GTCCP**	(48) 99624-8802	mirelladias.fisio@gmail.com
ABFO - Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia	Larissa Louise Campanholi	Diretora Científica	(42) 3026-5400/ (42) 99975-0705	larissalcm@yahoo.com.br abfo@abfo.org.br
ABO - Associação Brasileira de Odontologia	Marcelo Marcucci	**Representante no GTCCP**	(11) 98311-1000 / (11) 3884-2141	marcucci21@gmail.com
ABO - Associação Brasileira de Odontologia	Paulo Murilo Oliveira da Fontoura	Presidente	(21) 99994-7186	fontouramurilo@ig.com.br
ABO - Associação Brasileira de Odontologia	Jessycca Gladys	Analista de cominucação	(11) 5083-4000	comunicacao@abo.org.br
ABLV - Academia Brasileira de Laringologia e Voz	Jose Eduardo De Sá Pedroso	**Representante no GTCCP**	(11) 99126-5609	j.pedros.tln@terra.com.br
ABLV - Academia Brasileira de Laringologia e Voz	Gustavo Polacow Korn	Presidente	(11) 99967-9507	gustavokorn@uol.com.br
ABORL-CCF - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial	Jose Eduardo De Sá Pedroso	**Representante no GTCCP**	(11) 99126-5609	j.pedros.tln@terra.com.br
ABORL-CCF - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial	Carlos Roberto da Silva	Diretor Executivo	(11) 95266-1612	direx@aborlccf.org.br
ABORL-CCF - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial	Renato Batista	Depto. Academias/Especialidades	(11) 5053-7504	academias@aborlccf.org.br
ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos	Regina Ramos	Secretária	(11) 97504-0908	contato@paliativo.org.br
ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos	André Filipe Junqueira dos Santos	Presidente	(16) 98116-8009	afjsantos@gmail.com
ANCP - Academia Nacional de	Cecília Eugênio	**Representante no GTCCP**	(11) 98239-9618	cissaeugenio@yahoo.com.br

Cuidados Paliativos				
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social	Elaine Junger Pelaez	Conselheira Coordenadora da Comissão de Seguridade Social	(61) 3223-1652	cfess@cfess.org.br
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social	Erika Schreider	**Representante no GTCCP**	(21) 99622-6042	erikaschreider@gmail.com
CFP - Conselho Federal de Psicologia	Daniel Arruda Martins	Gerente de Relações Institucionais	(61) 99161-8422/ (61) 2109-0125	daniel.arruda@cfp.org.br relacoesinstitucionais@cfp.org.br
CFP - Conselho Federal de Psicologia	Wanderley de Paula Junior	**Representante no GTCCP**	(62) 98117-6026	wanderjr7@gmail.com
CREFITO 10º - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região	Mirella Dias	**Representante no GTCCP**	(48) 99624-8802	mirelladias.fisio@gmail.com
CREFITO 10º - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região	Fabiane Guimarães	Coordenadora Administrativa	(48) 3225-3329	crefito10@crefito10.org.br
CREFONO 3 - Conselho Regional de Fonoaudiologia da 3ª Região	Eriette Marie C. Silva	Assistente Administrativa	(41) 3016 - 8951	crefono3@crefono3.org.br
CREFONO 3 - Conselho Regional de Fonoaudiologia da 3ª Região	Josiane Borges	**Representante no GTCCP e Vice-presidente**	(48) 99981-0193	joacaborges@yahoo.com.br
SBC - Sociedade Brasileira de Cancerologia	José Getúlio Segalla	**Representante no GTCCP**	(14) 98121-9703	segalla@oncohemo.com.br
SBC - Sociedade Brasileira de Cancerologia	Ricardo César Pinto Antunes	Presidente	(11) 98244-2687	socancer@gmail.com
SBCCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Marco Aurelio Vamondes Kulcsar	**Representante no GTCCP**	(11) 99222-7604	marco.kulcsar@gmail.com
SBCCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Andréa De Martino	Secretária	(11) 3107-9529	sbccp@sbccp.org.br
SBCCP - Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Luis Eduardo Barbalho de Melo	Presidente	(84) 99982-8365	adui@uol.com.br

SBEO - Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica	Thays Acerbi Bernardino	**Representante no GTCCP**	(021) 97118-1218	thays.acerbi@gmail.com
SBEO - Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica	Raquel de Souza Ramos	Presidente	(21) 99272-0680	rramos@inca.gov.br sbeo@sbeonet.com.br
SBFa - Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Vanessa Morais	Administrativo	(11) 3873-4211	socfono@sbfa.org.br
SBFa - Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Maria Cecilia Bonini Trenche	Presidente	(11) 99627-7435	cecilia@trenche.com.br
SBFa - Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Ana Paula Lefévre Machado	**Representante no GTCCP**	(11) 99404-4036	analefevre@bol.com.br
SBOC - Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica	Aline Lauda Freitas Chaves	**Representante no GTCCP**	(31) 99991-7061	alinelauda@hotmail.com
SBOC - Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica	Renan Orsati Clara	Gerente Geral	(11) 94157-2081	renan.clara@sboc.org.br
SBOC - Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica	Cinthya Sternberg	Diretora Executiva	(11) 94251-8706	cinthya.sternberg@sboc.org.br
SBNO - Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica	Nivaldo Barroso de Pinho	**Presidente**	(21) 98743-1615	npinho@inca.gov.br
SBNO - Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica	Erika Simone Coelho Carvalho	**Representante no GTCCP e Coordenadora de Ensino/Docente/Sócio-fundadora da SBNO**	(31) 99978-2142	erika_simone@yahoo.com.br
SBPO - Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia	Juciléia Rezende Souza	**Vice-Presidente**	(61) 99145-1222	jujucileia@gmail.com
SBPO - Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia	Tatiana Bukstein	**Representante no GTCCP e Presidente**	(11) 98674-4218	tatiana_b_v@yahoo.com.br
SBRT - Sociedade Brasileira de Radioterapia	Felipe Quintino Kuhnen	**Representante no GTCCP e Conselheiro fiscal**	(48) 99931-9094	fkuhnen@gmail.com sbradioterapia@sbradioterapia.com.br
SOBEP - Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral	Rogério Gondak	**Representante no GTCCP**	(48) 99955-7666	rogeriogondak@yahoo.com.br
SOBEP - Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral	Manoela Domingues Martins	Presidente	(51)99960-8802	manomartins@gmail.com sobep@estomatologia.com.br

SOBEST - Associação Brasileira de Estomaterapia	Maria Angela Boccara de Paula	Presidente	(12) 99164-8112	boccaradepaula@gmail.com
SOBEST - Associação Brasileira de Estomaterapia	Adriane Aparecida Costa Faresin	**Representante no GTCCP e Departamento de Comunicação e Marketing**	(11)98214-4854	adriane.faresin@gmail.com

Outros profissionais envolvidos profissionais envolvidos:

Nome	Especialidade	Instituição	Telefone	E-mail
Ana Maria Bezerra de Araujo	Fonoaudióloga	Hospital do Câncer de Pernambuco	(81) 99689-4768	anafonousp@hotmail.com
Anderson N. Winckler Colatto	Biomédico / Facilitador	AC Bio Consultoria	(61) 98530-5600	acbioconsultoria@gmail.com
Andressa Silva de Freitas	Fonoaudióloga	INCA	(21) 99501-8399	andressa.freitas@inca.gov.br
Camila Barbosa Barcelos	Fonoaudióloga	AC Camargo	(11) 99837-9201	cabbarcelos@yahoo.com.br
Cleumara Kossmann	Odontóloga / Pretesista Bucomaxilofacil		(48) 99900-1595	cleumarak@gmail.com
Cristina Lemos Barbosa Furia	Fonoaudióloga	Hospital Universitário de Brasília	(61) 98383-7753	furiacristina@gmail.com
Eliane Cristina Viana Revoredo	Odontóloga / Pretesista Bucomaxilofacil	Hospital do Câncer de Pernambuco	(81) 99515-3456	elianerevoredo@yahoo.com.br
Felipe Santa Rosa Roitberg	Oncologista	Sírio Libanês e ICESP	(11) 99325-9553	feliperoit@yahoo.com.br
Hilton Marcos Alvez Ricz	Cirurgião de Cabeça e Pescoço	USP-RB	(16) 99715-8452	hricz@fmrp.usp.br
Juliana Carla Gabriel Monteiro	Fonoaudióloga	Hospital Araújo Jorge	(62) 99281-5561	julianacarlafono@gmail.com
Lauanda Barbosa dos Santos	Fonoaudióloga	CEPON/SC	(48) 99123-3887	lauandabsantos@gmail.com
Lílian Neto Aguiar Ricz	Fonoaudióloga	USP-RB	(16) 99761-8616	liricz@fmrp.usp.br
Liliane Janete Grando	Odontóloga	UFSC	(48) 99971-6864	lilianejgrando@gmail.com
Luciana Dall Agnol Siqueira Slobodticov	Fonoaudióloga	AC Camargo	(11) 97473-8354	ludallagnol@yahoo.com.br
Luciara Giacobe	Fonoaudióloga	Hospital Regional do Oeste	(49) 99929-9928	lgiacobe@gmail.com
Luciano Rodrigues Neves	Otorrinolaringologista	UNIFESP-EPM	(11) 98146-7153	lucianorneves@gmail.com

Márcio José da Silva Moreira	Fonoaudiólogo	UFF	(21) 98101-1025	marciomoreira@id.uff.br
Maria Alice R.Cavalcanti	Fonoaudióloga	Liga Contra o Câncer	(84) 99898-6911	fono@liga.org.br
Mariana Minamisako	Odontóloga	CEPON/SC	(48) 99975-2286	maminamisako@yahoo.com.br
Paulo Marcelo Rodrigues	Radioterapeuta	CEPON/SC	(48) 99676-0504	rodriguespaulomarcelo@gmail.com
Renato de Castro Capuzzo	Cirurgião de Cabeça e Pescoço	Hospital de Amor (Hospital de Câncer de Barretos)	(11) 99277-3812	renatocapuzzo@gmail.com
Sandro Martis	Oncologista	Hospital Universitário de Brasília	(61) 99178-2991	sandro.martins@saude.gov.br
Tadeu Paiva Jr.	Oncologista	CEPON/SC	(48) 99695-7677	tadeufpaivajr@hotmail.com
Vaneli de Cassia C.Rossi	Fonoaudióloga	Hospital das Clinicas de Campinas	(19) 99208-4588	vanelicolombo@gmail.com
Vivian Lisboa de Lucena Farias	Fonoaudióloga	Hospital Napoleão Laureano	(83) 98845-8018	vivianlucena@hotmail.com

2. Introdução

O carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço (CECP) é um conjunto de neoplasias malignas de diferentes localizações: cavidade oral, lábio, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, laringe, seios da face, glândulas salivares, tireoide, carcinoma de fossa nasal e primário desconhecido com metástase em LN cervical.

Importante ressaltar que representa um dos tumores mais comuns no Brasil, sendo que o carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço é o terceiro tumor mais frequente nos homens e o cancer de tireoide é o 5º mais frequente nas mulheres. CitCavidade oral nos homens cavidade oral 5º mais frequente e laringe 8º mais frequente, segundo INCA 2018 e se configura como uma das principais causas de morbidade e mortalidade por neoplasia maligna no Brasil, pois a maioria dos casos é diagnosticada em fases tardias [1,2], 70 a 80% dos casos é diagnosticada em estádios avançados, III e IV.

Concordamos em descrever sítios da cabeça e pescoço e especificar a magnitude de incidencia e sua relacao com os fatores de risco.

O uso problemático de tabaco é o mais importante fator de risco para esse grupo de doenças, com risco atribuível de 50% em estudos prospectivos longitudinais[3]. Sugerimos alteração pois não entendemos risco atribuível 50%. Se for prevalência de uso problemático de tabaco na população chega a 80-90% em estudos nacionais. Se for risco relativo não chega a 50 isoladamente. Chega até 40 quando associado a carga elevada de álcool.

Embora as taxas de fumantes estejam diminuindo no País, elas permanecem elevadas entre indivíduos que são também os mais afetados pelo CECP - os estratos menos educados e mais pobres da população em geral[4,5]. Depois do uso problemático de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas é o comportamento mais associado ao risco para CECP, quer em termos de quantidade quer em termos de duração. Importa notar que a magnitude do risco devido à interação entre o uso problemático de álcool e tabaco sugere efeito supra-aditivo, sendo os riscos maiores observados entre indivíduos com alto consumo simultâneo de álcool e de tabaco[6,7].

Informações de Registros de Câncer de Base Populacional e de Registros Hospitalares de Câncer dão conta que o CECP no Brasil é mais comum entre homens, com idade entre 40 e 69 anos, tabagistas ou etilistas. No período de 2000 a 2008, os sítios de doença mais comuns foram a cavidade oral (46,9%), laringe (23,3%) e orofaringe (18,5%), com doença diagnosticada predominantemente em estágios avançados[8].

Um estudo observacional transversal sobre as características demográficas, clínicas e patológicas de pacientes com CECP em São Paulo (projeto GENCAPO) revelou que essa doença apresentava com maior frequência invasão linfonodal ao diagnóstico entre tabagistas e etilistas do que naqueles que não referiam um destes vícios, sendo essa diferença mais

preponderante entre usuários e não usuários de bebida alcoólica. Os fumantes e não etilistas foram os mais afetados por câncer de laringe do que os outros grupos, enquanto entre não fumantes e não etilistas a doença acometia mais comumente mulheres idosas de etnia caucasiana[9]. Sugere-se parágrafo específico sobre o fato do HPV (sobretudo genotipos 16/18 ser reconhecido como fator de risco para o desenvolvimento de carcinomas não queratinizantes de orofaringe e laringe e que a ASCO se posicionou claramente sobre esse cenário em termos etiológicos, diagnósticos e prognósticos: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.18.00684

Adicionalmente, é oportuno mencionar que o número de casos de CECP aumentou nos últimos 20 anos em pacientes jovens (menos de 40 anos de idade), sendo que nem todos os casos estão associados ao HPV.

O CEC de orofaringe HPV relacionado figura como o mais crescente fator de risco nos EUA e merece destaque para ressaltar a investigação e valorização de sintomas em população jovem e não tabagista, os quais de outra forma teriam diagnostico negligenciado- sugiro inserçãoo ainda que sucinta do HPV em conjunto com uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas.

Além do uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas, outros fatores de risco para o CECP incluem:

a) dieta alimentar pobre em frutas cítricas, vegetais, tomates, ácidos graxos poli-insaturados N3 (peixes marinhos e azeite de oliva) e ingesta excessiva de carnes vermelhas, carnes processadas e frituras [10-12];

c) doença do refluxo gastroesofágico, fator de risco para os cânceres de faringe e laring[15];

d) comportamento sexual, havendo evidência de relação direta entre o risco para CECP e coitarca precoce, multiplicidade de parceiros e prática de sexo oral[16]; e

e) infecções por variantes oncogênicas do papilomavírus humano (HPV tipos 16 e 18), asssociadas a ocorrência dos cânceres de, orofaringe e laringe[17-19]. Para fins da diretriz deixaria pesquisa de HPV somente para CECP associado com orofaringe, conforme literatura.Pedimos que considere a escrita sobre pesquisa para HPV conforme descrita em tópico pertinente mais abaixo e revisasse duplicidades de conteúdo no texto.

Há evidências de suscetibilidade genética aos CECP, mas nenhum método de rastreamento citogenético ou molecular encontra-se validado para uso clínico [20, 21].

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Colocação de todos os itens de triagem pré diagnóstico. Verificar a necessidadede colocar Epstein bar para ca nasofaringe, escrevemos EBV

abaixo em item pertinente. Pesquisa não é obrigatória, mas contribui para dados epidemiológicos. Cara e sem mudança em conduta ou estadiamento.

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) pode ser tratado com cirurgia, radioterapia, tratamento sistêmico ou uma combinação dos mesmos. A toxicidade e possíveis comprometimentos advindos desses tratamentos pode contribuir para um aumento significativo no número de morbidades vivenciadas e prejudicar tanto a qualidade de vida relacionada à saúde quanto a qualidade de vida geral dos pacientes. Dentre os principais efeitos colaterais associados a quimioterapia e radioterapia estão mucosite, dor, xerostomia, disgeusia, disfagia, disfonia, insuficiência renal, trismo, fibrose cervical, perda permanente da voz natural, defeitos anatômicos com necessidade de próteses e náusea, levando a uma diminuição do apetite, perda de peso, desnutrição e desidratação. Os efeitos adversos induzidos pela radiação podem potencialmente resultar em prejuízos funcionais e estruturais de longo prazo. Da mesma forma, o manejo cirúrgico do CCP avançado pode levar a problemas funcionais e estruturais, bem como desfiguração estética. Não surpreendentemente, o diagnóstico de CCP e os tratamentos associados podem causar sofrimento mental sendo elevada a incidência de transtorno de ajustamento, ansiedade e depressão tanto durante como após o tratamento.

Portanto, é essencial que os pacientes submetidos a tratamentos tão complexos e invasivos sejam assistidos por multiprofissional de especialistas experientes e tenham acesso a um plano terapêutico abrangente de suporte para minimizar o impacto emocional prevenir ou tratar os efeitos adversos, favorecer a manutenção da melhor qualidade de vida possível durnate e após o término do tratamento e evitar ou limitar as sequelas a longo prazo.

O tratamento do câncer da boca é essencialmente interdisciplinar, envolvendo grande variedade de especialistas como médicos (cirurgiões, especialistas em Equipe multiprofissional de radioterapia e oncologistas clínicos), cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas. Evidentemente, o tratamento é tanto mais complexo quanto mais avançado se apresentar o tumor. Os doentes portadores de tumores em fase inicial serão submetidos a tratamentos mais eficazes, associados a menos seqüelas estéticas e funcionais e menos onerosos (CERNEA, 1993; DURAZZO, 1997; SHAH, 1999; MEDINA, 1999). Tal consideração reforça, mais uma vez, a urgência do diagnóstico precoce medidas de promoçãoo da saúde e prevenção.

Como se faz necessário o somatório de expertises de vários especialistas para que seja ofertada uma assistência integral aos pacientes, alguns desafios deverão ser transpostos para se, fornecer um plano coordenado de assistência "interdisciplinar" Para tal, um time multiprofissional deve ser constituído e capacitado para a assistência ao paciente portador do CCP, tanto para ofertar o melhor tratamento quanto para propiciar suporte adequado às necessidades que cada paciente vier apresentar ao longo do tempo.

(Talvez fazer de forma simplificada. Não citando as especialidades, pois podemos correr o risco de não citar algum profissional que poderá agregar valor a essa equipe.)

Equipe multidisciplinar sugerida para centros de tratamento de CCP:
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Otorrinolaringologista
Oncologista
Radioncologista
Radiologista
Cirurgião Plástico
Patologista
Nutricionista
Cirurgião-dentista
Cuidados Paliativos
Enfermeiro
Assistente social
Psicólogo
Psiquiatra
Fonoaudiologo
Fisioterapeutas
Terapeuta Ocupacional

Para elaboração desta seção, sugerimos a utilização da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como base.

3. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)

C00 Neoplasia maligna do lábio;
C01 Neoplasia maligna da base da língua;
C02 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua;
C03 Neoplasia maligna da gengiva;
C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca;
C05 Neoplasia maligna do palato;
C06 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca;
C09 Neoplasia maligna da amígdala;
C10 Neoplasia maligna da orofaringe;
C11 Neoplasia maligna da nasofaringe;
C12 Neoplasia maligna do seio piriforme;
C13 Neoplasia maligna da hipofaringe;
C14 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe;
C32 Neoplasia maligna da laringe.

Incluir na lista CID 10 C07, C08 e C77.0 (primário desconhecido com meta em pescoço)

Sugerimos manter o CID 10. Apesar do CID C11 já ter sido apresentado ele so entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022.

Dado que nao está amplamente utilizada, pode gerar dificuldade para inclusão de sitio anatomico, o que sabemos gerar subnotificacao ou sítios errados pelos colegas.

Citar o CID 11, como recente e avalia-lo conforme opção institucional.

4. O câncer de cabeça e pescoço

(Criar textos contendo Dados Epidemiológicos sobre os diversos tipos de Câncer de Cabeça e Pescoço)

Neste item que entra o histórico da doença. Estando presente toda a base teórica para o restante. Começaria descrevendo as porcentagens que cânceres de cebeça e pescoço representam entre os cânceres no Brasil e outras informações relevantes.

Acreditamos que esta seção introdutória devesse constar logo no início em uma só parte da seção 02:- Epidemiologia Brasileira (incidência, distribuição por estádio ao diagnóstico, relação de incidência mortalidade) - Fatores de Risco

Ref:Fontes/Referencias:

INCA 2018-2019

Online at:http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/Cancer Statistics 2019

CA CANCER J CLIN 2019;0:1–28Online at: cacancerjournal.com

5. Fatores determinantes para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reconstrução e reabilitação de pacientes de câncer de cabeça e pescoço em cada um dos níveis de atenção.

Sugerimos a adoção de um texto mais prático, como um apanhado geral falando de: qual foco em cada nível; quais as mudanças/adaptações necessárias em cada nível; quais os papéis de cada profissional em cada nível.

Sugerimos pontuar e fortalecer visão de cada nível de atenção e profissionais envolvidos.

Ressaltar capacitação permanente dos envolvidos em níbel primário de atençao: Ex: via Agentes comunitários de saúde/PSF, odontólogos, enfim

Aqui carece a discussão sobre "caso índice" a partir da suspeita diagnóstica (red flag), a fim de integrar os níveis de atenção, do contrário esse paciente só entra no sistema quando tiver a biópsia e se perde at;e que chegue com diagnóstico tardio.

Para elaboração desta seção, sugerimos a utilização da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como base. Queremos descrever as principais mudanças que a revisão da portaria nº516 propõe em todos os níveis de atenção.

Acreditamos que este momento de revisão seja ideal para trabalhar o texto e que cada sociedade possa expor a sua visão de mudanças nos níveis de atenção à saúde, focado em CCP.

Níveis de Atenção

"Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde)." (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010)

5.1. Atenção Primária

5.2. Atenção Secundária

5.3. Atenção Terciária

6. Promoção

Este item está contemplado, mas não foi prioridade neste encontro, pois estas ações estão previstas em outras Diretrizes ou Programas do MS. O texto previsto para esta seção deverá ser baseado na Política Nacional de Promoção da Saúde, porém, deverá ser especificamente focada em câncer de cabeça e pescoço. Acreditamos que este momento de revisão seja ideal que cada sociedade possa expor a sua visão de promoção focado em câncer de cabeça e pescoço.

A ser revisado parte das diretrizes da PNAPS 2010 e Plano de ações estratégicas para enfrentamento de Doenças Crônicas nao transmissveis 2010 ainda essa semana -para evitarmos duplicidade e nos colocarmos de forma concisa, possivelmente nos referenciando a elas Ref: --> páginas 29 a 37

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf (pág 29 a 37 – politica de combate ao álcool, tabagismo, alimentação saudável e redução deagravos) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Texto retirado da portaria nº687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

6.1 Objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

6.2 Objetivos específicos:

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

II – Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade." (Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006, p.17-18)

6.3 Ações específicas para a Promoção da Saúde para câncer de cabeça e pescoço:

- ✓ Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde
- ✓ Exposição ao sol.
- ✓ Alimentação saudável
- ✓ Prática corporal/atividade física
- ✓ Prevenção e controle do uso problemático de tabaco
- ✓ Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

Tais itens estão expressos como tópicos da politica nacional de promoção da saúde 2010, tal como foi sugerido no comentário anterior. Não o desenvolveria mais e manteria desta forma a fim de não tornar o documento ainda maior ou repetir algo já expresso

Novamente, segue a referencia para conferir (paginas 29 a 37)

Nesta referência tem um parágrafo sobre essa lista acima: Brendim MP. A contribuição do recurso audiovisual na educação em prevenção e colaboração para a detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço para acadêmicos de Fonoaudiologia. Rev Bras Ed Med 2009; 33(4): 676

Atuação do Nutricionista na promoção à saúde com foco em câncer de cabeça e pescoço.

O Nutricionista deve gerar informação sobre os riscos e estimular mudança de estilo de vida que são considerados como fatores de risco: fumar, mascar tabaco, cheirar rapé, sedentarismo e exposição ao amianto por trabalhadores.

Na alimentação promover hábitos alimentares saudáveis, considerando que o risco se torna elevado quando há:

- consumo de bebidas alcoólicas,
- sobrepeso ou obesidade,
- consumo excessivo de: carne vermelha, carne processada, peixe salgado; vegetais em conserva, ultraprocessados e bebidas com a temperatura da água muito quente, como no chimarrão.

Com hábitos alimentares saudáveis se pode diminuir o risco de desenvolver câncer de cabeça e pescoço:

- consumir mais vegetais sem amido, como frutas e hortaliças, em torno de 400 gramas por dia, e
- estimular consumo de alimentos de fonte natural, da época, de preferência orgânicos, produzidos na região de moradia; incentivando a agricultura familiar, tendo como objetivo principal uma alimentação adequada.

7. Prevenção

Os tumores Malignos de Cabeça e Pescoço abrangem um grupo extremamente heterogêneo e complexo, tendo em vista as diversas regiões da sua manifestação clínica e história natural, com alta morbidade. Neste sentido, a sua abordagem é multiprofissional e interdisciplinar, buscando a sobrevida (mesmo nos casos avançados) e principalmente a Qualidade de Vida, na preservação anatomo-funcional e estética. A nova visão bio-molecular da carcinogênese e das recentes estratégias terapêuticas abriram espaço também para a prevenção primária, da detecção e principalmente do diagnóstico precoce.

A sua etiologia é multipla, com fatores genéticos somados a fatores ambientais e estilo de vida não saudáveis. O principal fator de risco para o seu desenvolvimento é o uso problemático de tabaco, que associado ao uso problemático de álcool potencializa e sinergisa a sua eclosão. O tabaco apresenta cerca de 4.700 substâncias na sua composição, sendo que 60 são consideradas cancerígenas, por excelência Outros fatores podem estar na somatória de riscos, como infecções virais, como o virus de Epstein-Barr (câncer nasofaringe). Há, também, o Papiloma vírus humano (tumores do orofaringe/língua) e ovírus Herpes I (lábio). Temos, também, inúmeros fatores carcinogênicos ambientais, tendo como exemplo os raios UV por exposição solar, de forma inadvetida e sem proteção específica.

Além disso, pode haver a associação com outros fatores, como a Sídrome de Plummmer-Vinson, por sua estenose na transição entre o hipofaringe e o esôfago, com deficit de ferro, que eventualmente e principalmente em pacientes do sexo feminino, pode evoluir para um tumor regional.

As lesões pré-maligas de mucos como leucoplasias, eritroplasias, hiperplasiase e a displasia devem ser precocemente abordadas, pelo seu alto grau de transformação. Assim, tendo em vista que o acesso a estas regiões é relativamente facilitado, deve-se discutir e questionar, o por quê que os tumores da região chegam ao especialista, de forma avançada. O despreparo profissional médico-odontológico associado ao desconhecimento leigo, em geral, são, infelizmente, os caminhos ainda a trilhar na incidência do câncer de cabeça e pescoço, na nossa sociedade.

Baseado na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013)

Constituem-se princípios das diretrizes para a Prevenção e Controle do Câncer de Cabeça e Pescoço:

I – reconhecer o câncer de cabeça e pescoço como doença crônica prevenível na maioria dos casos e com necessidade de oferta de cuidado integral;

II - formar profissionais e promover educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado em relação aos tumores de cabeça e pescoço;

IV – estimular as sociedades, associações, profissionais de saúde e instituições para a realização de medidas de prevenção do câncer de cabeça e pescoço;

V - incorporar o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer de cabeça e pescoço;

VI - prevenir a iniciação: do uso problemático de tabaco e álcool, e do consumo de alimentos não saudáveis;

VII – implementar medidas de combate ao uso problemático de tabaco (sugiro chamar atenção para o uso do narguilé de alguma maneira), ao uso do álcool e ao consumo de alimentos não saudáveis; (há projeto de lei para prazo de até 30 dias entre a suspeita e a confirmação. Caso não haja aprovação, a recomendação empírica perde sentido e pouco agrega de forma pratica, caso não haja substrato cientifico robusto que embase um numero especifico. De toda forma, sugerimos descrever a importância do prao para o diagnostico precoce em modficar o prognostico de CECP.)

VII - implementar ações de detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço;

VII – garantir a confirmação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer em tempo hábil para tratamento precoce;

VIII – implementar campanhas preventivas e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer de cabeça e pescoço;

IX – esclarecer a população e profissionais da saúde sobre a prevenção da transmissão do HPV e sua relação com câncer de cabeça e pescoço;

X – informar e promover hábitos de higienização oral adequados, relacionando a má saúde bucal com surgimento do câncer de cabeça e pescoço.

As ações supracitadas visam reduzir a vulnerabilidade e risco à saúde da população, promovendo o engajamento efetivo das equipes transdisciplinares de saúde no processo de prevenção e diagnóstico precoce do CCP.

7.1 Objetivo geral:

Estabelecer Estratégias de conscientização, controle dos fatores de risco e medidas de detecção precoce do CCP.

7.1.1 Ação específica

- Controles de Fatores de Risco: Incentivar atendimentos especializados nos centros de tratamento e UPAs para promover cessação do uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas. (Unidades Educacionais)
- Dar publicidade e esclarecer a população sobre os fatores de risco. Orientação sobre os sinais e sintomas de suspeição.
- Estimular a realização de Mutirão de prevenção/diagnóstico precoce (odontólogo, otorrinolaringologista, cirurgião de cabeça e pescoço e fonoaudiólogo). profissionais da área de saúde + Campanhas da Voz e Deglutição, autoexame na prevenção do CCP.
- Divulgação dos riscos do CCP nas embalagens de bebidas alcoólicas assim como nas embalagens de cigarros.
- Realizar avaliação da saúde bucal para rastreio de cancer de boca-orofaringe nos pacientes de maior risco – por exemplo: em caminhoneiros, operários de fábricas têxteis, automobilísticas, ceramistas, calçadistas, fertilizantes, amianto, cimento e outros trabalhadores braçais que manuseiem, e/ou entrem em contato com substâncias tóxicas. (sindicatos).

7.2 Prevenção primária

(Está repetitivo com a parte anterior, sugerimos fundir as duas)

Identificar na população os fatores de risco que contribuem para o processo de desenvolvimento do câncer, são fundamentais para a prevenção a manutenção da saúde, fatores intrínsecos e extrínsecos fazem parte do processo e são de fundamental importância neste processo. (INCA,2008)

Dos fatores intrínsecos relacionados ao câncer de cabeça e pescoço podemos destacar: Uso do tabaco, alimentação inadequada, radiação ultravioleta, uso de álcool, nível socioeconômico, poluição ambiental, hereditariedade, sexo. (american câncer Society, 2006)

O aparecimento de rouquidão, dor a deglutição acompanhados com a alteração da qualidade da voz, disfagia leve e sensação de “caroço” na garganta e nódulos no pescoço pode ser indicativos de câncer de laringe

Combate aos fatores de risco relacionados ao câncer de cabeça e pescoço: uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas e HPV – desenvolver o tema

Fortalecer políticas públicas nacionais anti-tabagismo, anti-etilismo, comportamento sexual

Aspectos de fragilidade relacionados ao grupo anti-tabagismo: adesão, abrangência, divulgação ao público leigo e atores envolvidos em cuidado

Fortalecer política públicas, estratégias de divulgação ao público leigo e atores envolvidos, capacitação da rede para diagnóstico precoce da UBS PSF

(agente de saúde, dentista, médico de família, enfermeiro e nutricionista), facilitação de acesso, vacinação HPV, educação da população

7.3 Prevenção secundária

(Está repetitivo com a parte anterior, sugerimos fundir as duas)

Rastreamento de população de risco, com posterior monitorização de navegação de paciente que teve necessidade de realização de biópsia pela rede.

Revisão de critérios de priorização dos protocolos do SISREG conforme sinais e sintomas relacionados a diagnóstico de câncer da cabeça e pescoço: rouquidão mais de 2 semanas, odinofagia por mais de 2 semanas, nódulo cervical mais de 2 semanas e lesão oral (ulceração mais de 15 dias não responsiva ao tratamento (buscar na INCA, SBCCP e diretriz da política nacional 2015 pág 12 item 5)

Baseado nos critérios de priorização, privilegiar acesso a rede diagnóstica diferenciada para realização de diagnóstico anatamo-patológico. (conforme parágrafo DIAGNÓSTICO)

Discutir além do acesso a importância da realização da biópsia, também recomendação de um tempo máximo (por exemplo 15 dias a partir do recebimento do material) para o laboratório dar o resultado. Muitos locais do SUS, além da dificuldade em se fazer a biópsia, os laboratórios demoram para dar o resultado, atrasando ainda mais o processo.

Acredito que valha a pena acessar o Dr Clovis Klock, presidente da SBP para opinar quanto recomendações de prazo, se existem e se deveriam constar.

"Os principais sintomas do câncer de boca são lesões na cavidade oral ou nos lábios que não cicatrizam no prazo de 15 dias; manchas ou placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengiva, céu da boca e bochecha; nódulos no pescoço; e rouquidão persistente. Nos estágios mais avançados da doença, o paciente apresenta dificuldade para mastigar, engolir e para falar; e sensação de que há algo preso na garganta." INCA

Utilizar recursos como telemedicina para educação e treinamento dos profissionais envolvidos

<u>Atuação do Nutricionista na prevenção ao câncer de cabeça e pescoço.</u>

Na prática clínica o Nutricionista deve considerar como fatores de risco para câncer de cabeça e pescoço e orientar alteração no estilo de vida do indivíduo que possui hábito de fumar, mascar tabaco.

Na nutrição identificar fatores considerados de risco e orientar mudança de estilo de vida:

• ingestão frequente de bebida alcóolica (mais de 2 doses por dia para homens e 1 dose por dia para mulheres, sendo que 1 dose equivale a 10 a 15 gramas de etanol),

• sobrepeso ou obesidade,

• consumo excessivo de: carne vermelha, carne processada, peixe salgado; vegetais em conserva, ultraprocessados e bebidas com a temperatura da água muito quente, como no chimarrão.

Com hábitos alimentares saudáveis se pode diminuir o risco de desenvolver câncer de cabeça e pescoço:

• consumir mais vegetais sem amido, como frutas e hortaliças, em torno de 400 gramas por dia, e

• estimular consumo de alimentos de fonte natural, da época, de preferência orgânicos, produzidos na região de moradia; incentivando a agricultura familiar, tendo como objetivo principal uma alimentação adequada.

Sabemos que os profissionais como o de odontologia, otorrinolaringologia, enfermagem, fisioterapia e fonoaúdiologia, tem um contato mais próximo com potenciais pacientes de câncer de cabeça e pescoço. Talvez eles possam ter orientações específicas para prevenção de câncer de cabeça e pescoço? Quais sinais, sintomas e queixas devem ser observadas? Quais técnicas, exames, procedimentos e protocolos podem ser seguidos para identificação precoce do câncer de cabeça e pescoço? Quais são os encaminhamentos nos casos de suspeita de câncer de cabeça e pescoço?

Orientações com relação á prevenção, fatores de risco ou criterios de suspeição nao variam conforme a especialidade e devem ser focados à despeito disso, especialmene se focarmos em generalistas, sejam agentes comunitários, odontologos, medicos generalistas.

A efetividade de diagnostico e fluxo de paciente na rede depnde de crite'rios claros de "red flag", "suspeição elevada", a ser tratada como caso suspeito e de forma diferenciada na hierarquização da rede - navegação do paciente na rede de saúde.

8. Diagnóstico e Estadiamento

A triagem do diagnóstico pode ser realizado por todos os indivíduos pertencentes a equipe da atenção básica (agente de saúde, enfermagem, fonoaudiólogo, nutricionista, médico e odontologia) e o diagnostico final confirmado por biopsia. Estipulando protocolos de atendimento para a equipe multiprofissional.

Na fase inicial a doença de cavidade oral e orofaringe é geralmente oligossintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce, sendo de extrema importância o exame clínico da cavidade oral em pacientes tabagistas, etilistas ou com má saúde bucal[22].

Na fase inicial dos tumores de cavidade oral, sintomas incluem dor, úlceras que não cicatrizam. Leucoplasias e eritroplasias Carcinomas da orofaringe, hipofaringe e laringe não costumam produzir sintomas iniciais e são usualmente diagnosticados em estágios avançados. Sintomas podem incluir dor de garganta, disfagia, alteração da fala, disgeusia, disfonia e otalgia unilateral[22-24].

Tumores da cavidade nasal e seios paranasais causam sinusites e obstrução unilateral das narinas. Em fases mais avançadas, provocam epistaxe, edema facial, dor, refluxo nasal do alimento, alteração da voz e da fala, exoftalmo ou perda dos molares. Os estágios avançados dos CECP cursam com dor, otalgia, obstrução de via aérea, neuropatia, trismo, disfagia, odinofagia, mobilidade da língua reduzida, alteração de voz e de fala, fistulas, sintomas oculares e linfonodomegalia cervical[22-24]. rouquidão, alterações na deglutição.

Acreditamos que todo esse parágrafo está repetitivo com a parte abaixo, que esta melhor escrita.

Os principais sintomas de câncer de cabeça e pescoço são: dor em região de cabeça e pescoço; úlcera oral; odinofagia; disfonia; disfagia; obstrução nasal; otalgia unilateral; trismo; epistaxe; edema facial; nódulo cervical; paralisia facial; alteração da mobilidade da língua; perdas dentárias.

Os sintomas precoces acontecem principalmente na laringe, sendo a rouquidão o mais comum. Na rinofaringe, assim como, nos seios da face, os sintomas aparecem tardiamente.

Deve-se suspeitar da doença quando os sintomas persistirem por mais de 2 semanas, sendo progressivos, principalmente na população com fatores de risco. Os pacientes podem evoluir com: febre, inapetência e perda de peso involuntária.

O exame clínico se inicia com a otoscopia, rinoscopia anterior, oroscopia e palpação cervical, seguidos de laringoscopia indireta ou nasofibrolaringoscopia e/ou telelaringoscopia. Para complementar a avaliação do trato aerodisgestório superior podem ser realizados endoscopia digestiva alta e broncoscopia.

Como exames complementares de imagem podem ser realizados: ultrassom cervical, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).

Os nódulos cervicais suspeitos devem ser submetidos à punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e as lesões orais ou laringofaríngeas à biópsia.

O diagnóstico do CECP se faz pelo exame clínico com oroscopia, com nasoscopia e laringoscopia e biópsia tumoral, por profissional capacitado. Na ausência de tumor primário visível, indica-se punção aspirativa por agulha fina ou biópsia de quaisquer massas cervicais, seguido de novo exame locorregional sob anestesia e biópsias adicionais, se necessário[25,26]. Pacientes com neoplasia maligna confirmada devem ser submetidos à avaliação da extensão da doença por meio de método de imagem seccional (tomografia computadorizada (tc) ou ressonância magnética (rm) de pescoço) do sitio primário assim como as principais zonas de drenagem pescoço e tórax e também deve-se agregar o método seccional associado ao funcional biológico (pet nos casos de primário desconhecido e de tumores de nasofaringe como a principal indicação, com uso de contraste, e radiografia de tórax[25].

Sugerimos incluir no texto itens que o radiologista deve citar, como presença de extravasamento extra-nodal dado rlevancia e importância prognostica e de conduta.

Se formos falar de PET – tem que ter um paragrafo com recomendaco especifica e embasado dado que não é incorporado pela CONITEC e tem indicações restritas pra CECP pela ANS.

***A portaria do MS de 2014 dispoe do uso de PET-CT para 04 indicações oncologicas, não incluido CCP.

*** A ANS dispoe do uso de PET-CT em CCP nas seguintes condições:

- "portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:

a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;

b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor."

Pactuar na rede as unidades (não necessariamente as unidades de tratamento de câncer: centro de especialidades e unidades capacitadas conforme treinamento nomeados) e os profissionais responsáveis (odontólogos, otorrino e CCP) pelo diagnóstico. Locais adequados para diagnostico devem ter estruturas necessárias: material apropriado para biópsia que será enviado para

laboratório de referencia anatomo-patológico (coordenado previamente) respeitando-se o limite de 30 dias (conforme sugestão de proposta de lei), uma vez identificada a suspeita.

A lei (que já é estabelecida) dos 60 dias é para início do tratamento após a confirmação do diagnóstico.

Há também uma proposta de lei para realizar a biópsia em até 30 dias naqueles com suspeita de câncer, contudo não aprovada.

Sugerimos que no texto se indique a necessidade de treinamento adequado das equipes de atenção primaria e atividades educacionais que reforcem a identificação dos sinais de alarme para CECP, com finalidade de se referenciar ao paciente para o diagnóstico definitivo de CECP com a maior prioridade possível.

Colocar o prazo arbitrariamente, fora de um projeto de lei não nos pareceu adequado para esse formato de documento que será apresentado ao MS/CONITEC.

Discutimos a lei dos 60 dias e o grupo de trabalho entendeu que um importante desafio trata-se do tempo entre detecção de um caso suspeito e realização da biópsia, o que pode durar meses. Desta forma, o número 30 dias ficou como uma proposição do grupo dentre de uma proposta de diretriz

Acho difícil propor mudança de uma lei na diretriz. Ate porque 60 dias já é difícil dentro da realidade nacional.

Os pacientes com neoplasia maligna confirmada devem ser encaminhados para as unidades de tratamento pactuadas na rede e para serem submetidos à consulta com médico especialista para a realização do estadiamento: avaliação da extensão da doença deve ser realizada por meio de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) de pescoço, com uso de contraste, e radiografia de tórax [25]. Indicações para Tc tórax no estadiamento: N2b, N2c, N3

A tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT) não é obrigatório na avaliação inicial de doentes com CECP na prática clínica, porém quando disponível deve ser realizado em casos conforme protocolo (primário oculto, metástases sem exames esclarecedores) SEGUIR REF ANS. Pet não indicado para seguimento.

Considerando a elevada incidência de 2ª neoplasia primaria de trato aerodigestivo da ordem de 14%, a indicação de exames endoscópicos adicionais (endoscopia digestiva alta e broncoscopia) não é obrigatória, contudo deve ser realizada em pacientes com sintomas sugestivos de acometimento adicional do trato aerodigestivo ou conforme protocolo assistencial institucional [33,34].

A endoscopia digestiva alta tem que fazer parte do estadiamento devido ao 2º tumor primario em esofago que pode ocorrer entre 10-30% conforme xxxx. mas a broncoscopia não é necessaria devido a tc de torax.

Atuação do Nutricionista pode auxiliar no diagnóstico precoce do câncer de cabeça e pescoço:

Durante a consulta nutricional, avaliar o indivíduo pela anamnese nutricional pormenorizada e realizar encaminhamento imediato para avaliação médica sempre que houver queixa superior a 15 dias:

- Cavidade Oral: Mancha branca ou vermelha na gengiva, língua ou no revestimento da boca; inchaço da mandíbula tornando as dentaduras desconfortáveis, e hemorragias ou dor na boca.
- Faringe: Dificuldade para respirar ou falar, dor ao engolir, dor no pescoço ou garganta que não cessa, dores de cabeça frequentes, dor ou zumbido nos ouvidos ou problemas de audição.
- Laringe: Dor ao engolir ou dor de ouvido.
- Seios Paranasais e Cavidade Nasal: Seios paranasais obstruídos, infecções crônicas que não respondem ao tratamento com antibióticos, sangramento pelo nariz, dores de cabeça frequentes, inchaço nos olhos, dor nos dentes superiores ou problemas com as próteses dentárias.
- Glândulas Salivares: Inchaço sob o queixo ou ao redor do osso maxilar, dormência ou paralisia dos músculos da face, dor na face, queixo ou pescoço que não melhora.

Um dos maiores desafios do combate ao câncer de cabeça e pescoço é o diagnóstico precoce. Sabemos que a triagem do diagnóstico pode ser realizada por todos os indivíduos pertencentes a equipe da atenção básica e que esta oportunidade não tem sido aproveitada nessas unidades. Talvez o texto deve conter orientações mais claras a esses profissionais? Quais sinais, sintomas e queixas devem ser observadas? Quais técnicas, exames, procedimentos e protocolos podem ser seguidos para identificação precoce do câncer de cabeça e pescoço? Quais são os encaminhamentos nos casos de suspeita de câncer de cabeça e pescoço? (mesmo que esses textos virem apêndices da diretriz, evitando que ela fique muito extensa)

Basearmos no modelo no NICE para encaminhamento precoce., caso não fuja ao escopo dessa diretriz e não interfira de forma contundente na pactuação da rede e respeitando a hierarquização.

8.1. Investigação complementar

Em caso de CECP, a TC é método mais sensível do que o exame físico ou os métodos endoscópicos para definir o tamanho do tumor e sua relação com estruturas críticas profundas. A RM é mais precisa do que a TC na detecção de lesões superficiais e não é prejudicada pela presença de amálgama dental, sendo o método de eleição para avaliação de tumores da orofaringe e cavidade oral. Este exame é superior à TC na avaliação de extensão perineural ou perivascular da doença, invasão das cartilagens da laringe ou no tumor suspeito de acometer a mandíbula, base do crânio, coluna cervical ou órbita (tumores mais suprahioídeos)[35-37].

A radiografia de tórax é indicada na avaliação inicial de todos os doentes com CECP; recomenda-se TC de tórax com contraste nos casos de doença avançada (estágio III ou IV) ao diagnóstico pelo maior risco de metástases e de outro tumor sincrônico do trato aerodigestivo; cintilografia óssea está indicada para doentes com suspeita clínica de acometimento ósseo pela doença; ultrassonografia ou TC abdominal está indicada no caso de icterícia, alterações de enzimas hepáticas, visceromegalia ou dor abdominal[35,36]. Pacientes com carcinomas de nasofaringe sao costumeiramente negligenciados e merecem ser considerados quanto possibilidade de acometimento sistêmico em tumores localmente avançados. Cintilografia óssea, TC de abdome ou PET CT – se disponível e conforme protocolo institucional.

8.2. Morfologia

O carcinoma epidermoide, também denominado escamocelular ou espinocelular, é o tipo histológico mais comum de câncer de cabeça e pescoço e inclui variantes queratinizantes (carcinomas bem diferenciados) e não queratinizantes, estas por vezes distinguíveis apenas por exame imuno-histoquímico de outras neoplasias malignas que podem acometer de modo primário ou secundário as estruturas da região: adenocarcinoma, melanoma, linfoma e sarcoma. O planejamento terapêutico deve ser feito baseado principalmente na histopatologia do tumor, não apenas em resultados de exame citopatológico.

O carcinoma epidermoide de orofaringe associado ao HPV de alto risco é uma entidade epidemiologicamente, clinicamente e patologicamente distinta. É causado pelo HPV 16 e mais de 90% dos casos, tendo o sexo oral como principal fator de risco para a infecção do HPV. Tem forte predileção por base de língua e tonsila palatina. Histologicamente apresenta morfologia não queratinizante. Apresenta prognóstico mais favorável, com melhores índices de sobrevida do que o carcinoma de orofaringe não associado ao HPV (El-Naggar & Takata, 2017).

O exame citopatológico pode ser útil como ‘screening’ para rastreamento inicial, contudo não substitui a avaliação histológica.

Nos casos operados, o patologista deve informar sobre a presença ou não de extravasamento extra-nodal para correto estadiamento, bem como especificar profundida de invasão nos casos de CEC de língua.

Os tumores que acometem com maior frequência a cavidade nasal e seios paranasais são o estesioneuroblastoma (47%), adenocarcinoma (24%) e carcinoma indiferenciado (22%) e apresentam um prognóstico ruim mesmo com os melhores tratamentos disponíveis (ressecção cirúrgica por via endoscópica ou cranofacial, seguida por irradiação isolada ou radioquimioterapia pós-operatória)[41,42]. Assim como as neoplasias malignas de glândulas salivares, raramente se tratam de carcinoma espinocelular, de forma que estão fora do escopo destas Diretrizes.

É necessário rever o texto acima com dados conforme estatísticas nacionais.

Todos os pacientes com carcinoma epidermóide de orofaringe devem ser avaliados para o status do HPV através de imunohistoquímica para avaliação da proteína p16. O paramentro do p16 na IMH é positividade difusa, nuclear e citoplasmática, com cuttoff maior ou igual a 70%.

8.3. Estadiamento (Atualização pelo novo TNM)

O estadiamento dos tumores de cabeça e pescoço se faz pelos critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017. Os critérios variam a depender do tumor primário, sendo obtidos a partir de informações clínicas, endoscópicas e de métodos de imagem[43]. (Imagens seguirão junto das revisões)

8.3.1. Câncer de cavidade oral - mucosa bucal, trígono retromolar, alvéolo, palato duro, dois terços anteriores da língua, assoalho bucal e mucosa labial:

a) Tumor primário (T):

TX - tumor primário não avaliado;

T0 - tumor primário não encontrado;

Tis - Carcinoma in situ;

T1 - Tumor de até 2 cm no maior diâmetro;

T2 - Tumor maior que 2 cm mas de com até 4 cm no maior diâmetro;

T3 - Tumor acima de 4 cm no maior diâmetro;

T4a - Tumor que invade estruturas adjacentes: região cortical óssea (mandibular ou maxilar), musculatura extrínseca da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), seio maxilar ou pele da face.

T4b - Tumor que invade espaço mastigatório, placa pterigoide ou base do crânio ou lesão encarcerando a artéria carótida interna.

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem (fazer a tradução das informações abaixo)

Lip and Oral cavity

T1	Tumour 2 cm or less in greatest dimension and 5 mm or less depth of invasion*
T2	Tumour 2 cm or less in greatest dimension and more than 5 mm but no more than 10 mm depth of invasion or Tumour more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension and depth of invasion no more than 10 mm
T3	Tumour more than 4 cm in greatest dimension or more than 10 mm depth of invasion
T4a	*(Lip)* Tumour invades through cortical bone, inferior alveolar nerve, floor of mouth, or skin (of the chin or the nose)
T4a	*(Oral cavity)* Tumour invades through the cortical bone of the mandible or maxillary sinus, or invades the skin of the face
T4b	*(Lip and oral cavity)* Tumour invades masticator space, pterygoid plates, or skull base, or encases internal carotid artery

* Superficial erosion alone of bone/tooth socket by gingival primary is not sufficient to classify a tumour as T4a.

b) Linfonodos (N):

NX - linfonodos regionais não avaliados;

N0 - ausência de metástases linfonodais;

N1 - metástase linfonodal única, ipsilateral, com até 3 cm no maior diâmetro;

N2 - metástase linfonodal única, ipsilateral, maior que 3 cm e com até 6 cm no maior diâmetro; metástase contralateral com até 6 cm no maior diâmetro ou metastases em múltiplos linfonodos com até 6 cm no maior diâmetro.

N3 - metástase linfonodal acima de 6 cm no maior diâmetro.

Lip and Oral cavity

N3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3b Metastasis in a single or multiple lymph node with clinical extranodal extension

Notes

- The presence of skin involvement or soft tissue invasion with deep fixation/tethering to underlying muscle or adjacent structures or clinical signs of nerve involvement is classified as clinical extranodal extension.

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.

Lip and Oral cavity

pNX Regional lymph nodes cannot be assessed

pN0 No regional lymph node metastasis

pN1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

pN2 Metastasis described as:

- pN2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, less than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension *or* more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension
- pN2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension
- pN2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension, without extranodal extension

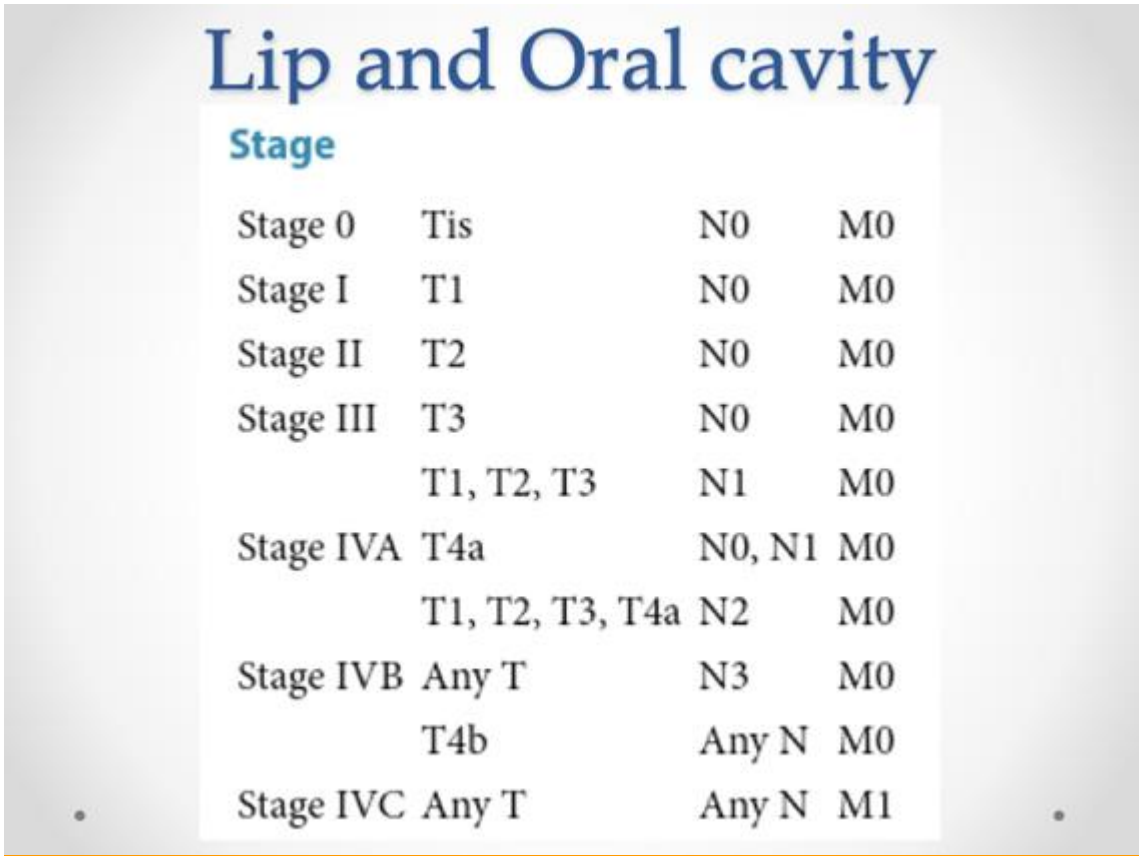
pN3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3b Metastasis in a lymph node more than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension or, multiple ipsilateral, or any contralateral or bilateral node(s) with extranodal extension

Apenas acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017 conforme imagem (fazer a tradução das informações acima)

c) Metástase à distância (M):
M0 - Ausência de metástase à distância;
M1 - Presença de metástase à distância.
d) Agrupamento:
Estágio 0: Tis, N0, M0.
Estágio I: T1, N0, M0.
Estágio II: T2, N0, M0.
Estágio III: T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.
Estágio IVA: T4A, N0 a N1, M0; T1 a T4A, N2, M0.
Estágio IVB: T4B, N0 a N3, M0; T1 a T4A, N3, M0.
Estágio IVC: T1 a T4A, N0 a N3, M1.

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem (fazer a tradução das informações abaixo)



Lip and Oral cavity

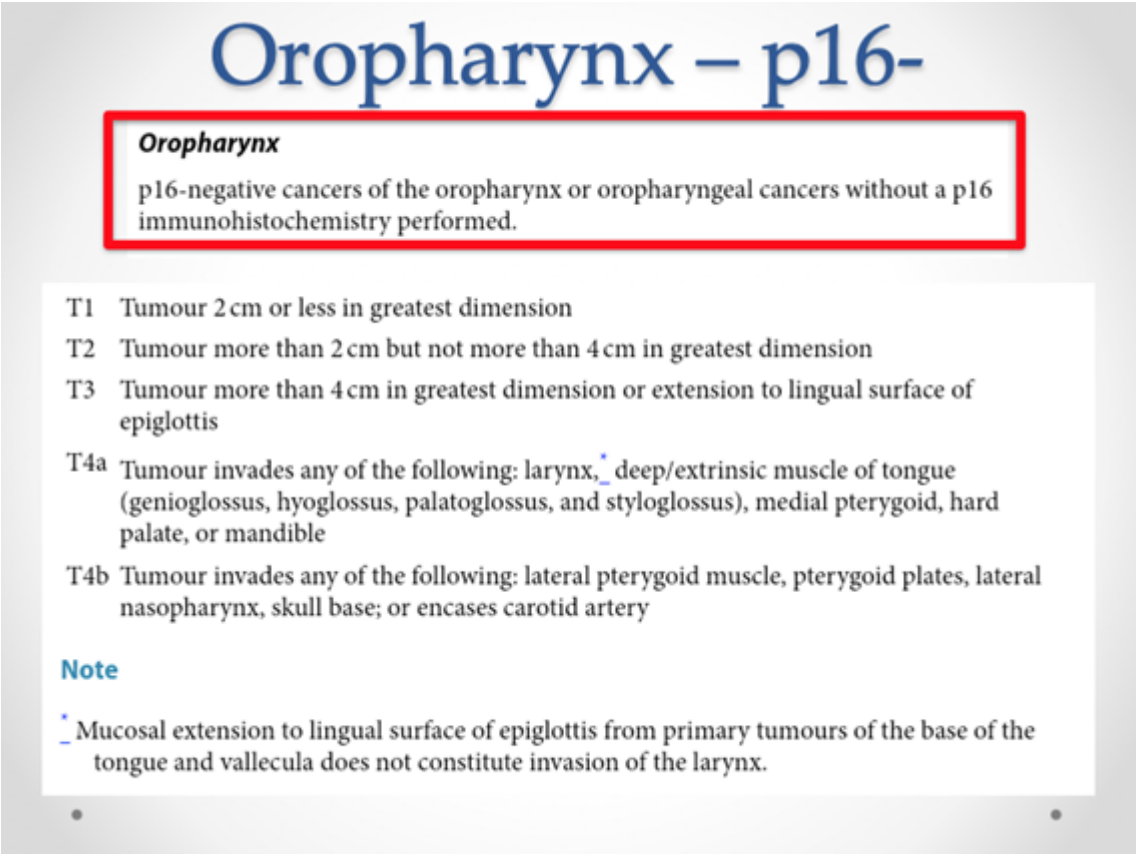
Stage			
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stage IVA	T4a	N0, N1	M0
	T1, T2, T3, T4a	N2	M0
Stage IVB	Any T	N3	M0
	T4b	Any N	M0
Stage IVC	Any T	Any N	M1

4.3.2. Câncer de orofaringe - base da língua, amígdalas e palato mole:
P16 Negativo
a) Tumor primário (T):
TX - tumor primário não avaliado;
T0 - tumor primário não encontrado;
Tis - Carcinoma in situ;
T1 - Tumor de até 2 cm no maior diâmetro;
T2 - Tumor maior que 2 cm mas de com até 4 cm no maior diâmetro;

T3 - Tumor acima de 4 cm no maior diâmetro ou acometendo face lingual da epiglote;

T4a - Tumor que invade estruturas adjacentes: laringe, musculatura extrínseca da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), músculo pterigoide medial, palato duro ou mandíbula.

T4b - Tumor que invade músculo pterigoide lateral, placa pterigoide, porção lateral da nasofaringe, ou base do crânio ou lesão encarcerando a artéria carótida interna.



Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem.(fazer a tradução das informações acima)

b) Linfonodos (N):

NX - linfonodos regionais não avaliados;

N0 - ausência de metástases linfonodais;

N1 - metástase linfonodal única, ipsilateral, com até 3 cm no maior diâmetro;

N2 - metástase linfonodal única, ipsilateral, maior que 3 cm e com até 6 cm no maior diâmetro; metástase contralateral com até 6 cm no maior diâmetro ou metastases em múltiplos linfonodos com até 6 cm no maior diâmetro;

N3 - metástase linfonodal acima de 6 cm no maior diâmetro.

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

N2 Metastasis described as:

N2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3b Metastasis in a single or multiple lymph node with clinical extranodal extension

Notes

The presence of skin involvement or soft tissue invasion with deep fixation/tethering to underlying muscle or adjacent structures or clinical signs of nerve involvement is classified as clinical extranodal extension.

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.

Oropharynx – p16-

pNX Regional lymph nodes cannot be assessed

pN0 No regional lymph node metastasis

pN1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

pN2 Metastasis described as:

pN2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, less than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension *or* more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

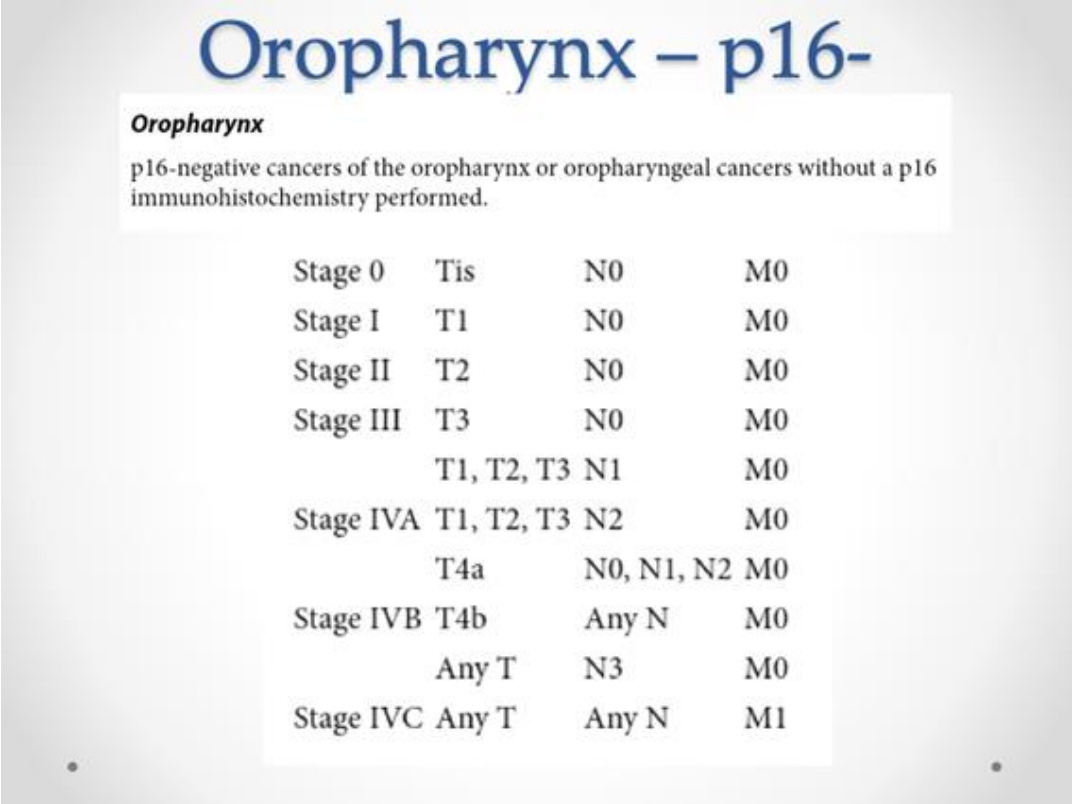
pN2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3b Metastasis in a lymph node more than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension or, multiple ipsilateral, or any contralateral or bilateral node(s) with extranodal extension

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

c) Metástase à distância (M):
M0 - Ausência de metástase à distância;
M1 - Presença de metástase à distância.
d) Agrupamento:
Estágio 0: Tis, N0, M0.
Estágio I: T1, N0, M0.
Estágio II: T2, N0, M0.
Estágio III: T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.
Estágio IVA: T4A, N0 a N1, M0; T1 a T4A, N2, M0.
Estágio IVB: T4B, N0 a N3, M0; T1 a T4A, N3, M0.
Estágio IVC: T1 a T4A, N0 a N3, M1.



Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

P16 Positivo

a) Tumor primário (T):

Oropharynx – p16+

Oropharynx – p16-Positive Tumours

Tumours that have positive p16 immunohistochemistry overexpression.

T1 Tumour 2 cm or less in greatest dimension

T2 Tumour more than 2 cm but not more than 4 cm in greatest dimension

T3 Tumour more than 4 cm in greatest dimension or extension to lingual surface of epiglottis

T4 Tumour invades any of the following: larynx*, deep/extrinsic muscle of tongue (genioglossus, hyoglossus, palatoglossus, and styloglossus), medial pterygoid, hard palate, mandible*, lateral pterygoid muscle, pterygoid plates, lateral nasopharynx, skull base; or encases carotid artery

Note

* Mucosal extension to lingual surface of epiglottis from primary tumours of the base of the tongue and vallecula does not constitute invasion of the larynx.

Necessita acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

b) Linfonodos (N):

Oropharynx – p16+

Oropharynx p-16 Positive

Clinical

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

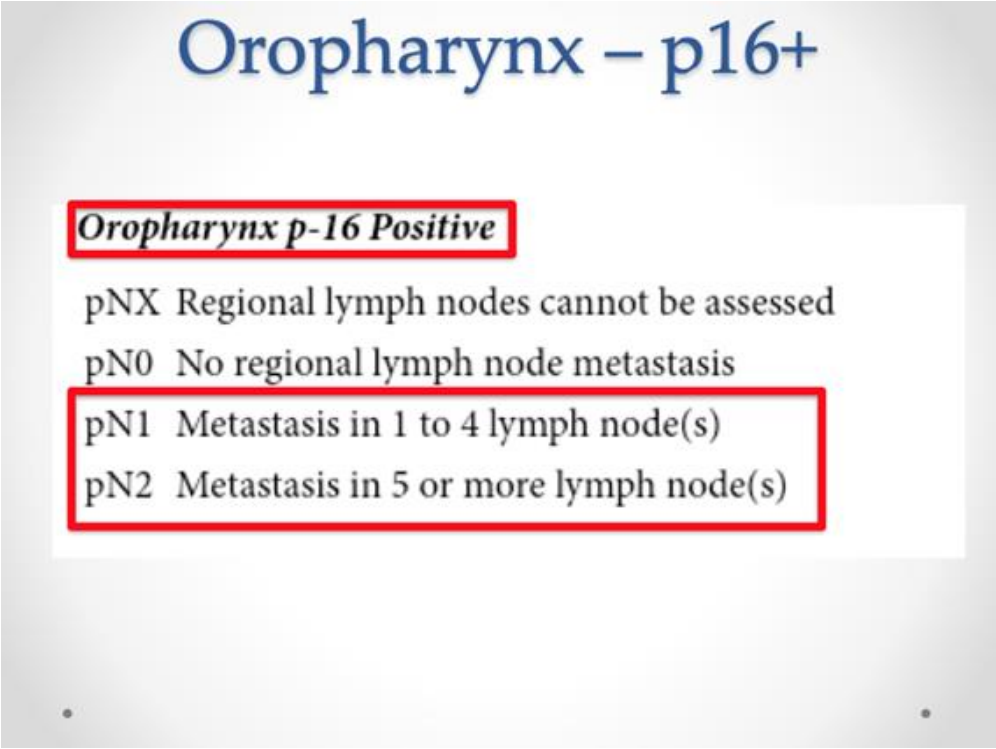
N1 Unilateral metastasis, in lymph node(s), all 6 cm or less in greatest dimension

N2 Contralateral or bilateral metastasis in lymph node(s), all 6 cm or less in greatest dimension

N3 Metastasis in lymph node(s) greater than 6 cm in dimension

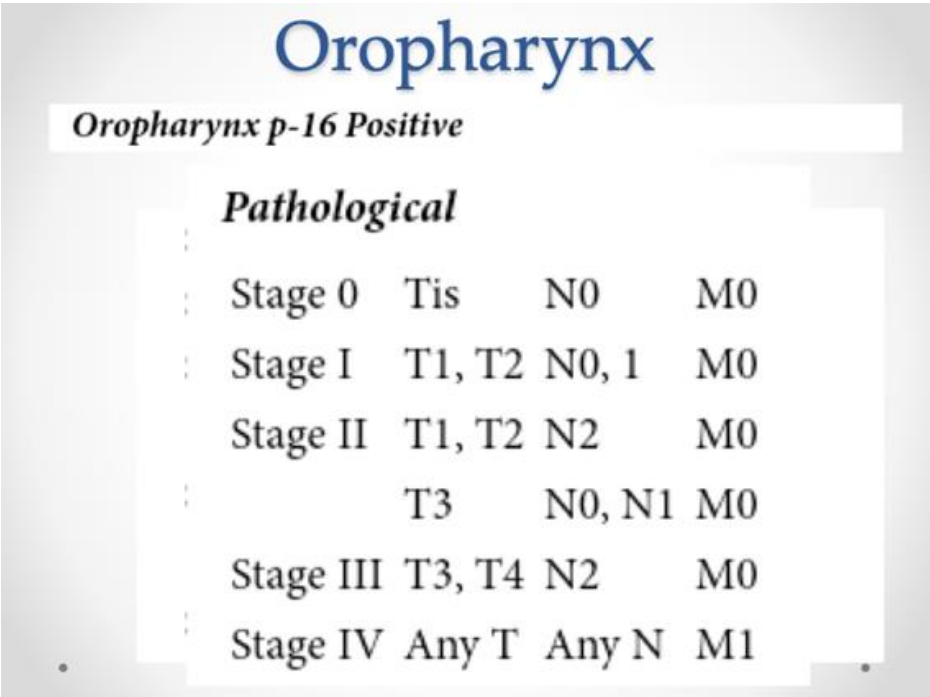
Note

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.



Necessita acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

c) Agrupamento:



Necessita acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem(fazer a tradução das informações acima)

4.3.3. Câncer de nasofaringe - rinofaringe, cavidade posterior das fossas nasais e cavum:

a) Tumor primário (T):

TX - tumor primário não avaliado;

T0 - tumor primário não encontrado;

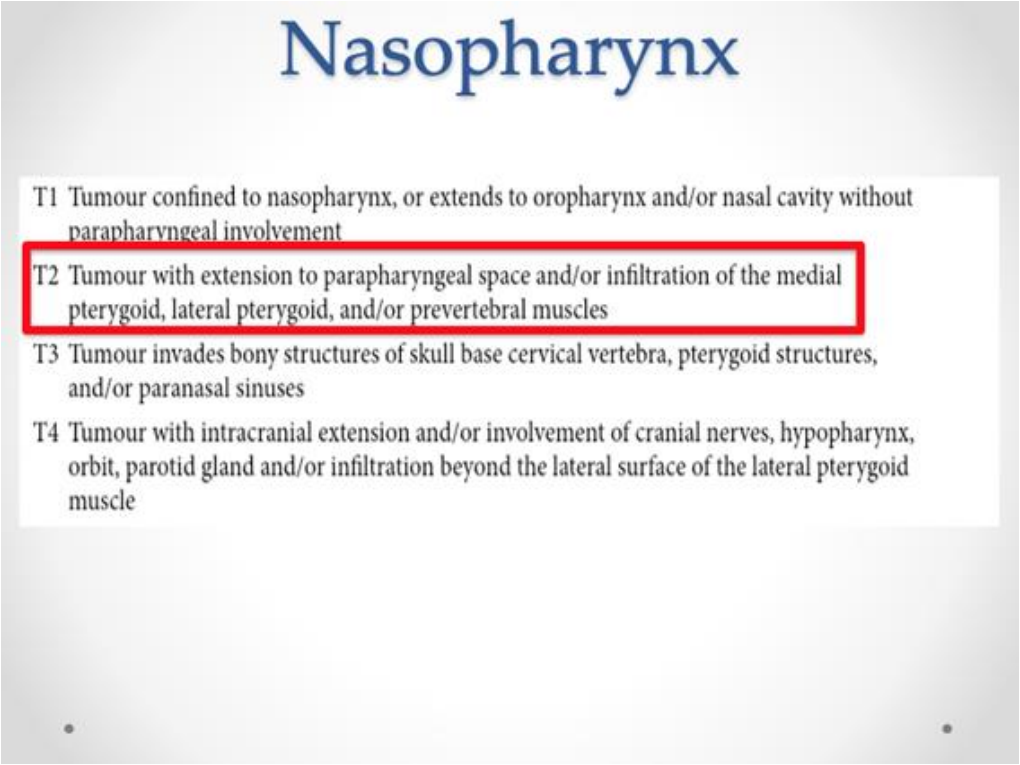
Tis - Carcinoma in situ;

T1 - Tumor restrito à nasofaringe ou se extendendo à ourofaringe ou cavidade nasal, mas sem envolvimento parafaríngeo;

T2 - Tumor com acometimento parafaríngeo;

T3 - Tumor acometimento de estruturas ósseas, base do crânio ou seio paranasal;

T4 - Tumor com extensão intracraniana, ou acometendo nervos cranianos, hipofaringe, órbita, espaço mastigatório ou fossa infratemporal.



Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

b) Linfonodos (N):

NX - linfonodos regionais não avaliados;

N0 - ausência de metástases linfonodais;

N1 - metástase linfonodal unilateral, com até 6 cm no maior diâmetro, acima da fossa supraclavicular;

N2 - metástase linfonodal bilateral, com até 6 cm no maior diâmetro, acima da fossa supraclavicular;

N3 - metástase linfonodal acima de 6 cm no maior diâmetro

(N3a), ou em linfonodo da fossa supraclavicular (N3b).

Nasopharynx

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Unilateral metastasis, in cervical lymph node(s), and/or unilateral or bilateral metastasis in retropharyngeal lymph nodes, 6 cm or less in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage

N2 Bilateral metastasis in cervical lymph node(s), 6 cm or less in greatest dimension, above the caudal border of cricoid cartilage

N3 Metastasis in cervical lymph node(s) greater than 6 cm in dimension and/or extension below the caudal border of cricoid cartilage

Note

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

c) Metástase à distância (M):

M0 - Ausência de metástase à distância;

M1 - Presença de metástase à distância.

d) Agrupamento:

Estágio 0: Tis, N0, M0.

Estágio I: T1, N0, M0.

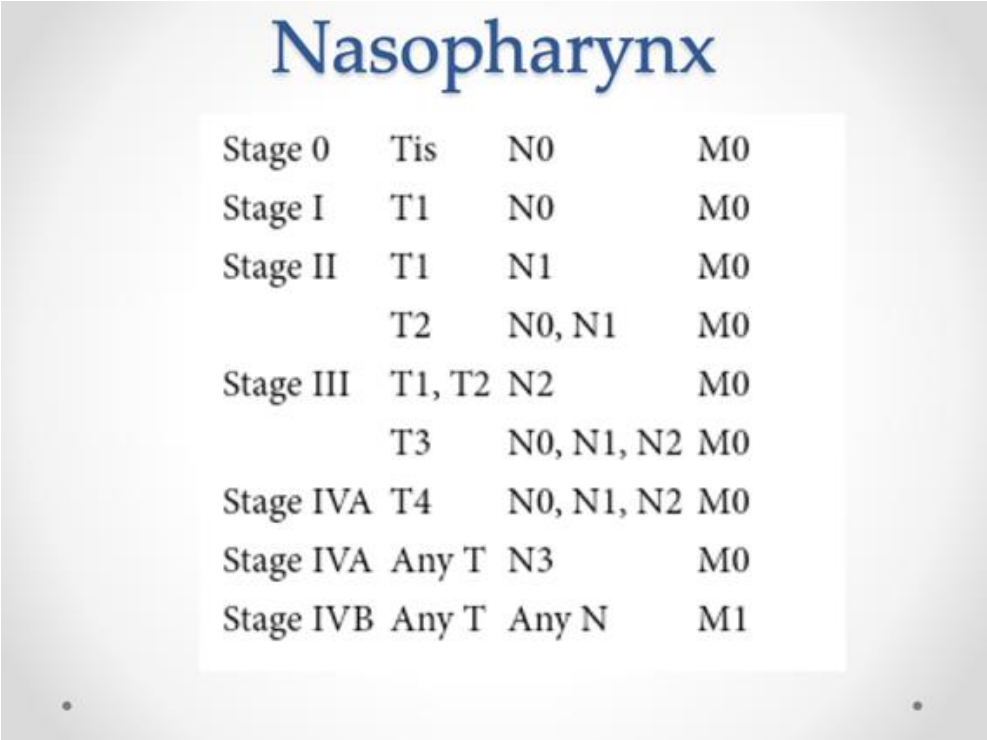
Estágio II: T1, N1, M0; T2, N0 ou N1, M0.

Estágio III: T3, N0, M0; T1 a T3, N2, M0.

Estágio IVA: T4, N0 a N2, M0;

Estágio IVB: T1 a T4, N3, M0.

Estágio IVC: T1 a T4, N0 a N3, M1.



Nasopharynx

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T1	N1	M0
	T2	N0, N1	M0
Stage III	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
Stage IVA	T4	N0, N1, N2	M0
Stage IVA	Any T	N3	M0
Stage IVB	Any T	Any N	M1

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem (fazer a tradução das informações acima)

8.3.4. Câncer de hipofaringe - área pós-cricoide, seio piriforme e parede posterior da faringe:

a) Tumor primário (T):

TX - tumor primário não avaliado;

T0 - tumor primário não encontrado;

Tis - Carcinoma in situ;

T1 - Tumor limitado a uma região anatômica da hipofaringe ou com até 2 cm no maior diâmetro;

T2 - Tumor que acomete mais de uma região anatômica da hipofaringe ou estrutura contígua, ou com tamanho maior que 2 cm e até 4 cm no maior diâmetro sem fixação da hemilaringe;

T3 - Tumor acima de 4 cm no maior diâmetro; lesão com fixação da hemilaringe; ou invasão do esôfago;

T4a - Tumor que invade cartilagem cricoide ou tiroidea; osso hioide; glândula tireoide; ou partes moles centrais;

T4b - Tumor que invade fascia pré-vertebral; estruturas mediastinais; ou encarcerando a artéria carótida interna.

b) Linfonodos (N):

NX - linfonodos regionais não avaliados;

N0 - ausência de

N1 - metástase linfonodal única, ipsilateral, com até 3 cm no maior diâmetro;

N2 - metástase linfonodal única, ipsilateral, maior que 3 cm e com até 6 cm no maior diâmetro; metástase contralateral com até 6 cm no maior diâmetro ou metastases em múltiplos linfonodos com até 6 cm no maior diâmetro.

N3 - metástase linfonodal acima de 6 cm no maior diâmetro.metástases linfonodais;

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

N2 Metastasis described as:

N2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

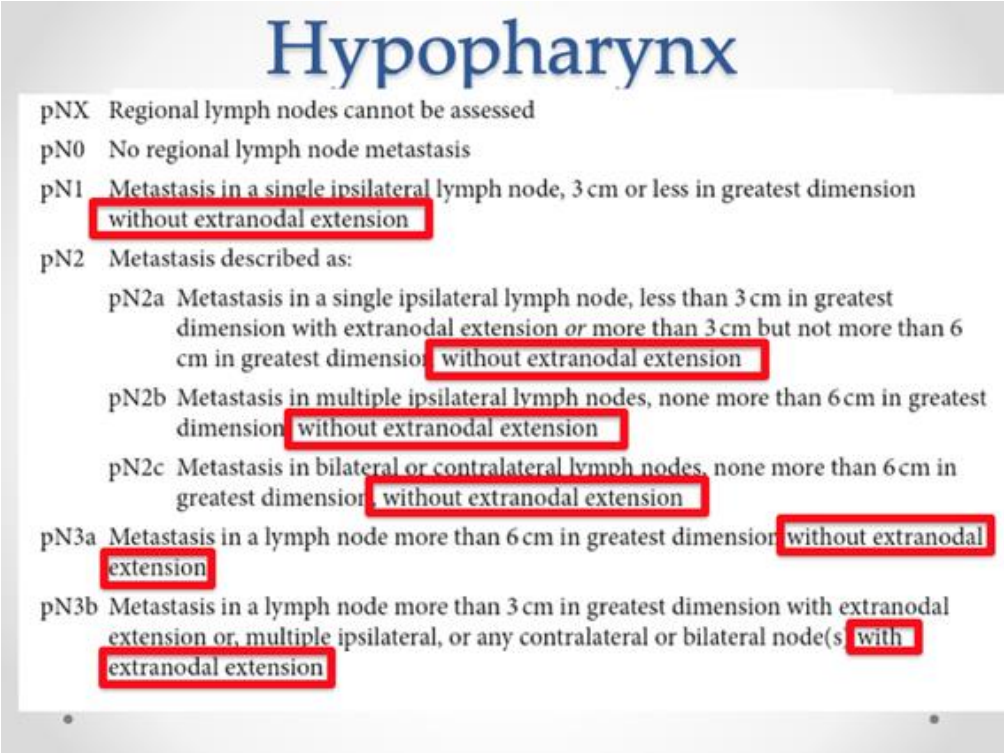
N3b Metastasis in a single or multiple lymph node with clinical extranodal extension

Notes

The presence of skin involvement or soft tissue invasion with deep fixation/tethering to underlying muscle or adjacent structures or clinical signs of nerve involvement is classified as clinical extranodal extension.

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)



Hypopharynx

pNX Regional lymph nodes cannot be assessed

pN0 No regional lymph node metastasis

pN1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

pN2 Metastasis described as:

- pN2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, less than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension *or* more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension
- pN2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension
- pN2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension, without extranodal extension

pN3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3b Metastasis in a lymph node more than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension or, multiple ipsilateral, or any contralateral or bilateral node(s) with extranodal extension

Necessita acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

c) Metástase à distância (M):

M0 - Ausência de metástase à distância;

M1 - Presença de metástase à distância.

d) Agrupamento:

Estágio 0: Tis, N0, M0.

Estágio I: T1, N0, M0.

Estágio II: T2, N0, M0.

Estágio III: T3, N0, M0; T1 a T3, N1, M0.

Estágio IVA: T4A, N0 a N1, M0; T1 a T4A, N2, M0.

Estágio IVB: T4B, N0 a N3, M0; T1 a T4A, N3, M0.

Estágio IVC: T1 a T4A, N0 a N3, M1.

Hypopharynx

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stage IVA	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
Stage IVB	T4b	Any N	M0
	Any T	N3	M0
Stage IVC	Any T	Any N	M1

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

8.3.5. Câncer de laringe - supraglote, glote e subglote:

a) Tumor primário (T):
TX - tumor primário não avaliado;
T0 - tumor primário não encontrado;
Tis - Carcinoma in situ;
Região supraglótica:
T1 - Tumor limitado a uma região anatômica da supraglote, com mobilidade normal da corda vocal;
T2 - Tumor que acomete mais de uma região anatômica da supraglote, gloteou estruturas adjascentes (mucosa da base da língua, valécula, parede medial do seio piriforme), mas sem fixação da laringe;
T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal, ou invadindo área poscricoide, espaço pré-epiglote, espaço paraglótico ou cartilagem tiroidea.
T4a - Tumor que ultrapassa cartilagem tiroidea ou invadindo estruturas além da laringe: traqueia, partes moles do pescoço, musculatura profunda da língua, musculatura infrahioide, glândula tireoide ou esôfago.
T4b - Tumor que invade espaço pré-vertebral; estruturas mediastinais; ou encarcera a artéria carótida interna. Região glótica:
T1 - Tumor limitado a uma (T1a) ou ambas cordas vocais (T1b), com mobilidade normal;

T2 - Tumor que acomete supraglote ou subglote, com mobilidade reduzida da corda vocal;

T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal, ou que invade o espaço paraglótico ou cartilagem tiroidea.

T4a - Tumor que ultrapassa a cartilagem tiroidea ou invadindo estruturas além da laringe: traqueia, partes moles do pescoço, musculatura profunda da língua, musculatura infrahioide, glândula tireoide ou esôfago.

T4b - Tumor que invade o espaço pré-vertebral; estruturas mediastinais; ou encarcera a artéria carótida interna.

Região subglótica:

T1 - Tumor limitado à subglote;

T2 - Tumor que invade corda vocal;

T3 - Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal;

T4a - Tumor que invade cartilagem cricoide ou tiroidea ou invade estruturas além da laringe: traqueia, partes moles do pescoço, musculatura profunda da língua, musculatura infrahioide, glândula tireoide ou esôfago.

T4b - Tumor que invade o espaço pré-vertebral; estruturas mediastinais; ou encarcera a artéria carótida interna.

b) Linfonodos (N):

NX - linfonodos regionais não avaliados;

N0 - ausência de metástases linfono

N1 - metástase linfonodal única, ipsilateral, com até 3 cm no maior diâmetro;

N2 - metástase linfonodal única, ipsilateral, maior que 3 cm e com até 6 cm no maior diâmetro; metástase contralateral com até 6 cm no maior diâmetro ou metastases em múltiplos linfonodos com até 6 cm no maior diâmetro.

N3 - metástase linfonodal acima de 6 cm no maior diâmetro.dais;

NX Regional lymph nodes cannot be assessed

N0 No regional lymph node metastasis

N1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

N2 Metastasis described as:

N2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

N3b Metastasis in a single or multiple lymph node with clinical extranodal extension

Notes

The presence of skin involvement or soft tissue invasion with deep fixation/tethering to underlying muscle or adjacent structures or clinical signs of nerve involvement is classified as clinical extranodal extension.

Midline nodes are considered ipsilateral nodes.

Necessita de revisão segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

Larynx

pNX Regional lymph nodes cannot be assessed

pN0 No regional lymph node metastasis

pN1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension without extranodal extension

pN2 Metastasis described as:

pN2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, less than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension *or* more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3a Metastasis in a lymph node more than 6 cm in greatest dimension without extranodal extension

pN3b Metastasis in a lymph node more than 3 cm in greatest dimension with extranodal extension or, multiple ipsilateral, or any contralateral or bilateral node(s) with extranodal extension

Necessita acrescentar segundo os critérios do sistema TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) DE 2017, conforme imagem. (fazer a tradução das informações acima)

c) Metástase à distância (M):

M0 - Ausência de metástase à distância;

M1 - Presença de metástase à distância.

d) Agrupamento por Estágios

Estágio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase à distância (M)
0	Ti s	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1 a T3	N1	M0
IVA	T4A	N0 a N1	M0
	T1 a T4A	N2	M0
IVB	T4B	N0 a N3	M0
	T1 a T4A	N3	M0
IVC	T1 a T4A	N0 a N3	M1

8.3.6 Região de Lábio

Localizações e sub-localizações anatômicas Lábio(C00)
1. Lábio superior externo (borda do vermelhão) (C00.0)
2. Lábio inferior externo (borda do vermelhão) (C00.1)
3. Comissuras (C00.6)

T - Tumor Primário
TX O tumor primário não pode ser avaliado;
T0 Não há evidência de tumor primário;
Tis Carcinoma in situ;
T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão;
T2 Tumor com mais de 2 cm e até 4 cm em sua maior dimensão;
T3 Tumor com mais de 4 cm em sua maior dimensão;
T4a (Lábio) Tumor que invade estruturas adjacentes: cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, ou pele da face (queixo ou nariz);
T4b (Lábio): Tumor que invade o espaço mastigador, lâminas pterigóides ou base do crânio ou envolve artéria carótida interna;

N - Linfonodos Regionais
NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados;
N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais;
N1 Metástase em um único linfonodo homolateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão;
N2 Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm e até 6 cm em sua maior dimensão, ou em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum

deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão; ou em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão;

N2a Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm e até 6 cm em sua maior dimensão;

3N2b Metástase em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão;

N2c Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão;

N3 Metástase em linfonodo com mais de 6 cm em sua maior dimensão;

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada

M0 Ausência de metástase à distância

M1 Metástase à distância

8.5. Fatores prognósticos (Necessita atualizar os prognósticos)

Recomenda-se registrar as seguintes características clínicas e patológicas de importância prognóstica no CECP: capacidade funcional e estado nutricional do doente, acometimento linfonodal, margens cirúrgicas e presença de extravasamento capsular [1,22,44]. invasão perineural perivascular (linfovenosa) e angiolinfática.

Estudos retrospectivos identificaram características clínicas e tumorais associadas ao prognóstico de doentes com CECP, estando em avaliação o uso de painéis de expressão multigênica[44-46], mas nenhuma recomendação para uso na prática clínica pode ser feita pela ausência de estudos de validação externa empregando métodos diagnósticos disponíveis no Brasil.

O CECP de orofaringe associado ao HPV parece estar associado com menor tamanho do tumor primário e maior acometimento nodal ao diagnóstico[47]. Em países desenvolvidos, o histórico de uso problemático de tabaco não é tão comum nestes casos, e os doentes se apresentam inicialmente com capacidade funcional preservada e cursam com melhor prognóstico[17].

Recomenda-se a pesquisa rotineira de evidência molecular de infecção por HPV nos tumores de orofaringe (base de língua e amigdalas) por imunohistoquímica para avaliação de positividade para p16 (com cutoff de 70%) e epstein barr nos tumores de nasofaringeno CECP.

Considerar a pesquisa de EBV nos casos de carcinoma de nasofaringe em que houver disponibilidade e conforme politica institucional, em que pese impacto epidemiológico sem mudança na terapêutica.

Propomos como fundamental pesquisa para HPV, conforme a modificação que segue no corpo do texto, dado recomendação formal para Estadiamento e prognóstico dos carcinomas de orofaringe relacionados ao HPV.

Não ha mudanca terapeutica baseado na positividade. Altera o prognostico, mas nao o tratamento.

Acreditamos que o tópico pode ser enriquecido se for abordado por outros profissionais que realizem o encaminhamento para o diagnóstico, a biópsia e o estadiamento. Sugerimos também a criação de fluxogramas que descrevam do “primeiro atendimento até o diagnóstico” possível ao ideal (meio termo), para cada tipo de câncer de cabeça e pescoço. Podendo identificar os profissionais envolvidos, os exames e tecnologias necessárias, os protocolos e processos a serem seguidos. Esses materiais costumam ser práticos e auxiliam as atividades diárias dos profissionais.

9. Tratamento

Entendemos como fundamental que o tratamento deverá ser individualizado pelo subsítio da doença, idade, estado nutricional e estado geral (performance status) do paciente).

Este tópico necessita ser revisto em vista das novas técnicas e contemplar as novas tecnologias como TORS*.) *TORS: transoral robotic surgery. Cirurgia realizada com um braço robótico para retirada de cânceres de boca e garganta, em áreas de difícil acesso.

Importante colocar justificativa – da mesma forma que o PET – TORS no SUS é uma realidade de poucos hospitais. Lembro novamente – essa diretriz é para o ministério adotar – e devemos ter bem embasado parâmetros minimos e bem estabelecidos como prática médica.

Do contrário, deve ser justificado embasado na melhor literatura e benefícios consistentes para serem defendidos dentro de PCT.

As principais modalidades terapêuticas do CECP são a cirurgia, radioterapia e tratamento sistêmico, visando à erradicação da doença no sítio primário e na rede de drenagem linfática regional.

Os pacientes devem ser referenciados precocemente para a equipe multiprofissional envolvida no cuidado, a saber odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta.

Recomendação de cuidados paliativos precocemente, temos cada vez mais evidência e Grupo de Apoio anti-tabagismo, como recomendações.

As eventuais toxicidades agudas e tardias relacionadas as modalidades terapêuticas devem ser discutidas e consideradas precocemente com os pacientes durante a definição da tratamento a ser realizado.

A ressecção cirúrgica de linfonodos cervicais observa os seguintes conceitos[51,52]:

a) esvaziamento cervical radical (ECR) e esvaziamento cervical radical modificado (ECRm) são preconizados para presença de metástases linfonodais regionais “pescoço positivo”.

b) esvaziamento cervical seletivo (ECS) são preconizados na ausência de metástase cervical linfonodal, ressecando os níveis linfonodais de acordo com a localização do tumor primário e Estadiamento.

c) esvaziamento cervical radical estendido (ECRe): remoção de linfonodos adicionais (gânglios occipitais ou parotídeos) ou estruturas não-linfáticas não incluídas no ECR em situações especificas.

O esvaziamento bilateral deve ser considerado no tratamento eletivo em tumores que acometem estruturas da linha média, e em pacientes com metástase cervical ipsilateral clinicamente manifesta.

A pesquisa de linfonodo sentinela em carcinomas de cabeça e pescoço é controversa e não é recomendada nestas Diretrizes.

A radioterapia confere chance de controle locorregional do ECP. Seu principal desafio é administrar doses de radiação relativamente altas em tumores e em áreas de doença subclínica localizados muito próximos a estruturas críticas, como a base do crânio, medula espinhal, glândulas salivares (em especial, parótidas), tronco cerebral e aparato óptico. A técnica de radioterapia utilizada pode impactar na qualidade de vida do paciente, devido ao risco de lesão de estruturas responsáveis pela produção de saliva, paladar, fonação, audição, deglutição, o que pode levar à xerostomia (sensação de boca seca), limitação da abertura bucal (trismo), alterações ou perda do paladar (disgeusia ou ageusia, respectivamente), infecções orais oportunistas, osteorradionecroses e mucosite oral. Em virtude destas possíveis complicações pós-radioterapia é imprescindível o suporte de odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e enfermeiros.

A técnica de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) permite restringir as elevadas doses de radiação à região tumoral ou de risco para envolvimento subclínico quando comparada às técnicas de radioterapia conformacional tridimensional (3D) ou radioterapia convencional (2D). Isso se traduz em melhor conformação da dose e, consequentemente, menor toxicidade.

Referências:

Marta GN, Silva V, de Andrade Carvalho H, de Arruda FF, Hanna SA, Gadia R, da Silva JL, Correa SF, Vita Abreu CE, Riera R. Intensity-modulated radiation therapy for head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. Radiother Oncol. 2014 Jan;110(1):9-15.

Gupta T, Kannan S2, Ghosh-Laskar S, Agarwal JP. Systematic review and meta-analyses of intensity-modulated radiation therapy versus conventional two-dimensional and/or or three-dimensional radiotherapy in curative-intent management of head and neck squamous cell carcinoma. PLoS One. 2018 Jul 6;13(7):e0200137.

Rathod S, Gupta T, Ghosh-Laskar S, Murthy V, Budrukkar A, Agarwal J. Quality-of-life (QOL) outcomes in patients with head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) treated with intensity-modulated radiation therapy (IMRT) compared to three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT): evidence from a prospective randomized study. Oral Oncol. 2013 Jun;49(6):634-42.

A técnica de IMRT em neoplasias de cabeça e pescoço está consolidada e é confiável com relação à segurança e eficácia, sem diminuição no controle local e com melhor preservação da função salivar diminuindo significativamente o risco de xerostomia secundária ao tratamento o que se traduz em melhor

qualidade de vida para os pacientes. Além disso, há estudos randomizados demonstrando a superioridade da IMRT em proporcionar também melhor controle locorregional e sobrevida livre de recidiva em carcinomas de nasofaringe.

Referência:

Nutting CM, Morden JP, Harrington KJ, Urbano TG, Bhide SA, Clark C, Miles EA, Miah AB, Newbold K, Tanay M, Adab F, Jefferies SJ, Scrase C, Yap BK, A'Hern RP, Sydenham MA, Emson M, Hall E; PARSPORT trial management group. Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer (PARSPORT): a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2011 Feb;12(2):127-36.

Gupta T, Agarwal J, Jain S, Phurailatpam R, Kannan S, Ghosh-Laskar S, Murthy V, Budrukkar A, Dinshaw K, Prabhash K, Chaturvedi P, D'Cruz A.Three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT) versus intensity modulated radiation therapy (IMRT) in squamous cell carcinoma of the head and neck: a randomized controlled trial. Radiother Oncol. 2012 Sep;104(3):343-8.
Referência:

Peng G, Wang T, Yang KY, Zhang S, Zhang T, Li Q, Han J, Wu G. A prospective, randomized study comparing outcomes and toxicities of intensity-modulated radiotherapy vs. conventional two-dimensional radiotherapy for the treatment of nasopharyngeal carcinoma. Radiother Oncol. 2012 Sep;104(3):286-93.

Zhang B, Mo Z, Du W, Wang Y, Liu L, Wei Y. Intensity-modulated radiation therapy versus 2D-RT or 3D-CRT for the treatment of nasopharyngeal carcinoma: A systematic review and meta-analysis. Oral Oncol. 2015 Nov;51(11):1041-1046.

O tratamento com radioterapia, associado ou não à quimioterapia, é frequentemente acompanhado de toxicidade aguda severa, sendo essencial a avaliação criteriosa dos pacientes quanto ao performance status, bem como acompanhamento multiprofissional intensivo do paciente [64,65].

As orientações a seguir aplicam-se ao tratamento do CECP que acomete a cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe e nasofaringe.

9.1. Doença localizada (estágio I ou II)

A Diretriz anterior descrevia pormenores do esvaziamento cervical, ainda que se assemelhe mais a manual de conduta. Deixo o comentário sobre descrição técnica para reflexão – escopo de diretriz vs manual de condutas ?

Conduta terapêutica do tumor primário [67, 69-74]: (Rever de acordo com as novas condutas terapêuticas).

a) CECP de cavidade oral: recomenda-se a ressecção cirúrgica da região acometida com margem de segurança de pelo menos 1 cm. devendo ser associado o esvaziamento cervical profilático devido à possibilidade de 30% de micrometastases em tumores de cavidade oral. Outra alternativa seria a utilização da técnica de pesquisa de linfonodo sentinela. (O número de 30% não está com referência e vai depender das características do tumor primário, invasões, DOI...Artigo indiano da NEJM fase 3 discute esse assunto: esvaziamento up front vs eletivo. Concluem up front para >ou= 3m espessura (outros consideram DOI)

b) CECP de orofaringe: recomenda-se cirurgia ou radioterapia, pois o controle locorregional da doença é similar com ambas modalidades de tratamento. Devido aos efeitos tardios da radioterapia, tem-se optado para os tratamentos cirúrgicos transorais, nos casos em que tais técnicas são exequíveis. O que definirá a o tratamento serão as sequelas pós operatórias e a segurança do método que deverá ser utilizado.

(Sugerimos a ideia de que sequelas relacionadas aos tratamentos cirúrgicos vs radioterapia devem ser considerados em conjunto com o paciente e valorizando disponibilidade e expertise dos envolvidos. Não entrar tanto em pormenores técnicos que guardam mais proximidade com um manual de oncologia.)

Para os tumores estádio II HPV positivos, recomenda-se radioquimioterapia com cisplatinas assim como nos tumores estádios III ou IV sem metástase à distância (cisplatina,100 mg/m² EV (com manitol), em 2 h, nos D1, D22 e D43 (ou, alternativamente, 40 mg/m² EV, em 1 h, semanalmente), administrada concomitantemente à RT com dose de 7.000 cGy em 35 frações, em período de 7 semanas, RT com intensidade modulada - IMRT)

Referência:

Buzaid, Antonio Carlos, Antonio Cotait Maluf, William Nassib William Jr, and Carlos H. Barrios. "MOC: Manual de oncologia clínica do Brasil." MOC: Manual de oncologia clinica do Brasil. 2019.

c) CECP de nasofaringe: a irradiação de sírio primário e drenagem linfática com ou sem quimioterapia em Estadios ≥ ECII, sendo a cirurgia empregada excepcionalmente para remover doença residual.

d) CECP de hipofaringe: a irradiação do sítio primário e drenagem linfática é o tratamento de eleição, sendo a cirurgia transoral uma opção. Radioterapia ou cirurgia devem ser considerados e indicados conforme localização anatômica, expertise do centro e eventuais sequelas

e) CECP de laringe: depende da experiência da unidade hospitalar o tratamento pode ser cirurgia transoral, laringectomia aberta ou radioterapia. Radioterapia ou cirurgia devem ser considerados e indicados conforme

localização anatômica, expertise do centro, eventuais sequelas e preferência do paciente.

f) Recomenda-se radioterapia isolada no tratamento adjuvante do CECP localizado, podendo ser considerado o seu uso com quimioterapia sensibilizante no pós-operatório se houver margem cirúrgica acometida, extravasamento capsular linfonodal ou múltiplos linfonodos comprometidos. Nos casos de invasão perineural e tumores de cavidade oral com invasão profunda superior a 10mm, deve-se optar pela radioterapia adjuvante isolada.

No pós-operatório, à depender dos fatores de risco evidenciados:(número de linfonodos comprometidos, extravasamento capsular nodal, margens cirúrgicas comprometidas, infiltração perineural, invasão angiolinfatica, nível linfonodal acometido).

Abordagem do pescoço[51,52,74-77]:

A incidência de invasão linfonodal é alta nos CECP de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe, mesmo no estágio inicial da doença, sendo recomendável realizar minimamente ECSsoh em todos os casos cirúrgicos. nos casos de hipofaringe esta indicado o esvaziamento seletivo de niveis ii a iv. Pacientes com tumor primário de língua podem apresentar metástase isolada para o nível IV ("skip metastases"), devendo-se considerar também a ressecção dos linfonodos deste nível.

(Questionamento que necessita avaliação: T1N0 cavidade oral, sem fatores de risco?)

O esvaziamento bilateral deve ser considerado no tratamento eletivo de tumores que acometem estruturas da linha média, e em pacientes com metástase cervical ipsilateral clinicamente manifesta.

No CECP de laringe com doença clinicamente N0, recomenda- se o ECS BILATERAL DE II A IV,nos casos com doença T2-3-4 supraglótica e tumores T4 glóticos . A ressecção eletiva dos linfonodos do nívelI deve ser reservada aos casos clinicamente suspeitos de acometimento secundário[78-81].

(Ver a necessidade de colocar as indicações de esvaziamento para cada situação, por não se tratar de um manual de condutas e, respeitada a melhor pratica disponível, respeitasse as condutas de cada serviço.)

9.2. Doença avançada (estágio III ou IV)

A diretriz anterior considera os tratamentos por sitio anatomico e estádio, o que pode parecer anárquico e confuso. Desta forma, surgiu a proposta de que fosse revisto de forma a facilitar a compreensao e o carater pratico da diretriz.

Sugerimos, portanto, dividir essa parte em itens

– tumores ressecáveis

- Tumores irressecáveis
- Tratamento adjuvante – incluindo radio e quimioterapia
- Tratamento neoadjuvante

E uma subdivisão conforme ECOG (abre espaço para cuidados paliativos em ECOG >2), não elegíveis à terapia com platina. Fica mais diático e de fácil compreensão como tópicos.

É necessário verificar a a necessecidade de mudança grande na estrutura para melhororar a diretriz.

O tratamento do câncer de cavidade oral é geralmente cirúrgico, frequentemente seguido por radioterapia adjuvante, enquanto o câncer de orofaringe, preferencialmente é tratado por radio e quimioterapia, obedecendo a criteriosa seleção do paciente quanto performance status e comorebidades.

Em pacientes selecionados de CECP de laringe e hipofaringe, a estratégia de preservação de órgão por meio de quimio e radioterapia concomitantes é preferível ao tratamento cirúrgico, desde que haja funcionalidade e preferencialmente discutida em discussão interdisciplinar.

No Carcinoma Espinocelular de Nasofaringe o tratamento padrão consiste em quimioterapia concomitante radioterapia do sítio 1o e drenagem linfática, seguido por precedido de quimioterapia sistêmica

Ref: J Clin Oncol.1998 Apr;16(4):1310-7.

As seguintes orientações devem ser observadas:

a) Nos casos em que o tumor for ressecável, cirurgia com finalidade radical e radioterapia ou radioquimioterapia pós-operatória.

A radioquimioterapia pós-operatória se comparada à radioterapia isolada está associada a maior controle locorregional e menor risco de morte (razão de risco = 0,77; intervalo de confiança de 95%: 0,66 a 0,80, p = 0,0008), sendo em particular preferível nos pacientes de alto risco para recidiva: múltiplos linfonodos comprometidos, presença de extensão extracapsular linfonodal ou margem positiva (ressecção R1) [70,82].

b) Radioterapia e quimioterapia concomitantes também pode ser advogada nas seguintes condições: tumores irressecáveis ou inoperáveis, cirurgia com resultado funcional inaceitável ou nos casos de estratégicas de preservação de órgão em tumores de laringe/hipofaringe.

c) A radioquimioterapia concomitante deve empregar preferencialmente esquema quimioterápico baseado em monoterapia platina a cada 3 semanas- a administração semanal mostra-se inferior. Nos doentes clinicamente inelegiveis para tratamento com derivados da platina, pode-se optar pela radioterapia isolada ou associada a cetuximabe[83-88]. Ressalte-se que o uso do cetuximabe no câncer da cabeça e pescoço foi analisado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, com deliberação negativa, estando os relatórios disponíveis em http://conitec.gov.br/. Em situações que a concomitância não puder ser empregada, o tratamento sequencial com quimioterapia seguido de radioterapia pode ser realizado, porém sem evidências claras de melhores resultados.

d) Após radioterapia e quimioterapia concomitantes, havendo suspeita clínica ou radiológica de doença residual linfonodal, recomenda-se realização de PET-CT com FDG a partir de 10 semanas do tratamento, punção por agulha fina ou mesmo a dissecção por ECR, ECRm ou ECS[89]. Nos pacientes que atingiram resposta clínica completa, deve-se optar por seguimento clínico radiológico. (sugerimos que este parágrafo seja realocado em outro local do texto que remeta a seguimento).

A exceção de câncer de nasofaringe, a quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante ao tratamento combinado de quimioradioterapia não é recomendada de rotina, mas pode ser considerada em casos específicos e preferencialmente discutida em contexto interdisciplinar. Esta deve empregar esquema quimioterápico baseado em platina (cisplatina ou carboplatina), contendo dois ou três medicamentos por 3 ciclos, seguido por radioterapia isolada ou radioquimioterapia [86,97,101,104-107].

Neoadjuvancia (sugerimos a criação de tópicos específicos para tratamento definitos com cirurgia, definitivo com quimioradio concomitante, neoadjuvancia, terapia de resgate)

9.3. Recidiva local e doença metastática

Necessita rever de acordo com as novas condutas terapêuticas.

Na recidiva locorregional o tramento de resgate depende do tratamento previamente realizado. Ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição, a depender da morbidade relacionada ao tratamento, tecnicamente possível e aceita pelo paciente, cursando com taxa de sobrevida em 02 anos de 40% [113]. (rever a estatistica deste dado)

Após o resgate cirúrgico, a irradiação pós-operatória deve ser fortemente considerada em pacientes não irradiados previamente. O emprego da reirradiação adjuvante é controverso, pois apresenta elevada morbidade e, embora proporcione melhora do controle loco-regional, não se traduz em ganho de sobrevida global. Seu uso deve ser discutido de forma multidisciplinar, com participação ativa do paciente no processo decisório e ficar restrito a casos bem selecionados como pacientes com longo intervalo livre de doença, sem disfunção de órgão e com extravasamento capsular e/ou margem positiva

REFERÊNCIAS:

Janot F, et al. Randomized trial of postoperative reirradiation combined with chemotherapy after salvage surgery compared with salvage surgery alone in head and neck carcinoma. J Clin Oncol. 2008 Dec 1;26(34):5518-23.

Merlotti A, et al. What is the role of postoperative re-irradiation in recurrent and second primary squamous cell cancer of head and neck? A literature review according to PICO criteria. Crit Rev Oncol Hematol. 2017 Mar;111:20-30.

Nos casos de recidiva em pacientes previamente tratados com quimioradioterapia definitiva, reirradiação preferencialmente com IMRT pode ser empregada na impossibilidade de resgate cirúrgico, com risco potencial de toxicidade aguda e tardias elevados. Seu emprego deve ser feito de forma criteriosa, com preferência para pacientes cujo tratamento tem finalidade curativa, com recidivas de pequeno volume, com longo intervalo livre de doença e sem disfunção importante de órgão. Neste contexto, o uso de IMRT é imprescindível, pois proporciona melhores resultados em termos de sobrevida livre de progressão, além de toxicidade significativamente menor.

REFERÊNCIAS:

Tortochaux J, et al. Randomized phase III trial (GORTEC 98-03) comparing re-irradiation plus chemotherapy versus methotrexate in patients with recurrent or a second primary head and neck squamous cell carcinoma, treated with a palliative intent. Radiother Oncol. 2011 Jul;100(1):70-5.

Kim YS. Reirradiation of head and neck cancer in the era of intensity-modulated radiotherapy: patient selection, practical aspects, and current evidence. Radiat Oncol J. 2017 Mar;35(1):1-15.

Ward MC, et al. Refining Patient Selection for Reirradiation of Head and Neck Squamous Carcinoma in the IMRT Era: A Multi-institution Cohort Study by the MIRI Collaborative. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2018 Mar 1;100(3):586-594.

Lee N, et al. Salvage re-irradiation for recurrent head and neck cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007 Jul 1;68(3):731-40.

Chen AM, Phillips TL, Lee NY. Practical considerations in the re-irradiation of recurrent and second primary head-and-neck cancer: who, why, how, and how much? Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Dec 1;81(5):1211-9.

9.3.1 Recidiva à Distância (Doença Metastática)

Também as outras opções de QT em linhas posteriores. Acho que aqui a recomendação da diretriz não deve se ater a SUS ou ANS, mas sim um guia para um modelo ideal de atendimento/tratamento. O grande intuito da diretriz, a meu ver, é tentar uniformizar o tratamento medicamentoso, rdt e multidisciplinar no país.

Avaliação NICE-levando em conta custo-efetividade. Ou seja, recomendam ttos de ponta, mas se o fabricante reduzir o preço.

Na doença metastática, emprega-se quimioterapia sistêmica paliativa com esquema terapêutico adequado à condição clínica e capacidade funcional do

doente utilizando-se baseada em platina + 5-FU em 1ª linha concomitante ao uso de anti-EGFR, Cetuximabe, que se mostrou mais eficaz quando associado à poliquimioterapia, com SG em comparação com o da QT isolada (10,1 versus 7,4 meses; HR=0,80; IC de 95%: 0,64-0,99; p=0,04). (1)

Referências:

(1) VERMORKEN, Jan B. et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. New England Journal of Medicine, v. 359, n. 11, p. 1116-1127, 2008.

Imunoterapia com anti PD-1 (nivolumabe ou pembrolizumabe) em 2ª linha apresenta ganho de sobrevida global, sobrevida livre de progressão, taxa de resposta e menor toxicidade em comparação a quimioterapia sistêmica, contudo deve ser considerada conforme as condições protocolo institucional e ainda não apresenta parecer pela CONITEC.

Sugestão geral para o parágrafo. Discriminá-lo conforme linha de tratamento e situações como PS>2 ou inelegibilidade à platina de forma breve e objetiva. Em linhas gerais, deixaria um parágrafo para:

1a Linha de Tratamento

- Quimioterapias basedas em platina

(5FU/LV+CDDP, CDDP ou Carbo + Taxol)

- Quimioterapia com CDDP+5-FU+Cetuximabe (Extreme Trial) apresenta ganho de SG e SLP, pode ser considerada conforme protocolo Institucional, não incorporado pelo SUS.

Ref:

- N Engl J Med.2008 Sep 11;359(11):1116-27.
- parecer CONITEC no 148 Jun/15

2a Linha de Tratamento

- Taxanos, 5-FU, Cetuximabe (à depender do protocolo institucional, não incorporado no SUS)
- Considerar reexposição à Quimioterapia empregada em 1a linha, se recidiva > 6meses
- Imunoterapia com anti PD-1, conforme descrito no texto índice

Ref.

N Engl J Med.2016Nov 10;375(19):1856-1867.

Lancet Oncol. 2017 Aug;18(8):1104-1115.

Pacientes ECOG 2 ou inelegíveis à Cisplatina

Cetuximabe

Taxanos

Fluorouracila

Pacientes ECOG >2
Suposte Paliativo Exclusivo

9.4. Carcinoma de nasofaringe

A radioterapia é a principal modalidade terapêutica para o carcinoma da nasofaringe, que historicamente resulta no controle da doença para 50%-70% dos casos [120]. Séries de casos empregando técnicas mais modernas de irradiação registram maiores taxas de controle locorregional da doença, com preservação significativa da função das glândulas salivares e dos outros tecidos normais adjacentes ao tumor. Estudos randomizados realizados especificamente em pacientes com tumores de nasofaringe demonstram a clara superioridade da IMRT em termos de controle local e toxicidade [53, 62].

REFERÊNCIAS:

Peng G, Wang T, Yang KY, Zhang S, Zhang T, Li Q, Han J, Wu G. A prospective, randomized study comparing outcomes and toxicities of intensity-modulated radiotherapy vs. conventional two-dimensional radiotherapy for the treatment of nasopharyngeal carcinoma. Radiother Oncol. 2012 Sep;104(3):286-93.

Kam MK, Leung SF, Zee B, Chau RM, Suen JJ, Mo F, Lai M, Ho R, Cheung KY, Yu BK, Chiu SK, Choi PH, Teo PM, Kwan WH, Chan AT. Prospective randomized study of intensity-modulated radiotherapy on salivary gland function in early-stage nasopharyngeal carcinoma patients. J Clin Oncol. 2007 Nov 1;25(31):4873-9.

Pow EH, Kwong DL, McMillan AS, Wong MC, Sham JS, Leung LH, Leung WK. Xerostomia and quality of life after intensity-modulated radiotherapy vs. conventional radiotherapy for early-stage nasopharyngeal carcinoma: initial report on a randomized controlled clinical trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2006 Nov 15;66(4):981-91.

A adição de quimioterapia ao tratamento com radioterapia revela melhores desfechos em comparação à radioterapia isolada em termos de controle local, sobrevida global, sobrevida livre de metástases e sobrevida câncer especifica. (Ref: Lancet Oncol2015; 16: 645–55).

A radio e quimioterapia concomitante é, portanto, o tratamento recomendável para CECP de nasofaringe, com irradiação do sítio primário e drenagem linfática, seguido ou precedido de quimioterapia sistêmica. Deve deve ser reservada apenas para pacientes com boa capacidade funcional (escala Zubrod 0 ou 1) e clinicamente capazes de receber quimioterapia baseada em cisplatina.

1ª Opção:

- Cisplatina (100mg/m2) concomitante à radioterapia nos dias 1, 22 e 43 do tratamento (ref: J Clin Oncol 16:1310-1317).

Opções alternativas:

- Cisplatina (40mg/m2) semanal (Ref)

Quimioterapia adjuvante deve ser considerada após tratamento com radioterapia concomitante a quimioterapia , principalmente para pacientes com tumores localmente avançados.

A quimioterapia de indução empregando regimes de associação com cisplatina apresenta benefícios em termos de sobrevida livre de progressão e controle local, todavia ganha particular destaque regime de quimioterapia com 3 drogas (TPF) para carcinoma indiferenciado de nasofaringe (não queratinizado), dado benefício em termos de sobrevida global.[100, 121,123, 124) (**** Incluir Ref Lancet Oncol 2016; 17: 1509–20).

Cisplatina (60 mg/m2)D1, Docetaxel (60 mg/m2) D1, 5-Fluorouracil (600 mg/m2) D1-D4 a cada 21 dias, por 3 ciclos – neoadjuvante.

Recidiva locorregional:

A ressecção cirúrgica seguida ou não de irradiação é a modalidade terapêutica de escolha para a recidiva locorregional do CECP de nasofaringe, estando associada a taxa de sobrevida em 5 anos de 51% [127].

Recidiva à distância:

Em pacientes ECOG 0-1, funções orgânicas preservadas. Considerar quimioterapia sistêmica de doença metastática com os seguintes regimes:

- Cisplatina (D1) e Gemcitabina (D1 e D8) a cada 21 dias – 1ª. opção ((Lancet. 2016 Oct 15;388(10054):1883-1892.)

Cisplatina (D1) e 5-Fluorouracil (D1-D4 em 24h) a cada 21 dias (Ref: J Clin Oncol 16:1310-1317.)

Em pacientes com PS 2 ou inelegíveis à Cisplatina ou 2a linha de Tratamento: Considerar esquemas em monoterapia com taxanos, capecitabina, gemcitabina ou metotrexate: (Ref: Cancer 2005;103:22—31).

Pacientes ECOG>2

- Considerar suporte paliativo exclusivo

Acreditamos que algumas técnicas de terapias poderiam ser melhor esclarecidas, para recomendação do uso nos casos que se aplicam. São elas: terapia-alvo, iodoterapia, imunoterapia. Acreditamos que o texto necessita de maior esclarecimento sobre a utilização de pesquisa de linfonodo sentinela.

Acreditamos que é importante estar claro que os pacientes de câncer de cabeça e pescoço que estejam em tratamento oncológico devem receber gratuitamente um kit de medicamentos padrão para cuidar das possíveis sequelas do tratamento. Exemplo: Nistatina para mucosites; Pomadas para as queimaduras provenientes da radioterapia; entre outros.

9.5. Tratamento de suporte Multidisciplinar

Sugestão de mudança do tópico para “Tratamento Multiprofissional”.

Sugestão para formato do tópico. O tópico de tratamento de suporte ao paciente oncológico poderá ser está constituído de 3 etapas: PRÉ, TRANS E PÓS TRATAMENTO ONCOLÓGICO.

9.5.1 Enfermagem:

Segundo Wanda Horta

> “Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torna-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.”

Dentro dos princípios de uma enfermagem baseada em evidências, a utilização de teóricos para a elaboração de um plano de trabalho sistematizado e consistente, todo enfermeiro deve seguir os princípios do processo de trabalho de enfermagem como base para suas intervenções.

No tratamento oncológico para portadores de câncer de cabeça e pescoço e baseando nos princípios holísticos do cuidado os efeitos colaterais encontrados e já descritos temos xerostomia, disfagia, rouquidão, tosse, ansiedade, alteração na fala, otalgia, odinofagia, anorexia, astenia. Estes diagnósticos podem ser facilmente detectados através da consulta de enfermagem (CE), a mesma deverá ser estruturada, de acordo com cada serviço baseando-se nas especificidades terminológicas de cada região, e servindo como norte para um levantamento sistemático (Oliveira SKP, et al.).

A fase inicial a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) norteia que se faça o levantamento dos problemas identificados que são necessários intervenções, ou seja que afetam a vida o paciente, Gordon elaborou os padrões de saúde funcional (FHP, *functional helath pattern)* onde se instituiu cientificamente um padrão de estuturua de avalição em enfermagem (NANDA I,

2018) e nesta etapa se institui o norte para o acompamnhamento da equipe de enfermagem. A utilização da Taxonomia II de NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) é o princiopio para o estabelecimento de intervencções de enfermagem eficazes onde se tenham os resultados esperados. E para esta elabolação de conduta dentro e um julgamento clinico suporta-se em NIC (Nursing interventions Classification) e a respostas esperadas são classificadas pelo NOC (nursing outcomes Classidication).

O acompanhamento do Enfermeiro na avaliação, orientação e planejamento desde o diagnóstico até o pós tratamento garantindo uma assistência integral, universal e sistematizada, dimensionando e disponibilizando, treinamento do cuidador e do próprio usuário, necessários para a adaptação às alterações anatômicas consequentes ao processo cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

As ações de enfermagem seguição conforme a sistematização da assistência de enfermagem, respeitando suas fases (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação, evolução) e serão descritas em anexo a ser formulado pelas associações aqui representadas SBEO (Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncologica) e SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia).

Quimiotoxicidade

A quimioterapia atua não somente nos tecidos tumorais mas também nas células saudáveis tais como medula óssea, pelos, mucosas e tubo digestivo entretanto as celulas normais possuem um tempo de recuperação esperado contrapondo as anaplasicas que possibilita a re aplicação do quimioterápico em intervalos adequados e pre determinados (protocolos de tratamento) visando o restabelecimento das células saudáveis.

O Quadro abaixo mostra exemplos de efeitos tóxicos dos quimioterápicos, conforme a época em que se manifestam após a aplicação.

Precoces* (de 0 a 3 dias)	Imediatos (de 7 a 21 dias)	Tardios (meses)	Ultra-Tardios (meses ou anos)
- Náuseas; - Vômitos; - Mal estar; - Adinamia; - Agitação; - Exantemas; - Flebites.	- Mielossupressão granulocitopenia plaquetopenia anemia; - Mucosites; Cistite hemorrágica devida à ciclofosfamida; - Imunossupressão; - Potencialização dos efeitos das radiações devida à actinomicina D, à adriamicina e ao 5-Fluoruacil.	- Miocardiopatia devida aos antracícliclos e outros; - Hiperpigmentação e esclerodermia causadas pela bleomicina; - Alopecia; - Pneumonite devida à bleomicina; - Imunossupressão; - Neurotoxicidade causada pela vincristina, pela vimblastina e pela	- Infertilidade; - Carcinogênese; - Mutagênese; - Distúrbio do crescimento em crianças; - Sequelas no sistema nervoso central; - Fibrose/cirrose hepática devida ao metotrexato.

		cisplatina; - Nefrotoxidade devida à cisplatina.	
***Síndrome da toxicidade precoce (Delgado, 1983)**			

As náuseas e vômitos afetam diretamento a performance status (PS) do paciente interferindo em seu estado nutricional e emocional, além de poder desencadear outros distúrbios que podem interromper momentaneamente os ciclos de quimioterapia. Os agentes quimioterápicos induzem a êmese aumentando a secreção de serotonina no trato gastrointestinal entretanto o modelo pavloviano demonstra que náuseas e vômitos ao longo das sessões podem estar associados a estímulos desagradáveis(delgado,2006), assim sendo, apoio biopssicoespiritual ao longo do tratamento devem ser garantidos.

Com objetivo de assegurar a assistência e regulamentar o trabalho do enfermeiro dentros das normas de biossegurança estabelecidas na portaria 170/SAS além de promover um tratamento humanizado, normatizando a consulta de enfermagem e assegurar o desenvimento e a manutenção de melhorias para um acompanhamento do desenvolvimento tecnológico dos padrões internacionais de biossegurança.

São competências do enfermeiro em quimioterapia: [176]

- Manter a atualização técnica e científica da biossegurança individual, coletiva e ambiental, permitindo eficácia em situações emergenciais e de rotina dos profissional, com a finalidade de evitar e/ou interromper ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental, assim como acidentes.
- Elaboração de protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico.
- Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades da equipe de Enfermagem, em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico, categorizando-o como um serviço de alta complexidade, prestando uma assistência de enfermagem embasada metodologicamente.
- Realizar consulta de enfermagem baseado-se no processo de enfermagem direcionado a clientes em tratamento quimioterápico antineoplásico.
- Assistir, integralmente, aos clientes e suas famílias, fundamentados em embasados pelo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e a legislação vigente.
- Manutenção dos protocolos terapêuticos assim como orientados pela farmacocinética afim de garantir segurança do paciente ao ministrar quimioterápico antineoplásico.

- Prevenção de riscos e agravos, difundindo medidas de prevenção através da educação dos clientes e familiares, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do cliente.
- Manter-se atualizado garantindo a qualidade do serviço de forma setorizada e global, além de garantir e proporcionar as condições necessárias para o aprimoramento profissinal, através de cursos e estágios em instituições afins.
- Participar da elaboração de programas de estágio, treinamento e desenvolvimento para a equipe de Enfermagem, relativos à área de atuação.
- Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física, necessários à assistência integral aos clientes.
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Aprimorar a correlação técnica-cientifica com as unidades afins para o desenvolvimentos de estudos relevantes e incentivando a pesquisa.
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de Enfermagem, ressaltando os indicadores de desempenho e de qualidade, interpretando e otimizando a utilização dos mesmos.
- Formular e implementar manuais técnicos operacionais para equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação.
- Formular e implementar manuais educativos aos clientes e familiares, adequando-os a sua realidade social. [176]

Radiotoxicidade

Monitoramento sistematizado das lesões em pele e mucosa sendo considerado radiotoxicidade as manifestações teciduais diretamente relacionada a àrea irradiada. Devendo atentar-se por terem uma resposta mais rápida a irradiação os tecidos de pele, mucosas, tecidos hemocitopético e linfoide, aparelho digestivo, ovário entro outros.podendo ser:

Agudas - aparencendo até 3 meses do tratamento

Tardias - após 3 meses até um ano ou final do tratamento.

Radiodermite aguda – caracteriza-se por eritema inicial, edema progressivo, hipercromia, descamação seca, úmida e ulceração, dependendo da dose de radiação.

Critérios de graduação da toxicidade aguda causada pelo tratamento radioterápico

Pele:

Grau 1 – Atrofia discreta, alterações leves da pigmentação, perda capilar parcial;

Grau 2 – atrodia moderada, telanglectasia moderada, perda capilar

Grau 3 – atrofia acentuada, telanglerasia importante

Grau 4 – ulceração

Tecido subcutâneo

Grau 1 – discreta fibrose, perda da gordura subcutânea

Grau 2 – Fibrose moderada mas assintomática, contratura leve no campo de tratamento

Grau 3 – fibrose grave comperda do tecido subcutâneo, contratura importante no campo de tratamento

Grau 4 – necrose

Mucosa

Grau 1 – discreta atrofia, secura

Grau 2 – atrofia moderada, telangectadsia

Grau 3 – atrofia acentuada, com secura completa, telangectasia importante

Grau 4 – Ulceração

Medula espinhal

Grau 1 – síndrome de L Hermitte leve

Grau 2 – síndrome de L Hermitte grave

Grau 3 – achados neurológicos objetivos no ou abaixo do nível tratado

Grau 4 – mono, para ou quadriplegia

Intestino delgado / grosso

Grau 1 – diarreia leve, cólica leve, menos de 5 evacuações por dia, sangramento retal discreto ou perda discreta de muco;

Grau 2 – Diarreia e cólica moderada, mais de 5 evacuações diárias, sangramento retal intermitente o perda execiva de muco;

Grau 3 – obrstrução ou sangramento necessitando cirurgias.

Grau 4 – necrose/perfuração fistula

Bexiga

Grau 1 – Discreta atrofia epitelial, telenagectasia leve (hematúria microscópica)

Grau 2 – frequência moderada, telangectasia generalizada, hematúria macroscópica intermitente

Grau 3 – frequência e disúria graves, telangectasia grave e generalizada (frequentemente com petéquias), hematuria frequente, redução da capacidade vesical < 150cc

Grau 4 – Necrose, bexiga contraída (capacidade < 100cc), cistite hemorrágica grave.

Fonte: Ações de enfermagem para o controle do câncer, cap. 07 - 2008.

Radiodermite crônica – caracteriza-se por isquemia, alterações pigmentares, espessamento, telangiectasia, ulceração e fibrose.

Critérios de graduação da toxicidade crônica:

Pele:

Grau 1 – eritema leve, epilação, descamação seca;

Grau 2- eritema doloroso, descamação úmida e dolorosa, edema moderado;

Grau 3 – descamação úmida e confluente, edema importante

Grau 4 – ulceração, hemorragia e necrose

Membrana e Mucosa

Grau 1 – congestão, dor sem necessidade de analgesia;

Grau 2 – Mucosite localizada, secreção serosanguinolenta, dor com necessidade de analgesia;

Grau 3 – Mucosite fibrosa confluente, dor severa necessitando de narcóticos;

Grau 4 – ulceração, hemorragia, necrose

Faringe e esôfago:

Grau 1 – disfagia ou odinafagia;

Grau 2 – disfagia ou odinofagia moderada, necessidade de analgésico tópico ou anarlgesia não narcótica, alteração de dieta para consistência pastosa;

Grau 3 – Disfagia ou odinofagia grave com desidratação ou perda de basede mais de 15%, necessitando de alimentação por sonda nasogástrica, venosa ou hiperalimentação

Grau 4 – obstrução completa, ulceração, perfuração, fístula;

Abdome superior:

Grau 1- anorexia com 5% de perda de peso, náuseas sem necessitar de antieméticos, desconforo abdominal sem necessitar de drogas ou analgesia;

Grau 2 – anorexia ≤ 15% de perda de peso, náuseas ou vômitos necessitando antiemético, dor abdominal necessitando analgésico

Grau 3 – anorexia < 15% de perda de peso ou necessitando de sonda gástrica o alimentação parenteral, dor abdominal severa, apesar da medicação, hematêmese ou melena/ distensão abdominal

Grau 4 – obstrução subaguda ou aguda, perfuração, hemorragia Gastrointestinal necessitando de transfusão, dor abdominal requendo descompressão por sonda ou por cirurgia.

Fonte: Ações de enfermagem para o controle do câncer, cap. 07 - 2008.

Sendo de competência do enfermeiro no cuidado do tratamento radioterápico promover e difundir medidas de prevenção, tratamento e reabilitação ao longo da permanência do paciente do serviço através da consulta de enfermagem conforme a lei nº 7498/86.

São as competências do enfermeiro em radioterapia:

- Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, em clientes submetidas à radiação ionizante, alicerçados na metodologia assistencial de Enfermagem.
- ” Participar de protocolos terapêuticos de Enfermagem, na prevenção, tratamento e reabilitação, em clientes submetidos à radiação ionizante.
- ” Assistir de maneira integral aos clientes e suas famílias, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e a legislação vigente.
- ” Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas através da educação aos clientes e familiares através da consulta de Enfermagem.
- Participar de programas de garantia da qualidade em serviços que utilizam radiação ionizante, de forma setorizada e global.
- Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais de Enfermagem atuantes na área, através de cursos e estágios em instituições afins.
- Elaborar os programas de estágio, treinamento e desenvolvimento de profissionais de Enfermagem nos diferentes níveis de formação, relativos à área de atuação, bem como proceder à conclusão e supervisão deste processo educativo.
- Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física, necessários à assistência integral aos clientes.
- Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes às áreas de atuação.
- Estabelecer relações técnico-científicas com as unidades afins, desenvolvendo estudos investigacionais e de pesquisa.
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.
- Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de Enfermagem, ressaltando os indicadores de desempenho, interpretando e otimizando a utilização dos mesmos.
- Formular e implementar Manuais Técnicos Operacionais para equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação.
- Formular e implementar Manuais Educativos aos clientes e familiares, adequando-os a sua realidade social.
- Manter atualização técnica e científica de manuseio dos equipamentos de radioproteção, que lhe permita atuar com eficácia em situações de rotina e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou material considerável, nos moldes da NE-3.01 e NE- 3.06, da CNEN, respeitando as competências dos demais profissionais.

TRAQUEOSTOMIA

A traqueostomia é uma incisão na parede anterior da traqueia que pode ser realizado por cirurgia ou endoscopia percutânea. Após a incisão ocorre a inserção de uma cânula de traqueostomia no estoma que fará a ligação entre os pulmões com o exterior, viabilizando a entrada e saída do fluxo aéreo. [3]

Sua indicação pode ser temporária ou permanente para pacientes que apresentam quadro de insuficiência respiratória, acesso às vias aéreas para remoção de secreções, ventilação prolongada, desobstrução das vias aéreas superiores e redução do espaço morto para facilitar o desmame ventilatório. [3]

Pessoas em uso de traqueostomias necessitam de cuidados e manutenções periódicas realizadas pela equipe multiprofissional [3,4] ou por familiares/cuidadores capacitados pela equipe para o cuidado.

As cânulas de traqueostomias devem ser substituídas regularmente para manter sua função e bom estado. Como não temos descrito um consenso para determinar o tempo de substituição destas cânulas devemos considerar as características individuais de cada pessoa, levando em consideração a quantidade de secreções peritraqueostomia, formação de crostas e infecção respiratória para indicar a necessidade de troca. [2,5,6,7]

Um outro parâmetro a ser considerado é o prazo de durabilidade descrito pelo fabricante, pois o material utilizado na confecção da cânula tende a sofrer desgaste com o tempo de uso e contato com secreções existentes no local.

A substituição da cânula de traqueotomia deve ser realizada conforme técnica e princípios científicos de anatomia, fisiologia, microbiologia e patologia e é preciso considerar os riscos do procedimento. [7]

Compete ao enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado a realização da substituição ou manutenção da cânula de traqueostomia, desde que tenha segurança e preparo técnico científico para a realização do procedimento. Assim como as ações educativas direcionadas a equipe de enfermagem, familiares, cuidadores e paciente, devido ao aprofundamento técnico-científico em estomias. [1,2,6,7]

Abaixo (quadro 1) as intervenções a serem realizadas pelo enfermeiro às pessoas com traqueostomia. [1]

Quadro 1 – Intervenções do enfermeiro estomaterapeuta ou capacitado na assistência a pessoa com traqueostomias.[1]

Pré-operatório
• Realizar consulta de enfermagem para obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia, • Orientar quanto ao ato operatório, ao preparo prévio em geral, a estomia, a cânula endotraqueal e os cuidados relacionados com a mesma. • Encaminhar a outros profissionais da equipe, se necessário.
Pós-operatório imediato e mediato

• Realizar a visita para avaliar as condições do estoma e da ferida operatória (quando houver), da pele ao redor e do tipo e condições da cânula. • Indicar tratamento tópico de feridas quando lesão de pele periestomia. • Realizar, progressivamente, as orientações de autocuidado ao paciente e cuidador quanto aos cuidados com a estomia, a pele, cuidados com a cânula e limpeza brônquica. • Solicitar avaliação de outros profissionais da equipe multiprofissional, se indicado. • Troca de cânula de traqueostomia.
Pós-operatório tardio (ambulatorial ou domiciliário)
• Avaliar as condições de pele periestomia, da estomia e presença de complicações; • Averiguar de que forma os cuidados com a cânula, estomia e pele periestomia estão sendo realizados e reforçar as orientações, quando necessário. • Indicar os tratamentos de estomaterapia quando houver presença de complicações (ex. dermatites, granulomas etc.). Avaliar, de modo contínuo, as atividades assistenciais prestadas ao cliente. Atuar com os demais profissionais da equipe no processo de reabilitação do mesmo. Avaliar, de modo contínuo, as atividades assistenciais prestadas ao cliente, bem como os equipamentos usados nesses cuidados, através de protocolos, com vistas à qualidade de vida dessa clientela. • Desenvolver e implementar protocolos de acompanhamento ambulatorial ou domiciliar e de troca periódica da cânula de tranqueostomia. • Trocar cânula de traqueostomia, conforme protocolo institucional.

A substituição da cânula de traqueostomia e do material necessário segue descrita no quadro 2.

Quadro 2 – Descrição para a substituição de cânulas de traqueostomias.

Descrição da técnica de substituição de cânula de traqueostomia.	Material necessário

• Reunir o material para o procedimento. • Informar o procedimento ao paciente e/ou familiar; • Remover curativos e roupas que possam bloquear o campo de visão; • Acomodar paciente sentado em poltrona ou maca; • Realizar delicadamente a remoção da cânula em uso; • Realizar a higienização do local (conforme protocolo); • Uso de lidocaína gel na porção da cânula a ser introduzida; • Introdução da cânula de traqueotomia do mesmo calibre na estomia; • Instalar fixador de forma firme e confortável ao pescoço; • Se não houver sucesso na passagem da cânula do mesmo calibre, tentar uma segunda vez com uma cânula menor e se bem-sucedida encaminhar paciente para avaliação médica; • Se a segunda tentativa com a cânula de calibre menor não obtiver sucesso, providenciar uma fonte de O2 para o paciente, monitorização cardíaca, oximetria de pulso e acionar equipe médica. • Verificação do posicionamento correto da cânula após a substituição: paciente deve manter padrão respiratório prévio e avaliar saída de ar pelo orifício interno da cânula; • Reavaliar paciente e fazer ausculta pulmonar; • Anotações avaliação previa da pessoa, descrição da substituição (se apresentou ou não intercorrências, calibre da cânula substituída) e avaliação da estomia e da pele periestomia. • Orientações para os cuidados e data da próxima troca.	• Máscara descartável; • Óculos de proteção individual; • Jaleco ou avental descartável; • Equipamento para aspiração de vias aéreas e fonte de O2 suplementar; • Luva estéril/procedimento (conforme protocolo); • Gaze estéril/procedimento (conforme protocolo); • Seringa 10 ou 20 ml com bico “luer slip” (se cânula balonada com cuff); • Xilocaína gel; • Fixador para cânula adequado. • Cânula do mesmo calibre; • Cânula em calibre um número menor; • Material para curativo se necessário; • Estetoscópio.

Fonte: adaptado de [5]

A fixação das cânulas de traqueostomias deve ser realizada com cadarços ou fixadores acolchoados instalados de forma firme e confortável. Não é recomendada fixação com pontos cirúrgicos [6], pois impedem os cuidados locais bem como trazem risco de infecção.

GASTROSTOMIA

A terapia nutricional é fundamental na vida do ser humano, podendo ser administrada por via oral, cateter nasoenteral ou enterostomias. Nas terapias de curtos períodos são indicados os cateteres nasoenterais, porém quando existe a necessidade nutricional de longa permanência temos a indicação da gastrostomia, jejunostomias ou duodenostomia. [2,9,10]

A gastrostomia é uma abertura na região anterior do estomago, gerando uma estomia para a comunicação do estômago com o meio externo, realizado por procedimento cirúrgico convencional (cirurgia aberta) ou endoscópico percutâneo (GEP). [2,9]

A gastrostomia pode ser temporária (até restabelecimento da via oral) ou definitiva. É indicada como adjuvante a outros tratamentos, como complemento de cirurgias abdominais de grande porte, esvaziamento gástrico quando prejudicado de 24 a 48 horas, devido a um Íleo adinâmico com peristaltismo prejudicado, em vigência de fístulas digestivas, na recuperação ou manutenção do estado nutricional, terapêutica paliativa (alimentação e drenagem), descompressão gástrica (fase pós cirúrgicos) e alimentação (fase seguinte). [9,11]

O perfil do paciente com neoplasia em cabeça e pescoço tende a ser inicialmente lúcido e com nutrição adequada, porém seria importante a indicação da GEP antes das queixas de disfagias que estarão presentes durante o tratamento de radioterapia e quimioterapia. [10] Considerando as características da evolução natural desta neoplasia é importante o olhar do enfermeiro às necessidades deste pessoa, tanto para a manutenção do estado nutricional durante o tratamento quanto para a sua não interrupção.

Devido a gastrostomia ter indicação por longos períodos a substituição do cateter original será necessária em algum momento. Os cateteres de reposição são comercializados em diversos modelos, tamanhos e materiais. [10,12,13]

A substituição do cateter deverá ser realizada nos casos de obstrução do cateter em uso, perda acidental ou conforme protocolos institucionais pré-estabelecidos.[12,13]

A padronização de protocolos para substituição emergencial ou periódica dos cateteres devem avaliar as características individuais de cada pessoa, características do cateter a ser removido (desgaste) e o prazo de durabilidade descrito pelo fabricante. [13] É importante lembrar que a depender do tempo de contato do cateter com as secreções gástricas, a durabilidade deste cateter poderá ser reduzido, necessitando de uma substituição antecipada.

O cateter para gastrostomia GEP que possui retentor flexível interno para fixação deverá ser substituído por um médico [2,12,13] para os demais, a substituição poderá ser realizada por enfermeiro estomaterapeuta ou capacitado conforme pareceres favoráveis para a realização da substituição de cateter em gastrostomia conforme. [12]

As intervenções (quadro 3) a serem realizadas pelo enfermeiro às pessoas com gastrostomias. [1]

Quadro 3 – Intervenções do enfermeiro estomaterapeuta ou capacitado na assistência a pessoa com gastrostomias.[1]

Pré-operatório • Realizar consulta de enfermagem para obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia, • Orientar quanto ao ato operatório, ao preparo prévio em geral, a estomia, o tubo de alimentação e os cuidados relacionados ao mesmo e aos acessórios. • Encaminhar a outros profissionais da equipe, se necessário. Pós-operatório imediato e mediato

• Realizar a visita para avaliar as condições do estoma e da ferida operatória (quando houver), da pele ao redor e do tipo e condições do cateter de alimentação. • Realizar, progressivamente, as orientações de autocuidado ao paciente e cuidador quanto aos cuidados com o estomia, a pele, administração da dieta e cuidados com os acessórios. • Solicitar avaliação do nutricionista para prescrição e orientação da dieta.
Pós-operatório tardio (ambulatorial ou domiciliar).
• Avaliar as condições de pele periestomia, do estomia e presença de complicações, tipo de cateter. • Averiguar de que forma os cuidados com o cateter/assessórios e estoma estão sendo realizados e reforçar as orientações, quando necessário. • Mensurar o diâmetro do estomia e da espessura da parede abdominal, se não houver esse registro (depois de no mínimo quatro a oito semanas). • Avaliar a estomia, equipamento utilizado e a pele periestomia de modo continuo, assim como as atividades assistências prestadas ao paciente, por meio de protocolos, com vistas a qualidade de vida desta pessoa tanto no ambiente ambulatorial quanto domiciliar. • Indicar os tratamentos de estomaterapia quando houver presença de complicações (ex. dermatites, granulomas, etc.). • Trocar o cateter de gastrostomia de acordo com o protocolo da instituição.

A substituição do cateter de gastrostomia e material necessário segue descrita no quadro 4.

Quadro 4 – Descrição para a substituição de cateteres em gastrostomias.

Descrição da técnica para substituição de cateter em gastronomia	Material necessário

Remoção do cateter em gastrostomia com retentor interno balonado: • Não devem ser realizadas substituições de cateter em vigências de sangramento ou instabilidade hemodinâmica; • Verificar se pessoa está em jejum; • Avaliar o tipo de cateter antes da remoção; • Reunir material necessário; • Orientar o paciente/familiar sobre o procedimento a ser realizado; • Esvaziar o balão removendo a água de seu interior; • Remover o cateter da estomia de forma não traumática e delicada; • Avaliar a pele periestomia e estomia; • Higienização local conforme protocolo. Introdução do novo cateter com retentor interno balonado: • Testar o retentor interno balonado do novo cateter com a infusão de água destilada no volume indicado pelo fabricante. • Lubrificar a porção distal do cateter com xilocaína gel. • Introduzir o novo cateter na estomia com firmeza e delicadeza. • Preencher o balão com água destilada no volume indicado. • Ajustar o dispositivo retentor externo até nivelado com a pele do abdome, sem exercer pressão; • Verificar numeração do retentor externo ao nível da pele. • Realizar teste de ausculta gástrica. • Em vigências de intercorrências graves acionar médico para avaliação; • Tratar complicações (granulomas, lesões e dermatites) conforme protocolos institucionais estabelecidos; • Infusão de dieta ao término da substituição devido ao tempo de jejum proposto; • Orientar jejum de 3 a 4 horas para próxima substituição; • Orientar cuidados locais. Registro de informações referente a substituição: • Descrever em prontuário informações referentes ao procedimento realizado: numeração do retentor externo ao nível da pele; condições da estomia, da pele periestomia e intercorrências durante a substituição do cateter.	• Luva de procedimentos; • Máscara descartável; • Avental descartável; • Óculos de proteção individual; • Seringa de 20 ml (luer slip); • Ampola de água destilada; • Agulha para aspiração; • Gaze não estéril; • Lubrificante xilocaína gel. • Estetoscópio. • Cateter com numeração compatível;

Fonte: adaptado de [2,9,11,13,14]

FISTULAS

As fistulas são orifícios ou canais que podem acontecer de forma acidental, devido a complicação no pós operatório ou devido à ocorrência de

algumas doenças, é a ligação entre dois órgãos ou superfície e permitirem a circulação de secreções entre seus espaços. [9,10]

A fístula faringocutânea é a complicação mais grave e frequente nos laringectomizados totais, com uma incidência de 32%, com aparecimento a partir do 33º dia de pós-operatório, podendo ocasionar um aumento nos custos hospitalares (medicamentos, curativos procedimentos, etc.), atrasos no tratamento complementar e alteração da qualidade de vida do paciente. [9,15]

Esta complicação pode se dar em razão da deglutição precoce de saliva pelo paciente (hipersalivação), mesmo com a presença de sonda nasogástrica. Este fato por si só promove uma pressão exagerada na região esofágica, contribuindo para o aparecimento da fístula. São considerados ainda como agravantes a radioterapia, traqueostomia prévia, esvaziamento cervical e outras comorbidades. [9,15]

As fistulas gastrocutâneas, possuem incidencia menor que 5% dos casos e são caracterizadas por aberturas persistentes ou crônicas que permanecem drenado por um período maior que quatro semanas após retirada do cateter de gastrostomia (GEP). São de fechamento espontâneo, mas quando não acontecem no tempo esperado pode ser necessário procedimentos médicos como excisão cirúrgica do trato fistuloso e a aplicação de clips para fechamento interno do orifício permitindo a oclusão e cicatrização local. Outras técnicas aplicadas podem ser a cauterização do orifício com nitrato de prata ou eletrocoagulação multipolar e a aplicação de selante de fibrina injetado no pertuito.[13]

As fístulas gastrocolocutâneas tem incidência de 0,3% a 6,7% dos casos e acontecer no momento da realização da GEP, devido a punção de uma alça interposta entre a parede abdominal ou tardiamente por meio de ulceração da parede gástrica e penetração do retentor interno até a alça intestinal adjacente (colón). [10]

A visualização desta complicação pode ocorrer durante a substituição do cateter original de gastrostomia, torna-se possível a visualização da saída de secreção fecaloide. O paciente pode presentar perda de peso, vômitos fecalóide, diarreia com aspecto da dieta infundida e obstrução intestinal. [10]

A resolução para esta complicação pode ocorrer durante a remoção da gastrostomia, favorecendo a cicatrização espontânea, e em raros casos pode ser necessário tratamento cirúrgico devido a peritonite, infecção cutânea e fistulas persistentes. [10]

Intervenções (quadro 5) a serem realizadas pelo enfermeiro às pessoas com fístulas . [1]

Quadro 5 – Intervenções na assistência a pessoa com fístulas.[1]

Fístulas

- Realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia.
- Prescrever terapia tópica de acordo com etiologia da fístula e da avaliação clínica do paciente.
- Orientar a equipe quanto aos cuidados propostos.
- Verificar previamente a etiologia da fístula.
- Prescrever cuidados coma pele em geral e demais medidas de preservação da integridade cutânea.
- Solicitar e analisar exames hematológicos, bioquímicos e de cultura para subsídios para tomada de decisão clínica. (Estomaterapeuta).

Em casos de fistulas e deiscências em pessoas que utilizam traqueostomias é comum o uso de cânulas com cuff para diminuir o risco de aspiração e facilitar a higienização local. [9]

LESÕES DE PELE RELACIONADAS A QUIMIOTERÁPICOS

Entre as modalidades de tratamento para o câncer, a quimioterapia é a que detém a maior incidência de cura. Sua ação antineoplásica pode atuar aumentando a sobrevida das pessoas, mesmo daqueles com tumores muito avançados. Entretanto, alguns agentes antineoplásicos podem acarretar toxicidade dermatológica. [16,17]

A toxicidade dermatológica pode ser local, quando ocorre o extravasamento, ou sistêmica através de danos gerados à pele [22] como a síndrome “mão- pé” [18,21], rash cutâneo[20], fotossensibilidade[21], hiperpigmentação [19], paroníquia [20,21], siringometaplasia escamosa écrina[18], entre outras.

Intervenções (quadro 6) a serem realizadas pelo enfermeiro às pessoas com feridas. [1]

Quadro 6 – Intervenções na assistência a pessoa com feridas. [1]

Prevenção de feridas/Pele integra

- Realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia.
- Instituir investigação de rotina usando instrumentos confiáveis e válidos.
- Identificar pacientes com necessidades continuadas de cuidados, presença/ausência de necessidades básicas de vida, a adesão ao tratamento médico e de enfermagem, os recursos da comunidade adequados as necessidades básicas de vida e saúde, os sistemas de apoio da comunidade e da família, estratégias usuais de enfrentamento do indivíduo e do grupo e o nível educacional do paciente e família.
- Formular objetivos para um programa de educação em saúde
- Examinar e monitorar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema, drenagem, temperatura, áreas de descoloração, contusões exantemas, abrasões, ressecamento, umidade excessiva, pressão, atrito e cisalhamento.
- Examinar extremidades inferiores quanto á presença de edema, coloração, textura, umectação, fissuras da pele, maceração entre os dedos deformação dos pés e dedos.
- Identificar a cultura, idade e a capacidade para o autocuidado.
- Identificar precocemente sinais e sintomas de risco para lesões de pele (turgor, diminuído, desnutrição, sedentarismo, mobilidade diminuída.
- Identificar as necessidades/ riscos do paciente e implementar medidas de segurança, apropriadas.
- Encaminhar para outros profissionais da equipe se necessário.
- Fazer orientações alimentares e hidratação.
- Realizar testes de avaliação de neuropatias: reflexo de Aquiles sensibilidade tátil, pressórica, dolorosa e térmica, teste de sensibilidade vibratório com uso de diapasão e teste de monofilamentos de Semmes-Weistein (estensiometria).

Feridas agudas

- Realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia.
- Verificar previamente a etiologia de feridas agudas.
- Prescrever terapia tópica de acordo com a etiologia a avaliação clínica do paciente, da ferida e do protocolo institucional.
- Prescrever cuidados com a pele em geral e demais medidas de prevenção da integridade cutânea no ciclo vital.
- Prescrever terapia tópica de acordo com a etiologia a avaliação clínica do paciente e da ferida.
- Reavaliar terapia tópica na presença de infecção.
- Aplicar escala de dor.
- Realizar desbridamento autolítico na presença de tecidos desvitalizados.
- Encaminhar para outros profissionais da equipe quando necessário e supervisionar a adesão as medidas implementadas.
- Orientar a equipe quanto aos cuidados propostos e protocolos institucionais.

- Realizar orientação alimentar e hídrica e, quando pertinente solicitar avaliação do nutricionista.
- Realizar desbridamento instrumental conservador na presença de tecidos desvitalizados.

Extravasamento quimioterápico.

O extravasamento de quimioterápicos do interior do vaso sanguíneo para tecidos adjacentes podem gerar irritações severas, formação de vesículas e destruição tecidual. Sua incidência pode chegar entre 0,1% a 6% dos pacientes em tratamento. [9,16,17]

As quimioterapias podem ser classificadas como vesicantes, irritantes e não irritantes. [9,16,17]

- Drogas vesicantes: Pode ocorrer a formação de vesículas, destruição tecidual e, em alguns casos, necrose. Há a possibilidade de acometimento dos tendões, dos nervos e até mesmo dos vasos importantes. [17]
- Drogas irritantes: Apesar da não ocorrência de infiltração, podem provocar alterações dermatológicas como queimação e dor, sem avançar para necrose tecidual ou formação de vesículas; sendo assim, são consideradas reações menos intensas que as vesicantes. Quando acontece próximo a articulações, pode induzir a dano funcional do membro. [17]
- Drogam não irritantes: Raramente ocorre toxicidade dermatológica, pode ocorrer edema local, porém são absorvidos pelo organismo sem sequelas. É importante manter observação local. [9]

As intercorrências no tratamento com drogas quimioterápicas devem ser prevenidas ou minimizadas através de uma assistência de enfermagem sistematizada e individualizada, onde o paciente deve participar de sua terapêutica. [17]

Ações preventivas padronizadas e aplicadas corretamente podem trazer maiores benefícios às pessoas em tratamento quimioterápico. [9,16,17]

Quadro 7 - Ações relacionadas a prevenção e tratamento em casos de extravasamento de quimioterápicos.

Ações preventivas	Ações após o extravasamento de quimioterápico

• Uso de cateteres venosos com calibres menores, menor fluxo em caso de extravasamento. • Checar retorno venoso antes, durante e após a infusão das drogas. • Uso de fixadores adequados para acessos venosos (transparente) que permitam a visualização do local da punção. • Uso de “flushing” com no mínimo 20 ml de soro fisiológico 0,9 % ao termino de cada droga infundida (lavagem do percurso de fluxo). • Drogas vesicantes devem ser administradas com tempo superior a 20 minutos e apenas em acessos centrais. • Evitar o uso de acessos periféricos puncionadas há mais de 24 horas, principalmente os que não apresentam fluxo e refluxo. • Evitar punção em membros com distúrbios motores e/ou sensoriais, com presença de edema, esvaziamento ganglionar e alterações anatômicas. • Evitar punções em locais de articulações, tendões e nervos como punho e fossa cubital. • Verificar com oncologista a possibilidade de instalação de cateter central quando detectado impossibilidade de acesso periférico. • Importante lembrar que cateteres centrais minimizam, mas não evitam totalmente o risco de extravasamentos. • Orientar paciente a evitar movimentações durante a administração da quimioterapia. • Orientar o paciente a comunicar qualquer desconforto na área de inserção do cateter em infusão de quimioterápico.	• Interromper imediatamente a infusão da droga. • Não remover o dispositivo de punção venosa inicialmente, realizar aspiração do conteúdo infiltrado. • Após aspiração, remover o dispositivo de punção. • Mensurar o local de ocorrência do extravasamento com caneta para demarcação cirúrgica (alta fixação) para seguimento e registro fotográfico. • Aplicar as medicações (antídotos) e compressa térmica com adequada indicação para cada droga. • Estas compressas devem ser aplicadas por até seis vezes ao dia, nas primeiras 48 horas. • Acionar equipe médica responsável pelo paciente para avaliação.

Fonte: adaptado de [9,16]

Não existem evidências científicas de que a compressa fria favoreça a diminuição da formação de lesões, seus benefícios podem se limitar a diminuir o incômodo local, [16,17,] mas existe na literatura a descrição das indicações de compressas para cada droga extravasada e suas funções [9,16,17] (quadro 8).

Quadro 8 – indicação de compressa térmica de acordo com quimioterápico.

COMPRESSA MORNA VASODILITAÇÃO		COMPRESSA FRIA VASOCONSTRIÇÃO	
Paclitaxel	Proporciona a vasodilatação, facilitando o aumento da absorção e distribuição do citostático.	Carmustina	Diminuição da velocidade de infusão da droga nos tecidos, diminuindo a área de danos.
Oxaliplatina		Dactinomicina	
Vinorelbine		Daunorrubicina	
Vimblastina		Idarrubicina	
Vincristina		Mitomicina	
Bortezomibe		Doxorrubicina	
Etoposide		Cisplatina	
Irinotecano		Dacarbazina	
Topotecano		Docetaxel	
Ifosfamida			
Fluorouracil			
Mitoxantrona			
Doxorrubicina Lipossomal			

Fonte: adaptado de [9,16,17]

Os medicamentos (antídotos) são agentes que, quando aplicados no local podem neutralizar ou diminuir os efeitos de uma toxina extravasada nos tecidos, são utilizados quando ocorre um extravasamento de quimioterapia. [16]

Após o extravasamento será necessario uma avaliação cirteriosa do enfermeiro responsavel pélo setor e se necessário avaliação do especialista estomaterapeuta/dermatologista. [9,16]

Os comprometimentos locais sem ruptura da integridade da pele têm indicação de aplicação de creme hidratante. [20]

Grande parte dos extravasamentos é resolvida atraves da combinação de compressas e medicações tópicas. [9] Os comprometimentos locais sem ruptura da integridade da pele têm indicação de aplicação de creme hidratante [20,] porém alguns extravasamentos podem evoluir para lesões mais profundas causando bolhas ou ruptura da integridade da pele. [9]

Em casos de ruptura da integridade da pele a higienização local deverá ser realizada com soro fisiológico 0,9 % e a aplicação de curativos oclusivos para proteção e tratamento do local. Desta forma, deve se acionar a equipe de enfermagem em estomaterapia/dermatologia para avaliação, indicação de coberturas e seguimento até cicatrização. [9]

As tecnologias em coberturas empregadas para estes curativos devem suprir a necessidade da lesão ocasionada, tendo como prioridade estimular o processo de cicatrização.

Pode ocorrer a necessidade de antibioticoterapia em vigência de infecções, sendo necessário acionar equipe médica e até mesmo de

desbridamento cirúrgico em casos de comprometimento tecidual profundo (necrose), sendo necessário acionar equipe da Cirurgia Plástica.[9]

Toxicidade dermatológica sistêmica

1) Eritrodisestesia palmo-plantar ou Síndrome Mão-Pé (SMP): é uma reação cutânea tóxica decorrente da alta vulnerabilidade dos tecidos cutâneos à ação de quimioterápicos. Apresenta-se através de edema, dor, eritema e descamação de mãos e pés, classificada em graus (quadro 8). Quimioterápicos envolvidos: Oxaliplatina, Capecitabina, Citarabina, Metrotexato, Fluorouracil, Hidroxiuréia, Ciclofosfamida, Docetaxel, Doxorrubicina, Lomustina, Mercaptopurina, Paclitaxel, Vimblastina, Etoposide, Sorafenibe, Sunitinibe. [20]

Quadro 9 – Classificação da Síndrome Mão-Pé [20]

Grau	Síndrome Mão Pé
I	Alterações cutâneas ou dermatite sem dor. (ex. eritema, descamação)
II	Alterações cutâneas com dor, não interferem na função.
III	Alterações cutâneas com dor e interfere na função.

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em programação de tratamento quimioterápico com as medicações acima (quadro 10).

Quadro 10 – Medidas de prevenção e tratamento da Síndrome Mão-Pé.

Ações preventivas	Tratamento
• Evitar exposição das mãos e pés a temperaturas extremas • Evitar exposição ao sol • Tomar banho com água em temperatura ambiente ou morno e sabonete neutro • Evitar uso de esponjas/buchas esfoliantes • Evitar atividades que causam força ou fricção nos pés • Evitar contato com produtos químicos (Ex: produtos de limpeza, etc). • Utilizar luvas de borracha para trabalhos domésticos • Refrescar as mãos e pés com compressas frias por 20 minutos (exceto em uso de Oxaliplatina) • Aplicar creme hidratante sem álcool ou creme de ureia em pele ressecada e sem fissura, de acordo com necessidade. • Secar cuidadosamente a pele após o banho sem friccionar a toalha • Evitar esfregar ou massagear as mãos e pés • Usar meias e calçados confortáveis.	Grau I e II • Utilizar as ações de preventivas descritas ao lado. Grau III • Manter cuidados para lesões Grau I e Grau II • Solicitar avaliação da enfermagem/ Estomaterapia/ Dermatologia • Solicitar avaliação médica para prescrição de corticoides. • Reavaliação periódica até regressão do grau de toxicidade

Fonte: adaptado de [18,20]

2) Rash Cutâneo: ocorre devido a inibição dos receptores do fator de crescimento epidérmico (EGFR) presentes nas quimioterápicos que tratam neoplasias de cabeça e pescoço, colon e pulmão podem determinar reações cutâneas em mais de 50% dos pacientes. São reversíveis, mas podem limitar o uso da quimioterapia e causar lesões papulo-pustulosas em face e tronco, classificadas em graus (quadro 10), além de ressecamento da pele, descamação e alteração na coloração das unhas e pelos. Quimioterápicos envolvidos: Cetuximab, Rituximab, Gencitabina, Alentuzumabe, Bevacizumabe, Trastuzumabe, Dasatinibe, Erlotinibe, Sorafenibe, Sunitinibe, Nilotinibe, Melfalana, Ifosfamida, Clorambucila, Bussulfano, Temozolomida, Raltitrexato, Metotrexato, Pemetrexede, Citarabina, Cladribina, Fludarabina, Mercaptopurina, Hidroxiuréia, Oxaliplatina, Idarrubicina, Bleomicina, Paclitaxel, Vimblastina, Vincristina, Irinotecano, Mitotano, Bortezomibe, Topotecano, Tretinoína, Procarbazina. [19]

Quadro 10 – Classificação do Rash cutâneo [19]

Grau	Rash cutâneo
I	Erosão macular ou papular ou eritema sem sintomas associados
II	Erosão macular ou papular ou eritema com prurido ou outros sintomas associados ou descamação localizada
III	Eritoderma generalizado, sintomático ou erosão macular, papular ou vesicular.
IV	Dermatite esfoliativa ou dermatite ulcerativa generalizada

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em programação de tratamento quimioterápico com as medicações acima (quadro 11).

Quadro 11 – Medidas de prevenção e tratamento do Rash Cutâneo.

Ações preventivas:	Tratamento
• Utilizar protetores solares com fator de proteção superior a 30 em todas as áreas expostas (couro cabeludo, rosto, pescoço, orelhas, membros superiores e inferiores e pés). • Tomar banho com água em temperatura ambiente ou morna e sabonete neutro • Aplicar hidratante sem álcool no corpo • Não remover cravos e espinhas (evitar lesão) • Não friccionar a pele (não coçar) • Secar cuidadosamente a pele após o banho sem friccionar a toalha • Usar chapéus, boné ou lenços para proteção do couro cabeludo e da face	Grau I • Utilizar as ações preventivas descritas. Grau II, III e IV • Manter ações preventivas • Avaliação da necessidade de intervenções médicas para manejo de sintomas associados, principalmente da dor

Fonte: adaptado de [19]

3) Fotossensibilidade: sensibilidade cutânea exacerbada, tornando o paciente sujeito a queimaduras graves após exposição mínima aos raios solares, classificadas em graus (quadro 12). É mais acentuada nos primeiros dias após a aplicação do quimioterápico e pode vir acompanhada por dor e queimação nos olhos quando expostos à luminosidade solar direta. Quimioterápicos envolvidos: Bleomicina, Daunorrubicina, Dacarbazina, Doxorrubicina, Fluorouracil, Metrotexato, Vimblastina, Clorambucila. [20]

Quadro 12 – Classificação da Fotossensibilidade [20]

Grau	Fotossensibilidade
I	Eritema indolor
II	Eritema doloroso
III	Eritema com descamação

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em programação de tratamento quimioterápico com as medicações acima (quadro 13).

Quadro 13 – Medidas de prevenção e tratamento da Fotossensibilidade.

Ações preventivas:	Tratamento
• Utilizar protetores solares com fator de proteção superior a 30 em todas as áreas expostas (couro cabeludo, rosto, pescoço, orelhas, membros superiores e inferiores e pés). • Evitar exposição solar, principalmente entre 10h e 16h. • Utilizar roupas que cubram as áreas mais expostas ao sol (braços, ombros, costas). • Usar chapéus, boné ou lenços para proteção do couro cabeludo e da face	Grau I • Utilizar as ações preventivas descritas Grau II e III • Manter as ações preventivas descritas • Solicitar avaliação médica.

Fonte: adaptado de [20]

4) Hiperpigmentação: Alguns medicamentos quimioterápicos podem causar escurecimento da pele, cabelo, unhas e as membranas mucosas quando exposta aos raios solares, principalmente nas dobras das articulações, nas unhas e no trajeto das veias. [18]

O comprometimento pode ser localizado ou difuso, a pigmentação pode apresentar padrão anatômico ou pode corresponder ao local de contato com materiais externos, como curativos oclusivos. É possível que a hiperpigmentação na pele seja secundária ao aumento da quantidade da melanina, do caroteno ou da hemoglobina. Quimioterápicos envolvidos: Bussulfan, Mecloretamina tópica (mostarda nitrogenada), Ciclofosfamida, Ifosfamida, Carmustina tópica (BCNU), Cisplatina, Tiotepa, Fluorouracil e Fluorouracil intralesional.[18]

Não há tratamento específico para as hiperpigmentações, já que as alterações desaparecem após meses ou anos da descontinuidade da quimioterapia. Recomendam-se ações preventivas[18]:

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em programação de tratamento quimioterápico com as medicações acima (quadro 14).

Quadro 14 – Medidas de prevenção da Hiperpigmentação.

Ações preventivas:
• Utilizar protetores solares com fator de proteção superior a 30 em todas as áreas expostas (couro cabeludo, rosto, pescoço, orelhas, membros superiores e inferiores e pés). • Evitar exposição ao sol das 10 às 16 horas. • Usar chapéus, boné ou lenços para proteção do couro cabeludo e da face. • Manter a pele sempre hidratada usando cremes sem álcool.

Fonte: adaptado de [18]

5) Paroníquia: infecção ao redor o rebordo de unhas da mão ou do pé, inicia-se a partir de uma ruptura da pele ou de uma irritação crônica, causando dor local. Pode ser causada por diversas bactérias, como *Pseudomonas* e *Proteus*, bem como fungos como a *Candida*. [19,20]

Nos casos de infecção pode ser necessário o uso de antissépticos, antifúngicos, antibióticos e corticoides - tópicos e/ou sistêmicos, portanto é preciso acompanhamento com a equipe médica. Nos casos de formação de granuloma piogênico pode ser necessária intervenção cirúrgica da dermatologia. Quimioterápicos envolvidos: Cetuximabe, Panituximabe, Matuzumabe, Panitumumabe, Pertuzumabe, Gefiitinibe, Erlotinibe, Lapatinibe, entre outros. [19, 20]

As medidas de prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes em programação de tratamento quimioterápico com as medicações acima (quadro 15).

Quadro 15 – Medidas de prevenção e tratamento da Paroníquia.

Ações preventivas:	Tratamento
• Utilizar instrumentos pessoais para cuidado com as unhas e cutículas • Atenção ao manusear cortadores de unhas e alicates de cutícula • Utilizar calçados confortáveis • Não realizar a remoção de cutículas ou unhas de forma total.	• Aplicar solução antisséptica para redução de carga bacteriana local. • Solicitar avaliação médica para a prescrição de corticoides, antibióticos, antifúngicos, etc. • Reavaliação periódica até regressão do grau de toxicidade.

Fonte: adaptado de [19, 20]

RADIODERMATITES

Caracterizadas por reações na pele irradiada devido ao dano na camada basal da epiderme, as radiodermatites afetam aproximadamente 90 a 95% dos pacientes submetidos à teleterapia, principalmente pelos efeitos biológicos indiretos da radiação. [23,43]

A fase aguda da radiodermatite, mais comum do que os efeitos tardios/crônicos, é definida pelas mudanças que acontecem na pele, em até 90 dias após o início das sessões [35, 46], apresentando-se com eritema, hiperpigmentação, descamação seca e descamação úmida [43]. A descamação úmida é caracterizada por exposição da derme, extravasamento de fluido, podendo ser acompanhada por exsudato e crosta ou ulceração e até mesmo necrose [22,31,35] . Os efeitos crônicos (tardios) são aqueles que ocorrem após 90 dias do início do tratamento, podendo surgir em até 10 anos após, e incluem atrofia cutânea, pigmentação, esclerose dérmica, telangiectasias e fibrose. [28, 35, 44, 48]

A classificação das radiodermatites, segundo o *Radiation Therapy Oncology Group* – RTOG, encontra-se no Quadro 15. [27,37]

Quadro 16 - Escore RTOG para classificação da radiodermatite aguda e tardia.

Toxicidade	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Aguda	Sem alterações	Eritema leve Epilação Descamação seca	Eritema doloroso Descamação úmida localizada Edema moderado	Descamação úmida confluente Edema importante	Ulceração Hemorragia Necrose
Tardia	Sem alterações	Atrofia leve Alteração da pigmentação Perda capilar parcial	Atrofia moderada Telangiectasia moderada Perda capilar total	Atrofia acentuada Telangiectasia importante	Ulceração

Fonte: Tradução livre da autora, pois a escala não se encontra traduzida / validada no Brasil. [27, 37]

Os Critérios Comuns de Toxicidade são amplamente utilizados em oncologia para avaliação dos eventos adversos dos diferentes tratamentos antineoplásicos e sua versão mais recente é a 5.0 [38,] publicada em 2017, porém ainda sem adaptação cultural para o português. De acordo com esta última versão, as radiodermatites são classificadas em: 1 (eritema leve ou descamação seca), 2 (eritema de moderado a vigoroso; descamação úmida focal, principalmente confinada a dobras e pregas cutâneas; edema moderado), 3 (descamação úmida em outras áreas além das dobras e pregas cutâneas, sangramento induzido por trauma menor ou abrasão), e 4 (consequências com

risco de vida; necrose da pele ou ulceração da espessura total da derme; sangramento espontâneo no local acometido; enxerto de pele indicado). [38]

A gravidade das reações de pele à radioterapia estão associadas a alguns fatores relacionados à radiação, como dose total de radioterapia, esquema de fracionamento, energia utilizada, volume e radiossensibilidade do tecido irradiado. Técnicas modernas de teleterapia, como 3D "*field in field*" (campo a campo) e a *Intensity-modulated radiation therapy* – IMRT (terapia de radiação modulada pela intensidade), mostram-se superiores no que concerne à incidência das reações de toxicidade da pele quando comparadas à radiação convencional. [34] Fatores relacionados aos pacientes como idade, estado nutricional, fumo, doenças crônicas coexistentes e quimioterapia concomitante podem influenciar na gravidade das reações. [23]

Prevenção e tratamento

A educação dos pacientes e/ou seus familiares acerca das reações de pele e cuidados deve ser parte essencial da consulta de enfermagem, iniciada antes e mantida durante todo o tratamento de radioterapia. [23] As consultas de acompanhamento devem ser realizadas semanalmente, visando à detecção e ao manejo precoce dos efeitos adversos do tratamento.

O cuidado com a pele representa um dos mais importantes fatores envolvidos na prevenção das radiodermatites, e devem incluir:

- ✓ utilizar água e sabonete neutro (ou com pH acidificado) para higienização suave da pele irradiada, evitando fricção; [24, 25, 29, 31, 36, 40, 41, 47]
- ✓ utilizar roupas macias e largas, de preferência de algodão; [29, 31, 36, 30, 47]
- ✓ proteger a área irradiada de agentes irritantes [29], evitando o uso de desodorantes, perfumes e cosméticos; [36, 47]
- ✓ evitar depilação e, se necessária, utilizar aparelho tricotomizador elétrico; [36, 47]
- ✓ manter a pele irradiada seca e utilizar toalhas macias. [29]
- ✓ evitar nadar em lagos e piscinas e usar banheiras quentes e saunas. [29, 47]
- ✓ evitar o uso de fitas, adesivos e compressas térmicas (frias ou quentes) sobre a área irradiada;
- ✓ evitar a exposição solar na área irradiada; [29, 47]
- ✓ evitar o uso de produtos tópicos que contêm metal (como zinco e alumínio); [36, 42, 47]
- ✓ utilizar filtro solar com fator de proteção superior a 30; [29]
- ✓ utilizar protetores para o sol ou frio (Feight et al, 2011) como chapéus, lenços e agasalhos e seguir os protocolos institucionais para o cuidado com a pele; [29]
- ✓ pacientes que recebem radiação na região da cabeça e pescoço devem ser orientados sobre a proteção do couro cabeludo por meio do uso de chapéus, lenços, gorros e perucas; e sobre evitar o uso de secadores, lavagem excessiva dos cabelos, tinturas, presilhas e escovação frequente. [30]

Embora existam evidências limitadas para o emprego dessas orientações e medidas gerais, essas recomendações são apontadas como informalmente eficazes. [29]

A indicação hidratante tópico é comumente realizada na prática clínica, apesar de não existir, até o momento, consenso na literatura acerca da eficácia e da melhor recomendação. [22, 25, 26, 41, 47, 49] Produtos à base de aloe vera [50], calêndula [22, 24, 39,] corticosteroides tópicos; [22, 42, 45] camomilas, ácidos graxos essenciais, silicone e antioxidantes [43, 33] têm sido utilizados para a prevenção de radiodermatites. Independentemente do produto tópico utilizado, salienta-se a importância do paciente aplicá-lo na pele após a sessão de radioterapia, devendo ser removido antes de cada sessão. Não se deve ir para a sessão com produtos aplicados sobre a pele, para evitar o efeito "*bolus*".

Recomenda-se que os Serviços de Radioterapia tenham protocolos institucionais estabelecidos para a prevenção de radiodermatites, incluindo o acompanhamento semanal do paciente pelo enfermeiro da radioterapia, medidas preventivas a serem orientadas para pacientes que irradiarão a região de cabeça e pescoço, manuais institucionais com estas medidas descritas em linguagem simples para serem entregues ao paciente / familiar antes de iniciar a radioterapia, e fluxos de encaminhamento ao serviço de Estomaterapia e acompanhamento nos casos de radiodermatites graus 3 e 4.

Para radiodermatites graus 1 e 2, sugere-se a manutenção dos cuidados preventivos descritos anteriormente, associados ao uso de creme hidratante tópico. Coberturas não aderentes, absorventes, com espumas de poliuretano e silicone, também têm sido reportadas como adjuvantes no alívio dos sintomas, principalmente nas áreas que apresentam descamação úmida, provendo equilíbrio da umidade, proteção e redução da fricção. [34]

Quando as reações progridem para graus 3 e 4, sugere-se o acompanhamento do paciente por um enfermeiro estomaterapeuta. Nestas situações, o cuidado tópico deverá seguir os princípios de tratamentos de feridas em geral, objetivando o manejo do exsudato, controle da dor, remoção de tecido desvitalizado, equilíbrio da umidade e controle antimicrobiano, através de coberturas específicas e terapias adjuvantes, em conjunto com a equipe médica. [32] Nessas situações, geralmente o tratamento é interrompido até que ocorra regeneração da pele acometida. Atenção especial deve ser dada em casos de presença de ferida neoplásica na região irradiada, conforme descrito no item relacionado a esta temática, evitando o uso de adesivos para fixação de curativos (pois podem agredir a pele irradiada), coberturas que promovam angiogênese e produtos à base de óleos (pelo risco de efeito "*bolus*").

FERIDA NEOPLÁSICA MALIGNA

Ferida neoplásica maligna é um tipo de ferida que ocorre devido à proliferação descontrolada das células malignas que se infiltram nos tecidos internos até que rompam a pele externamente. Podem ter origem em tumor primário (como nos cânceres de pele) ou em decorrência das metástases

(quando as células malignas migram da região do tumor para outras regiões do corpo pela corrente sanguínea ou pelos vasos linfáticos) [52, 53] .

A ferida neoplásica maligna decorrente de metástase está associada à fase final de vida da pessoa e a maioria ocorrem nos últimos seis a doze meses de vida da pessoa [51].

O cuidado a pessoa com ferida neoplásica maligna deve aplicado de forma integral, e principalmente com uma abordagem paliativa com o objetivo de controlar os sinais e sintomas no local da ferida e reduzir o impacto da ferida na vida do paciente. A menos que a doença apresente se controlada, essas feridas não irão cicatrizar. Por isso é essencial o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado para melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família [54].

Desta forma, as pessoas com ferida neoplásica maligna e sua família tem benefício de serem acompanhadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de Cuidados Paliativos.

Avaliação do paciente e tratamento da ferida neoplásica maligna

É preciso realizar a avaliação da pessoa com ferida neoplásica maligna e saber qual é seu diagnóstico, se há comorbidades associadas, momento de evolução natural da doença, tratamentos atuais e já realizados, medicações em uso, entre outros. Avaliar o que o paciente e família sabem sobre a doença, momento da doença e objetivo atual do tratamento (modificador da doença ou paliativo). Além disso, avaliar os sintomas presentes (dor, dispnéia, náusea, etc) e tratar adequadamente com uso de tratamento farmacológico e não farmacológico, prestado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Com relação à ferida neoplásica maligna, é necessário avaliar e manejar sangramento, odor, dor, exsudato [55], prurido e infecção.

A seguir informações sobre o manejo de alguns sinais e sintomas comuns em feridas neoplásicas malignas (quadro 1) [53,56], mas é importante que o profissional avalie o paciente e a ferida neoplásica maligna e indique os cuidados de acordo com as demandas que identificar.

Quadro 17 - Manejo de sinais e sintomas das feridas neoplásicas malignas.

Sangramento	• retirar curativo anterior com cautela • se sangramento ativo, compressão local • utilizar SF 0,9% gelado • utilizar curativos hemostático (alginato de cálcio, espumas hemostáticas de centro cirúrgico) • utilizar irrigação tópica com Adrenalina (solução injetável) ou Ácido Tranexâmico sobre os pontos sangrantes • solicitação de avaliação médica para sutura do vaso ou indicação de radioterapia hemostática • se sangramento maciço, a equipe médica poderá solicitar administração de opióide e sedação (alguns pacientes falecem devido a sangramento) • uso de lençóis escuros para diminuir a angústia do paciente e família

Odor	• associar, se necessário, antissépticos: clorexedine degermante, hipoclorito de sódio 0,25%, PVPI aquoso, PHMB (Polihexanida biguanida) • desbridamento: a presença de tecido desvitalizado causa odor; pode-se realizar desbridamento (autolítico e instrumental – este com critério e muita cautela por profissional especializado) • utilizar coberturas como: carvão ativado com prata, sulfadiazina de prata, gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida, - Metronidazol : tópico a 0,8% (como usar: macerar 01 comp. 250mg e diluir em 50ml SF 0,9% ou utilizar a apresentação de Metronidazol endovenosa sem diluir); se necessário, associar Metronidazol sistêmico ou até avaliação médica sobre iniciar antibioticoterapia. - Em caso de fístula, pode-se injetar, com auxílio de uma seringa com bico, 5 ml ou mais (conforme avaliação) de gel de metronidazol a 0,8% no orifício da fístula. Caso essa fístula apresente volume de drenagem prejudicial à área perifistular, deverá ser delimitada com dispositivo protetor. Usar duas vezes ao dia, por dez dias e reavaliar • Normalmente a indicação de uso dessas coberturas e soluções é por até 14 dias, depois desse tempo reavaliar conduta. Porém, por se tratar de FNM, é possível que se mantenha a conduta para o controle do odor.
Dor	• analgesia prévia, durante e posterior (se necessário), conforme prescrição médica (reavaliar) • retirar adesivo com cautela • irrigar o curativo até que ele se solte • utilizar cobertura primária não aderente • não esfregar o leito da ferida • diminuir trocas de curativos • é possível utilizar analgesia tópica (lidocaína gel 2%, camada de 2 cm), gelo ou soro gelado ou mistura de Mofina 1 mg para cada 1g de hidrogel (pedir para a Farmácia manipular) • comunicar a equipe médica sobre dor após medicação: solicitar reavaliação médica da prescrição de analgesia
Exsudato	• utilizar curativos absortivos (alginato de cálcio, carvão ativado, espumas, vhidrofibras, gaze – curativo secundário) • aumentar a frequência de troca conforme o volume de exsudato • proteger a pele periferida com óxido de zinco ou vaselina • pode usar absorventes femininos ou fralda (mas informe ao paciente e família sobre a indicação e se ele aceita o uso) • O aumento de exsudato pode estar relacionado ao aumento da carga microbiana na ferida, então pode-se associar o uso de antissépticos ou outras medidas descritas no controle de odor. • É muito importante controlar o exsudato, pois ele agride a margem da ferida e a pele preferida e com isso pode ocasional dermatite periferida ou prurido.

Prurido	• aplicar protetores cutâneos na pele periferida (óxido de zinco, vaselina, película de solução polimérica, etc) • equipe médica pode prescrever: Dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido, antialérgicos, antiinflamatórios-não-esteroidais (Ex. Ibuprofeno, Cetoprofeno, Naproxeno) ou antidepressivos tricíclicos (ex. Amitriptilina). • TENS (estimulação transcutânea – Transcutaneous Eletrical Nerve Stimulation)
Infecção	• manter o leito da ferida limpo (sem tecido desvitalizado) • utilizar antissépticos tópicos • utilizar antimicrobianos tópicos, se necessário (por exemplo: coberturas com prata) • Se necessário, antibiótico sistêmico

Fonte: adaptado de [53, 54, 55,56]

PRINCÍPIOS DA SELEÇAO DE COBERTURAS PARA O TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE

A seleção da cobertura depende da avaliação do paciente, das necessidades do preparo do leito da ferida e das preferências do paciente (alergia, reação adversa, desconforto, etc) [55]

As coberturas ou tenologias para curativos são os produtos aplicados sobre a lesão com o objetivo de realizar o tratamento desta. Atualmente existem inimeros produtos para este fim, com formulação, apresentação e ações diferentes e cada um é indicado para uma determinada função no tratamento da lesão. Desta forma, a escolha do tipo de cobertura é realizado de acordo com a função que se precisa no tratamento.

Para nortear a seleção das coberturas é importante o uso de instrumentos/ferramentas/escalas, desenvolvidas para esse fim, para sistematizar a avaliação da pessoa e também da lesão. É importante atentar ao fato de que não se avalia somente a lesão em si, mas sim a pessoa que tem uma lesão.

Em 2004 foi publicado o artigo sobre o preparo do leito da ferida, que é conhecido pelo mnemônico *TIME* [54] que descreve a sistematização da avaliação da lesão e a partir da identificação das necessidades e de sinais e sintomas presentes no leito da ferida e na pele periferida, norteia a seleção da cobertura (quadro 18) de acordo com a função requerida.

Quadro 18 - Mnemônico *TIME:* seleção da cobertura de acordo com a função requerida.

Necessidades do tratamento da lesão	Função da cobertura	Cuidados
T tecido desvitalizado	Realizar desbridamento do tecido desvitalizado	Utilizar cobertura que promova desbridamento (papaína, hidrogel gel amorfo/placa, alginato, hidrocoloide, filme de poliuretano, entre outras) ou realizá-lo com outra técnica (instrumental, cirúrgico ou biológico).

I infecção/inflamação	Tratar a infecção e/ou inflamação local diminuindo a carga microbiana	1.Desbridar tecidos desvitalizados, conforme descrito anteriormente. 2. Limpeza: água potável, SF0,9% e pode-se usar soluções antissépticas - clorexedine aquosa a 0.5% ou degermante, iodo povidona 10% ou cadexomero iodo - deve ser usado por até 14 dias (não é indicado usar sem que haja sinais infecção / inflamação), polihexametileno biguanida (PHMB), entre outras. 3. Uso de coberturas com função anti-inflamatória ou antimicrobiana tópica (papaína, prata, mel, entre outras), se necessário, administrar antibiótico sistêmico.
M manutenção da umidade ideal	Fornecer ou retirar umidade	a) Se pouca umidade: usar cobertura com formulação em gel ou outra para fornecer umidade local. b) Se exsudato em excesso: utilizar coberturas com alto poder absorvente (gazes superabsorventes, hidrocoloide em pó, espumas, hidrofibras, silicone, entre outras); considerar uso de antissépticos ou coberturas com função anti-inflamatória ou antimicrobiana tópica, pois o aumento de exsudato pode ser sinal de inflamação/infecção. c) Proteger a pele periferida se muito exsudato: utilizar algum protetor cutâneo (óxido de zinco, vaselina, creme barreira, etc) – cuidado com área para fixação do curativo.
E epitelização da margem	facilitar a aproximação das margens da lesão	A margem da ferida deve estar livre de tecido desvitalizado para que as células consigam migrar, se aproximar e promover a epitelização (ocorre das margens para o centro). É importante atentar para os cuidados acima descritos e realizar a retirada das coberturas com cautela para não traumatizar as margens ou o leito da ferida..

Fonte: adaptado de [57]

9.5.2 Psicologia:

O diagnóstico de câncer está relacionado ao enfrentamento de diversos estressores, que variam de acordo com cada caso, estando entre os mais frequentes a necessidade de lidar com: medo da morte, efeitos colaterais,

presença de dor e desconforto físico, aumento no nível de dependência, insegurança sobre o futuro, ocorrência de pensamentos intrusivos, mudanças na rotina de vida, medo da recorrência, limitações funcionais e dificuldades no contexto familiar e social.

No câncer de cabeça e pescoço, as mudanças na autoimagem devido desfiguração causada por cirurgias mais invasivas estão entre os estressores mais intensos, considerando que se trata de mudança muito visível, que interfere nos relacionamentos interpessoais, na capacidade de comunicação e afeta o autoconceito anteriormente estabelecido sobre que somos.

Mesmo em casos onde a mutilação cirúrgica é menos presente, pacientes com câncer de cabeça e pescoço frequentemente apresentam prejuízos em seu bem-estar emocional e aumento no nível de *distress* emocional, os quais se tornam mais intensos e limitantes quanto mais aversivos os estressores presentes ao longo do adoecimento e tratamento. Sintomas depressivos são duas a três vezes mais prevalentes em pacientes com câncer de cabeça e pescoço do que na população geral e algo maior do que nos demais tipos de câncer, assim como a taxa de suicídio é maior do que em outros tipos de câncer.

Alguns aspectos contribuem para favorecer o desenvolvimento de sofrimento psíquico e transtornos psiquiátricos, sendo os mais citados na literatura: presença de transtorno psiquiátrico prévio; abuso de álcool e / ou tabaco anterior ao adoecimento; rede de suporte social restrita ou ausente, em especial morar sozinho; insatisfação conjugal; baixo nível educacional; diagnóstico com estadiamento mais avançado; presença de dor, limitações e desconforto de difícil controle; maior presença de efeitos adversos relacionados aos tratamentos; presença de desfiguração facial.

Outro aspecto refere-se à dificuldade de manter a adesão dos pacientes aos tratamentos. Em função do caráter potencialmente invasivo dos tratamentos, há necessidade de suporte e preparo para minimizar medos fantasiosos, desenvolver estratégias para lidarem com os efeitos adversos e preocupações compatíveis com o quadro, reestruturar o contexto de vida social e familiar, favorecer a boa comunicação com a equipe e auxiliar na compreensão e tomada de decisão durante as escolhas terapêuticas. Quanto maior a percepção risco de sofrimento associado ao tratamento e menor percepção de benefícios maior a chance do paciente se esquivar do tratamento ofertado, sendo de suma importância que essa percepção seja compatível com seu quadro clínico e não intensificada por medos ou contextos de vida desfavoráveis.

Vale ressaltar que os prejuízos vivenciados também se estendem aos cuidadores, em especial os cônjuges/companheiros, com visível redução na qualidade de vida e frequente desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

Por esse motivo, o acompanhamento psicológico deve ser oferecido precocemente, desde o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço, possibilitando a prevenção ou minimização de sofrimento emocional.

Focos principais da assistência psicológica:

Fase diagnóstica: Nessa fase é comum alguma despreocupação, indiferença e pouco investimento em mudança de hábitos relacionados ao câncer de cabeça e pescoço, salvo na presença de sintomas incapacitantes. Se o paciente demonstra boa capacidade adaptativa a equipe pode realizar intervenções como educação em saúde, orientação e esclarecimentos sobre como lidar com as informações. Se são identificados sinais de dificuldade de ajustamento, como negação ou esquiva em relação às informações, presença de pensamentos intrusivos e catastróficos e sintomas ansiosos e psicossomáticos, a equipe deve encaminhar para o psicólogo pois haverá necessidade de suporte especializado para favorecimento da adesão, minimização do sofrimento e prevenção de psicopatologias. Pacientes de câncer de cabeça e pescoço tendem a ser mais fatalistas e passivos, principalmente os com histórico de alcoolismo, necessitando compreender mais adequadamente o prognóstico e desenvolver um papel mais ativo ao longo do tratamento.

Fase de tratamento: Nessa fase a equipe precisa estar atenta e encaminhar ao psicólogo pacientes com os seguintes sinais: negação, medo, isolamento, sensação de perda de controle sobre sua vida, compreensão inadequada sobre o tratamento, desconfiança em relação a equipe, dificuldade para questionar a equipe sobre a proposta de tratamento, dificuldade em relação à perda da autonomia. Nesse momento o psicólogo buscará auxiliar no enfrentamento da doença, no manejo dos efeitos colaterais, no desenvolvimento de estratégias comunicação e na melhoria do contexto de suporte social. Cuidados necessários: a) Avaliar a capacidade de compreensão e a necessidade de informações, para ajudar a equipe no fornecimento de informações compatíveis com sua necessidade e em linguagem acessível; b) favorecer a discussão sobre benefícios, possíveis efeitos colaterais do tratamento e a importância da adesão, auxiliando no processo de tomada de decisão; c) checar constantemente o nível de adesão às recomendações e identificar as variáveis psicossociais intervenientes; d) manter rotina de triagem psicológica durante todas as etapas de tratamento para identificação de pacientes em tratamento que possam desenvolver elevado nível de *distress* para encaminhamento a atendimento especializado.

Fase pós tratamento: Manter atendimento psicológico para pacientes apresentando: elevado *distress* psicológico; medo exacerbado de recorrência e sensação de vulnerabilidade; baixa auto-estima; prejuízo no autoconceito ou na autoimagem; humor depressivo e ou ansioso; diminuição na qualidade de vida; preocupações incompatíveis com o quadro clínico; insegurança sobre o futuro. Ter como foco melhorar a qualidade de vida, incentivar a troca de experiência com outras pessoas, reforçar a adesão ao seguimento, lidar com as complicações do tratamento (falar, comer, beber) e, quando houver, com o desfiguramento.

Vale ressaltar a importância, em todas as fases de: auxiliar na cessação do uso problemático de tabaco e álcool; indicar grupos de suporte redes de auxílio disponíveis incluindo as associações para pacientes com câncer de cabeça e

pescoço; orientar e intervir para melhorar o suporte e convívio familiar; aconselhar o paciente sobre intimidade, sexualidade e relacionamentos afetivos; prestar assistência aos cuidadores.

São atribuições dos psicólogos que atuam com pacientes com câncer de cabeça e pescoço e seus cuidadores:

1. Realizar avaliação psicológica, através do exame psíquico e uso de testes psicológicos aprovados pelo /SATEPSI e atendendo a Resolução 09/2018;

2. Identificar precocemente e encaminhar para atendimento em saúde mental pacientes com risco de desenvolvimento de dificuldades psicológicas, com sinais de má adaptação ou apresentando ideação suicida;

3. Encaminhar para atendimento psiquiátrico pacientes com risco de suicídio ou apresentando sinais e sintomas que sugerem presença de transtorno psiquiátrico em curso;

4. Preparar o paciente para lidar com suas emoções e comportamentos quando forem se submeter a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e demais intervenções propostas pela equipe de saúde;

5. Oferecer suporte psicológico, seja em ambulatórios ou contextos de internação, utilizando-se do referencial teórico da psicologia da saúde e da psico-oncologia para realizar psicoterapia breve ou aconselhamento psicológico;

6. Participar das discussões de casos clínicos e interconsultas com a equipe de saúde, primando por subsidiar as discussões com aspectos psicossociais do paciente auxiliar na tomada de decisão terapêutica;

7. Promover o resgate da autoestima e autoconceito e a aceitação da nova autoimagem após prejuízos causados por tratamentos invasivos e mutiladores;

8. Desenvolver e fortalecer formas de enfrentamento mais adaptativas que colaborem tanto para a adesão ao tratamento, quanto para o ajustamento após ocorrência de perdas funcionais;

9. Realizar programas psicoeducativos, em grupo ou individualmente, com o objetivo de fornecer orientação e informação acerca da doença e tratamento, bem como proporcionar acolhimento emocional e desenvolver estratégias adaptativas de enfrentamento;

10. Identificar comportamentos de risco e atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar, em ações individuais ou em grupos , para promover mudanças no estilo de vida e adoção de comportamentos tais como: cessação do uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas, adequado cuidado com a saúde bucal e novas formas e estratégias para uma boa alimentação;

11. Melhorar a comunicação entre a tríade paciente-família-equipe, de forma a favorecer a compressão da doença e preocupações associadas e a expressão de medos e emoções, evitando-se o estabelecimento de conspirações do silêncio que contribuem para o isolamento do paciente e intensificam o sofrimento psíquico;

12. Identificar e propiciar condições para que enfrentem e vivenciem de forma adaptativa o processo de luto antecipatório, assim como atuando para a

identificação de fatores de risco e prevenção de luto complicado entre os familiares;

13. Contribuir para a reabilitação psicossocial do paciente após o tratamento, mimizando o isolamento social e favorecendo o desenvolvimento de rotina de vida adaptada às limitações impostas pelo adoecimento e tratamento;

14. Manter acompanhamento enquanto verificada necessidade, mesmo finalizado o tratamento médico, com vistas à reabilitação e à adesão às consultas e exames de controle;

15. Quando necessário, ensinar estratégias de relaxamento compatíveis com as limitações físicas presentes, auxiliando no manejo de dor e estresse e no desenvolvimento de autocontrole emocional;

16. Manter avaliação constante das necessidades dos cuidadores, encaminhando para atendimento mais constante quando identificado alguma dificuldade.

As atribuições citadas objetivam favorecer a adaptação do paciente e seus familiares ao diagnóstico e tratamento do câncer de cabeça e pescoço, minimizar a dor e sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo do tratamento.

São atribuições da equipe assistencial: encaminhar para avaliação e acompanhamento os pacientes que apresentam as características acima descritas.

9.5.3 Paliativo:

Diante do prognóstico reservado das neoplasias de cabeça e pescoço e múltiplas morbidades associadas à doença e ao tratamento desses tumores, deve-se atentar para a importância do envolvimento de uma equipe transdisciplinar para atender as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e familiares.

Cuidado paliativo é a abordagem de pacientes que possuem doenças ameaçadoras da vida, a fim de promover um excelente controle da dor e demais sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais e acolher sua família. É papel do cuidado paliativo auxiliar na comunicação e compreensão do prognóstico e dar ferramentas para o paciente manter sua autonomia diante das decisões que deverão ser tomadas no decorrer do tratamento.

É recomendação da Academia Americana de Oncologia Clínica (ASCO) que os pacientes com neoplasias avançadas devem ser abordados por uma equipe de cuidados paliativos em até 8 semanas do diagnóstico. Portanto, para os pacientes com estadiamento avançado com câncer de cabeça e pescoço a abordagem paliativa deve ser promovida logo no início do tratamento, a fim de promover melhor controle de sintomas, qualidade de vida e alinhamento de expectativas diante de todas as mudanças causadas pela doença e seu tratamento.

Diferentemente dos países onde o Cuidado Paliativo está mais desenvolvido, o Brasil não dispunha até novembro de 2018 de nenhuma política de saúde pública que estruture ou oriente especificamente o desenvolvimento do Cuidado Paliativo. Entre as poucas políticas públicas que mencionavam Cuidado Paliativo no país estão as Portaria No 741, de 19 de dezembro de 2005, e sua atualização, a PORTARIA No 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, assim como a PORTARIA No 483, DE 1o DE ABRIL DE 2014. No dia 23 de novembro de 2018 foi publicado no Diário Oficial da União a Resolução no 41 da COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Entendemos que a Resolução no 41 da CIT dá um norte, especifica uma meta e estabelece um objetivo comum, agora pactuado oficialmente por todas as instâncias constituintes do SUS."

9.5.4 Atuação do Nutricionista durante o tratamento do paciente com câncer de cabeça e pescoço:

Todos os pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço devem ser acompanhados por um Nutricionista objetivando o êxito no tratamento oncológico, que será comprometido pela desnutrição não tratada adequadamente.

Avaliação nutricional do indivíduo com câncer de cabeça e pescoço

Deve ser realizada avaliação nutricional sob várias formas, com ênfase à Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente – ASG-PPP, em todos os pacientes ambulatoriais ou internados.

A primeira consulta com nutricionista no ambulatório deve ocorrer em até 15 dias considerando o risco nutricional ou em até 30 dias não houver risco nutricional.

Durante a internação a avaliação nutricional deve ser realizada na admissão hospitalar ou em até 48 horas, sendo o paciente acompanhado diariamente.

Para avaliação nutricional devemos utilizar os seguintes instrumentos:

- Ambulatório: ASG-PPP ou Mini Avaliação Nutricional (MAN) versão reduzida para idosos e Anamnese nutricional pormenorizada:
    - Dados clínicos
    - Exame físico
    - História alimentar
    - Exames laboratoriais
    - Parâmetros antropométricos: índice de massa corporal (IMC); circunferência da panturrilha (CP); circunferência do braço (CB), circunferência muscular do braço (CMB); prega cutânea tricipital (PCT) e porcentagem de perda de peso (% PP).

- Na internação: Admissão: ASG-PPP ou MAN para idosos nas primeiras 48 h durante a internação Anamnese Nutricional pormenorizada:
    - Dados clínicos
    - Exame físico
    - História alimentar
    - Exames laboratoriais
    - Parâmetros antropométricos: IMC; CP; CB, CMB; PCT e % PP.

Devemos considerar como indicadores e fatores de risco nutricional:

- MAN versão reduzida (para idosos) de 8 a 11 ou ASG-PPP B ou C.
- Ingestão alimentar menor que 60% das necessidades por um período maior que 5 dias
- % PP atual significativa ou grave.
- Albumina ≤ 3,5 mg/dl.
- Colesterol sérico total > 160 mg/dl.
- Proteína C reativa ≥ 10 mg/dl.
- Presença de sintomas do TGI.
- Diagnóstico de fragilidade.
- Radioterapia, cirurgias e protocolos de quimioterapia, com especial atenção à mucosite e xerostomia que podem causar quadros graves de disfagia e odinofagia, além de náuseas e vômitos.

Necessidades nutricionais do indivíduo com câncer de cabeça e pescoço

Estimativa da necessidade calórica:

- Sem estresse: de 25 a 30 quilocalorias (kcal)/quilo (kg) de peso atual/dia (manutenção).
- Estresse leve: de 30 a 35 kcal/kg de peso atual/dia (ganho de peso, repleção nutricional).
- Estresse moderado ou grave: ≥ 35 kcal/kg de peso atual/dia (hipermetabólico).
- Sepse: de 25 a 30 kcal/kg de peso atual/dia
- Obesidade: de 21 a 25 kcal/kg de peso atual/dia.

Recomendações proteicas:

- Sem estresse: de 1,0 a 1,2 g/kg de peso atual/dia (manutenção).
- Estresse leve: de 1,2 a 1,5 g/kg de peso atual/dia (doença aguda ou crônica).
- Estresse moderado ou grave: de 1,5 a 2,0 g/kg de peso atual/dia (doença ou lesão grave e desnutrição grave).

Recomendações hídricas:

- De 30 a 40 mililitros (ml)/kg de peso atual/dia, podendo chegar a 3 litros ou mais por dia durante a radioterapia.

Recomendações de vitaminas e minerais:

- As recomendações devem ser feitas conforme a DRI durante o tratamento e após seu término.
- Em caso de tireoidectomia total, considerar o risco de hipocalcemia.

Terapia nutricional (TN) para paciente com câncer de cabeça e pescoço em tratamento:

Os objetivos da TN no paciente oncológico com câncer de cabeça e pescoço:

- Prevenir ou reverter o declínio do estado nutricional. Evitar a progressão para um quadro de caquexia.
- Prevenir perda de massa magra e evitar progressão para um quadro de sarcopenia.
- Auxiliar no manejo dos sintomas relacionados ao tratamento, como disfagia, disgeusia, trismo, mucosite, naúsea, vômito e neutropenia.
- Melhorar a resposta imunológica. Reduzir o tempo de internação hospitalar, diminuindo complicações.
- Garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Tempo de início da terapia nutricional (TN):

- A TN deve ser iniciada imediatamente após diagnóstico de risco nutricional ou de desnutrição, para pacientes ambulatoriais ou internados, desde que estejam hemodinamicamente estáveis. Avaliar sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos e outros) para início da terapia nutricional. Avaliação bioquímica antes de iniciar terapia nutricional e correção de parâmetros alterados (eletrólitos etc.) para evitar síndrome de realimentação.

Critérios que devem ser utilizados para indicar TN:

- Terapia nutricional oral (TNO): quando a ingestão oral for < 70% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, os suplementos nutricionais industrializados estão indicados.
- Terapia nutricional enteral (TNE): quando a alimentação por via oral está contraindicada ou a ingestão alimentar por via oral for < 60% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias.
- Terapia nutricional parenteral (TNP): quando há impossibilidade total ou parcial de uso do trato gastrointestinal ou como suplemento da TNE, quando essa for incapaz de fornecer as necessidades nutricionais dentro dos 3 primeiros dias.

Orientação nutricional em caso de cirurgia agendada:

- Aconselhamento nutricional adequado às necessidades associado a suplemento nutricional com fórmula hiperproteica enriquecida com imunonutrientes (arginina, ômega 3 e nucleotídeos), na quantidade de 500 ml a 1.000 ml por dia, de 5 a 7 dias pré-tratamento cirúrgico, podendo chegar a 14 dias para os pacientes desnutridos graves, considerando a manutenção do suplemento nutricional por 7 dias após pós tratamento cirúrgico.

Tempo de jejum pré-operatório para pacientes eletivos:

- O tempo adequado para a abreviação do jejum pré-operatório é de 2 h.
- Na noite anterior à cirurgia, o paciente deve receber 400 ml de fórmula líquida contendo 12,5% de dextrose e 200 ml com a mesma concentração de dextrose, 2 h antes da cirurgia

Fornecimento de fórmulas para terapia nutricional em uso domiciliar:

- Realizar relatório nutricional e orientar o paciente a procurar a Secretaria de Saúde de sua cidade para solicitação de fórmula enteral industrializada ou suplementação oral industrializada por 60 dias, sendo o fornecimento

da fórmula mantido após esse prazo se o Nutricionista considerar necessário para recuperação ou manutenção do estado nutricional.

9.5.4 Pré-tratamento oncológico:

9.5.4.1 Serviço social:

Após o diagnóstico o paciente poderá ser atendimento pelo assistente social para realização de entrevista e avaliação social a fim de verificar as expressões da questão social que irão atravessar o tratamento e que podem levar a descontinuidade ou interrupção do mesmo, buscando conhecer suas condições de vida e de trabalho. Nesse momento, será identificada a composição da rede de apoio social do paciente e sua forma de organização no que se refere aos tipos/formas de suporte possíveis durante o tratamento.

Após avaliação social, o assistente social buscará articular ações e serviços presentes nas políticas públicas e sociais que possibilitem o acesso aos direitos sociais.

E realizará as orientações e encaminhamentos para as políticas sociais que possibilitem o acesso aos direitos sociais e contribuam com a viabilidade do tratamento, tais como: benefícios, programas e projetos vinculados à previdência social; à assistência social; Secretaria de Saúde programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD); Secretaria de Transporte (Passe Livre especial durante o tratamento); Secretaria Municipal de Assistência Social, a fim de garantir o acesso á renda e/ou ao recurso material, sem prejuízo de outras políticas e programas que estão previstas como direito do paciente oncológico.

Faz-se necessário que no âmbito do planejamento e gestão, as políticas sociais, estejam articuladas e priorizem os pacientes oncológicos no acesso ao tratamento, no prazo de 30 dias, no máximo.

9.5.4.2 Odontologia:

No pré-tratamento oncológico, que inclui o conjunto de procedimentos odontológicos que visam eliminar focos sépticos, preferencialmente 10 a 21 dias antes do tratamento oncológico. Os seguintes procedimentos são preconizados:

(1) raspagem supra e subgengival e remoção de dentes com prognóstico duvidoso, com bolsa periodontal a partir de 6 mm ou mobilidade graus 3 e 4, com comprometimento da região de furca, sangramento ou supuração;

(2) restauração dos dentes com estrutura remanescente favorável, priorizando a retirada de cáries ativas ou profundas e restaurações provisórias (cimento ionômero de vidro). Dentes com prognóstico duvidoso, deverão ser removidos;

(3) realizar tratamento endodôntico dos dentes com lesões periapicais crônicas. Dentes com fraturas corono/radiculares deverão ser removidos;

(4) realizar exodontias 2 a 3 semanas antes do início do tratamento. Dentes totalmente inclusos e assintomáticos não representam prioridade. A terapia com antibiótico deve ser considerada, de acordo com a condição sistêmica do paciente e planejamento cirúrgico.

(5) realizar ajustes e eliminação de bordos cortantes de próteses e orientar o paciente a evitar o uso desnecessário das próteses removíveis durante a radioterapia.

(6) adotar práticas preventivas, tais como reforço das orientações de higiene bucal (escovação e fio dental), prescrição de bochechos com solução de gluconato de clorexidina a 0,12% e com solução de fluoreto de sódio neutro a 1%, durante toda a fase de preparo de boca.

9.5.5 Trans- tratamento oncológico:

9.5.5.1 Serviço social:

Acompanhar o acesso do paciente às políticas sociais, fomentando uma participação política ativa dos mesmos, para efetivação e ampliação de direitos previstos em lei. Contribuir para a inserção de pacientes e familiares em espaços de mobilização e controle social das políticas públicas.

O assistente social poderá elaborar relatório e parecer social que, conjuntamente com o laudo médico, irá fundamentar a necessidade e prioridade daquela situação.

Vale ressaltar, na esfera do planejamento público, a necessidade de pensar a garantia e ampliação dos recursos necessários para viabilizar a permanência do paciente e acompanhante em local próximo ao Centro de Tratamento, prioritariamente através de ajuda de custo prevista na Portaria SAS 55/1999 (que dispõe sobre Tratamento Fora de Domicílio - TFD) ou por meio da inserção em Casas de Apoio, de acordo com necessidades sociais e clínicas.

9.5.5.2 Odontologia:

O suporte odontológico recebido pelo paciente durante o tratamento oncológico possibilita a realização do tratamento oncológico sem interrupções e ajuda na minimização das sequelas funcionais posteriores ao tratamento (mastigação, deglutição, fonação, respiração. No trans-radioterapia, devem ser priorizados o alívio da dor e o controle de quadros de infecção aguda, podendo ser necessária a intervenção em quadros de urgência, incluindo:

(1) Realizar apenas abertura endodôntica e curativo intracanal e prescrever cobertura antibiótica com amoxicilina 1500mg/dia (500mg de 8/8hrs ou 875ms de 12/12hrs);

(2) Realizar apenas restaurações temporárias, dando preferência ao cimento ionômero de vidro para restaurações;

(3) Suspender temporariamente os bochechos com solução de gluconato de clorexidina e de flúor neutro, pois deverão ser priorizados os bochechos com solução antinflamatória natural (chá de camomila gelado, 3 a 4 vezes ao dia) e a hidratação da mucosa com substitutos da saliva na forma de bochechos ou spray, 4 a 5 vezes ao dia;

(4) Prescrever uso de escova ultra-macia e cremes dentais com fitoterápicos antinflamatórios como aloe vera, calêndula, camomila.

(5) Tratamento das lesões de mucosa oral:

(6) Quando indicada, moldagem e confecção de placa obturadora para retenção do tampão, permitindo que o paciente saia do centro cirúrgico sem a sensação de perda física e de funções

Mucosite Oral e esofagiana:

A mucosite é a complicação mais clínica mais frequente do tratamento clínico do CECP. Clinicamente, a mucosite oral tem seu início como um eritema, seguido da descamação da mucosa, formação de erosão ou ulceração com deposição de fibrina na sua superfície (pseudomembrana), causando muita dor ao paciente. Estas áreas podem ser infectadas secundariamente e/ou apresentar sangramento espontâneo.

A mucosite aparece tipicamente 10 a 14 dias após o início da terapia antineoplásica sistêmica contendo fluoropirimidina (fluoruracila ou capecitabina) e após dose cumulativa de 30-45 Gy de radiação, comprometendo a qualidade de vida e podendo motivar a interrupção do tratamento [128]. A mucosite é auto-limitada, quando não complicada por infecção secundária, e geralmente cicatriza em 2 a 4 semanas após a interrupção do tratamento [128, 129]. As superfícies não queratinizadas da mucosa labial e jugal, ventre e laterais da língua e o assoalho bucal são os mais comumente envolvidos (SCHUBERT et al, 2007; SCULLY et al, 2006).

Para gradação da mucosite oral são utilizadas escalas, sendo divididas em quatro escalas de acordo com a Classificação da Organização Mundial de Saúde:

Grau 0 (nenhum): ausência de sintomatologia

Grau 1 (médio): presença de dor e eritema de mucosa oral, possibilitando dieta sólida e líquida;

Grau 2 (moderado): presença de dor, eritema e úlceras da mucosa oral, possibilitando dieta sólida e líquida;

Grau 3 (grave): extensas úlceras e dor, requerendo dieta líquida;

Grau 4 (risco de morte): ulcerações profundas e intensa dor, impedindo alimentação oral.

A mucosite oral é uma consequência dolorosa e dose-limitante da radioterapia e/ou quimioterapia. As ulcerações da mucosa e a evolução do grau da mucosite oral podem induzir um quadro debilitante, predispondo o doente a infecções sistêmicas graves, desnutrição, necessidade de vias alternativas de alimentação enteral ou parenteral, uso de analgésicos opioides, tempo de hospitalização prolongado, modificação e/ou interrupção dos protocolos de tratamento do câncer, prejuízo à qualidade de vida e com impacto negativo na sobrevida do paciente (Bensadoun et al, 1999; Epstein; Schubert, 1999; Bonan et al, 2005).

A mucosite oral deve ser entendida como um efeito adverso, evidenciada clinicamente por uma sintomatologia complexa, incluindo, em sua evolução, outras complicações como xerostomia, hipossalivação, disgeusia (distorção do paladar), disfagia (dificuldade de deglutição), odinofagia (dor ao deglutir) e infecções oportunistas. Assim, a mucosite oral está associada ao aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes, concomitantemente com o aumento dos custos para os hospitais, devido ao manejo da dor, suporte nutricional, controle de infecções secundárias e hospitalizações (Sonis et al, 2001; Mirabile et al, 2016). Assim, esforços para prevenir e tratar a mucosite oral deve ser multiprofissional e ao alcance dos pacientes.

Recomenda-se avaliação odontológica, tratamento imediato de condições clínicas odontológicas de risco antes do tratamento com quimioterapia ou

radioterapia, e adoção de medidas profiláticas para minimizar o risco e a gravidade da lesão, que incluem [129-131; Kumar et al, 2012; De Sanctis, 2016; Peterson, 2016; Nekhlyudov et al, 2017]:

a) orientação para uma boa higiene oral e das próteses;

b) evitar alimentos e bebidas quentes, picantes, com acidez pronunciada, e de consistência dura.

c) utilizar cremes dentais insípidos ou com sabor suave com flúor (se paciente dentado) em quantidade adequada; Utilizar cremes dentais com alto teor de fluor.

d) utilizar de solução salina ou com bicarbonato de sódio em colutórios, 3 ou 4 vezes por dia;; Pode ser necessário uso de colutórios ou géis orais bactericidas (como gluconato de clorexidina 0,12%), fungicidas (nistatina 100.000 UI,miconazol 20mg/g) para controle de infecções. Em caso de infecção fúngica: nistatina como primeira opção e fluconazol para casos resistentes

e) utilizar colutório bucal fluoretado após terapia anti-neoplásica se paciente dentado;

f) orientação sobre dieta para menor risco cariogênico

g) tratamento precoce da mucosite com laser de baixa intensidade (evidência científica nível II) .Tratamento precoce da mucosite com laser de baixa intensidade. Recomenda-se iniciar preventivamente, com aplicações diárias a partir do D0 da RxT(Lalla et al, 2014).

O laser de baixa potência (fotobiomodulação) é seguro e pode melhorar a sobrevida dos pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço (Antunes et al, 2017; Brandão et al, 2018). A recomendação do uso da laserterapia é para prevenção da severidade, tratamento e controle da dor em mucosite oral. A terapia profilática pode se iniciar assim que a radioterapia de cabeça e pescoço for preconizada. E o tratamento da mucosite oral e da dor devem ser realizados de acordo com a necessidade dos pacientes (Carvalho et al, 2011).

As seguintes intervenções são de utilidade clínica controversa e não são recomendadas [132]:

a) crioterapia oral (exceto para os pacientes em quimioterapia com 5-Fluouracil (Lalla et al, 2014)

b) uso de suplementos com glutamina;(Caitlin Sayles et al, 2015)

c) uso de sucralfato ou pastilhas de antibióticos;

d) uso tópico de fatores de crescimento de granulócitosmacrófagos;

e) aplicação tópica de agentes anestésicos.

Analgésicos sistêmicos devem ser administrados para o alívio dos sintomas. Deve-se preferir o uso de opioides em detrimento aos anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) no controle da dor relacionada à mucosite, pois AINE podem afetar adversamente a adesão plaquetária a produzir lesões da mucosa gástrica, particularmente se houver plaquetopenia, sem melhorar o controle dos sintomas [133].

Anestésicos tópicos devem ser evitados, pois não existem pesquisas relacionadas ao uso, devido ao alto índice de efeitos colaterais sistêmicos. Anestésicos tópicos devem ser utilizados para procedimentos e não como analgésicos.

Embora não haja evidência de que a analgesia controlada pelo paciente com mucosite seja mais benéfica do que outro método de infusão contínua de opioide para o controle da dor, nestes casos os pacientes utilizam doses menores de opioide por hora, têm duração mais curta dos episódios de dor e apresentam menos efeitos colaterais relacionados aos opioides [129]. Pode-se considerar o uso de medicamentos adjuvantes, tais como antidepressivos tricíclicos e gabapentina, no controle da dor pela mucosite induzida por radiação [134-136].

Candidíase oral:

Associada principalmente ao fungo Candida albicans, a candidíase oral é considerada a infecção oportunista mais frequente em pacientes em radioterapia. Nos casos de realização de radioterapia e quimioterapia concomitantes, a candidíase torna-se mais grave e debilitante. A presença da mucosite oral, juntamente com as alterações salivares, debilidade sistêmica, prostração e comprometimento nutricional, podem colocar o paciente em risco de vida. Recomenda-se o uso de bochechos com solução oral de nistatina 100.000UI/ml de 3 a 4 vezes ao dia, ou antifúngicos sistêmicos, se necessário. Em casos mais graves e com envolvimento do esôfago, está indicada medicação sistêmica com fluconazol ou cetoconazol.

Alterações salivares:

As glândulas salivares são facilmente atingidas pela radiação ionizante durante o tratamento de radioterapia, devido à própria localização anatômica das glândulas maiores e menores. As células deste tecido são extremamente radiossensíveis e geralmente recebem doses primárias e/ou secundárias de radiação. A fibrose glandular começa imediatamente após o início da radioterapia e se intensifica até o final do tratamento, provocando rápida redução do fluxo salivar, dependendo do campo irradiado. Quando a dose da radioterapia é maior que 30 Gy, o dano sofrido pela glândula salivar pode ser irreversível (De Barros Da Cunha et al., 2015).

9.5.6 PÓS-TRATAMENTO:

9.5.6.1 Serviço social:

Em caso de sequelas permanentes e ou que não permitam o retorno do paciente ao mercado de trabalho, de acordo com fatores contextuais, ambientais e pessoais, conforme Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), o assistente social realizará avaliação social, para fins de orientações e encaminhamentos sociais, tendo em vista o acesso do paciente à benefícios e/ou programas, de acordo com a legislação em vigor.

Será feita avaliação e identificação de situação previdenciária, para fins de acesso aos direitos previdenciários; e encaminhamento para o acesso aos direitos previstos na política de previdência, quando o paciente tiver vínculo previdenciário, a fim de requerer a aposentadoria. Nos casos em que não houver vinculo com a previdência, será avaliado possível acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, de acordo com a Lei Orgânica de Assistência

Social – LOAS - Lei 8742/1993 .

Em caso de sequelas permanentes, de acordo com a legislação em vigor, o assistente social poderá orientar o paciente acerca dos procedimentos para acesso ao Passe Livre interestadual, estadual e municipal. Os pacientes com sequelas, que configurem deficiência, serão orientados sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015, para fins de acesso a direitos contemplados nessa legislação.

Em caso de pacientes laringectomizados, o assistente social poderá orientar o paciente acerca dos procedimentos necessários para obtenção de laringe eletrônica, via SUS, conforme Portaria, N 39 de 1 de setembro de 2018, dentre outros recursos previstos em Lei, se houver indicação médica. Serão orientados, ainda, sobre a Portaria SAS n. 400, de 2009, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS.

Considera-se, ainda, a necessidade de políticas públicas de reinserção ao mercado de trabalho, reduzindo os efeitos vinculados a imagem corporal.

9.5.5.2 Odontologia:

O paciente deve ser contra-referenciado para as unidades básicas, para acompanhamento das sequelas de menor grau de complexidade. E para tratamento das sequelas dos tratamentos oncológicos no complexo bucomaxilofacial de maior grau de complexidade, o paciente deverá ser encaminhado para centros especializados.

São inúmeras as sequelas do tratamento, algumas transitórias e outras definitivas:

Hipossalivação e Xerostomia

Como xerostomia entende-se a queixa do pacientes de ter a boca seca. Esta percepção normalmente está associada a diminuição do fluxo salivar, conhecida como hipossalivação. Pacientes com hipossalivação podem apresentar dificuldades de mastigação, deglutição, fonação, sensação de queimação e alteração na percepção do paladar, corroborando para o aparecimento de infecções bucais como a candidíase e as cáries de radiação. Os pacientes devem receber tratamentos paliativos com substitutos salivares nas mais diferentes formas de apresentação (pasta dental, spray, gel para uso noturno e bochechos) e terapia com flúor. O uso de sialogogos (pilocarpina, betanecol e cevimeline) exige uma análise da viabilidade do funcionamento das glândulas salivares maiores que por sua vez, depende da dose recebida durante a radioterapia (Kałużny et al., 2014; Ramos et al 2015)

Thicken Up Quench Nestlé é uma solução inovadora e refrescante. Pode aliviar os sintomas de boca seca, diminuição de paladar e sensação de sede. Pó para o preparo de bebida sabor limão para dietas de ingestão controlada de açúcares.

Gel de coco (prescrição médica ou odontológica): Vitamina E a 2% e óleo de coco a 2% em gel comestível oral. Aplicar em cavidade oral sempre que perceber e/ou ter sensação de xerostomia.

Óleo de menta: uma gota sublingual sempre que o paciente tiver boca seca.

Gerenciamento da saliva com o picolé mentolado. (Conchon 2014, Aroni 2017)

Trismo

A irradiação dos músculos da mastigação e da articulação temporomandibular podem provocar alterações inflamatórias com posterior, fibrose muscular e dor, levando ao trismo. Este, por sua vez, leva a diminuição de abertura de boca e dificulta a mastigação, deglutição e a fonação, além de prejudicar o acesso à cavidade oral para avaliação e tratamento odontológico (Villa, Akintoye, 2018). Além disso, a cirurgia oncológica também dá origem a áreas de fibrose, limitando mais ainda os movimentos articulares da mandíbula. A confecção de dispositivos individualizados, de acrílico visando estabilizar a abertura da boca durante toda a radioterapia, ajuda a prevenir a contração muscular e preservar a abertura de boca. A realização de fisioterapia com exercícios abertura pós radioterapia também são indicados como estratégia de combate ao trismo.

Cárie de radiação

A cárie de radiação é uma importante consequência tardia da radioterapia. Localizada comumente em superfícies lisas e cervicais de dentes incisivos, pré-molares e molares. A cárie de radiação geralmente tem início e progressão rápida (Dobros et al., 2016). Deve-se evitar a realização de exodontias, quando possível, para evitar a instalação da Osteorradionecrose. Quando a dose média de irradiação está entre 30Gy e 60Gy o dano ao tecido dental aumenta de duas a três vezes (Madrid et al., 2017; Qing et al., 2015; Ramos et al., 2015; Walker et al., 2011). Auxiliar o paciente no controle de placa bacteriana sobre os dentes e em áreas com grandes perdas teciduais, realização de profilaxias periódicas, aplicações tópicas de flúor, restaurações com ionômero de vidro, adequação da higiene bucal de acordo com as limitações de abertura de boca e acesso. Quando a coroa clínica for destruída pela cárie, mas não houver lesões periapicais, cortar a coroa clínica a nível de colo e realizar sepultamento de raízes. (Hu et al 2002; McComb et al, 2002).

Osteorradionecrose

A Osteorradionecrose (ORN) é a complicação mais grave da radioterapia de cabeça e pescoço, caracterizada por um processo necrótico nos ossos maxilares, com maior risco de aparecimento em doses totais de radiação superiores a 45 Gy (Devi, Singh, 2014). Os tratamentos convencionais utilizados para tratamento de outras osteomilites dos maxilares, tais comodebridamento não cirúrgico, cirurgia, antibioticoterapia e oxigenação hiperbárica geralmente não trazem resultados satisfatórios e definitivos, apensa cronificando a doença. A mandíbula é o lugar mais frequentemente afetado pela ORN, devido ao seu menor aporte sanguíneo comparativamente a maxila, podendo levar a levar a fratura patológica, piorando a morbidade do paciente (Marx, 1983). O protocolo medicamentoso conhecido como PENTOCLO foi proposto por Delanian et al. (2011) e inclui a associação medicamentosa de: pentoxifilina (800mg/dia), tocoferol (1.000UI/dia) e clodronato (1.600mg/dia) durante 5 dias na semana, e alternando com prednisona (20mg/dia, 2 dias por semana) e ciprofloxacina (1.000 mg/dia, 2 dias por semana). O tempo médio de terapia com PENTOCLO foi de 16 ± 9 meses. Em 2016, Ribeiro estudou o uso da Laserterapia como tratamento adjuvante da ORN, dentro de um conjunto de manobras clínicas, trazendo efeitos benéficos ao controle da doença e proporcionando melhora da qualidade de vida do paciente. Muitos são os fatores que implicam na

patogênese da ORN, dentre eles: localização do tumor primário, estadiamento do tumor, a extensão da cirurgia do tumor primário, a dose total/ fracionamento da radiação recebida, a técnica radioterapêutica, o suporte odontológico recebido pelo paciente, o índice de higiene oral, a manutenção de hábitos como uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas e o estado nutricional do paciente.

Cárie de radiação:

Auxiliar o paciente no controle de placa bacteriana sobre os dentes e em áreas com grandes perdas teciduais, realização de profilaxias periódicas, aplicações tópicas de flúor, restaurações com ionômero de vidro, adequação da higiene bucal de acordo com as limitações de abertura de boca e acesso. Quando a coroa clínica for destruída pela cárie, mas não houver lesões periapicais, cortar a coroa clínica a nível de colo e realizar sepultamento de raízes.

Infecções oportunistas:

As principais infecções oportunistas que acometem a cavidade bucal de pacientes submetidos a terapia antineoplásica estão associadas äs infecções bacterianas, fúnigicas e herpéticas.

A redução da secreção salivar compromete a proteção ao revestimento epitelial, favorecendo à entrada de patógenos e aumentando o risco de infecções. Os principais fatores de risco são a devido a higiene oral inadequada, perda da integridade da mucosa além de imunosupressão e disfunção das glândulas salivares (Squier, 1990). O cirurgião-dentista deve orientar o paciente quanto aos cuidados com a higienização bucal com a remoção química e mecânica do biofilme dental (Porter et al, 2004).

A infecção por Candida é caracterizada pela presença de placas brancas na mucosa bucal que, geralmente, quando raspadas, levam a uma superfície desnuda, dolorida e ulcerada. Quando associada a mucosite produz desconforto e alteração do estado nutricional. A radioterapia e quimioterapia alteram a microflora oral, aumentando a colonização por Candida durante o tratamento. controle das infecções fúngicas é realizada através da utilização de antifúngicos locais ou sistêmicos como o fluconazol, nistatina e anfotericina B (Soysa et al, 2004; Koc & Aktas, 2003)

O vírus latente do herpes simples (HSV) é comumente reativado na terapia antineoplásica, gerando a um quadro de estomatite similar com a mucosite oral. Os principais fatores necessários para promover essa reativação são a imunossupressão e a exposição direta dos tecidos à radiação ionizante em cabeça e pescoço. A infecção pelo herpes simples em pacientes imunocomprometidos é potencializada pela má higiene bucal, má nutrição e uso de tabaco. Para o tratamento é preconizado drogas antivirais, como o Aciclovir, associado ao tratamento sintomático e de suporte (Davies et al, 2001; Epstein et al, 2002).

-

9.7. Acompanhamento clínico

É necessário rever todo o tópico de Monitorização do tratamento.

Sugestão de rever e englobar os tópicos: “Monitorização do tratamento” e “Acompanhamento clínico” em um único item

O plano de acompanhamento por exames de imagem com exposição à radiação deve ser definido em base individual e sempre ser justificado em termos de benefício clínico provável, para se evitar riscos desnecessários por exposição à radiação ionizante.

Recomenda-se a realização periódica de nasofibroscopia, laringoscopiae radiografia de tórax no seguimento após cirurgia ou radioquimioterapia, com frequência mínima trimestral nos primeiros dois anos e semestral no 3º, 4º e 5º anos. Esofagoscopia, esofagograma e broncoscopia podem ser reservados para pacientes com sintomas novos associados ao trato aerodigestivo [33, 34]. No estudo mais amplo publicado, com 40.287 pacientes, a prevalência de segundo tumor maligno primário (STP) foi de 14,2%, em 40.287 pacientes, a maioria sendo metacrônica e detectada nos primeiros dois anos de seguimento. STP de cabeça e pescoço foi a ocorrência mais comum, acometendo principalmente doentes com CECP primário de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe [144]. Recomenda-se vigilância clínica permanente para STP do trato aerodigestivo após tratamento do CECP de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe, bem como para câncer de pulmão e STP do trato aerodigestivo no câncer de laringe.

Todos os doentes com CECP tabagistas ou etilistas devem ser esclarecidos sobre a importância da mudança de estilo de vida, com cessação destes hábitos, para reduzir o risco de desenvolver STP [145, 146].

Sugerimos que os textos sejam elaborados com uma abordagem mais sistêmica, tendo em vista a multidisciplinaridade do tratamento, evitando que muitos dos subtópicos acabem surgindo novamente no texto a luz de uma especialidade diferente. A multidisciplinaridade é um dos principais fundamentos desta atualização da portaria nº516.

As definições de estrutura e tópicos devem ser debatidas e definidas em grupo, para atender a necessidades citadas a cima.

Também sugerimos a criação de fluxogramas que descrevem do tratamento ideal/padrão, para cada tipo de CCP. Podendo identificar os profissionais envolvidos, os exames e tecnologias necessárias, os protocolos e processos a serem seguidos. O fluxograma também pode conter os tratamentos de suporte necessários. Esses materiais costumam ser práticos e auxiliam as atividades diárias dos profissionais.

10. Reabilitação

10.1 Atuação do Nutricionista durante a reabilitação do paciente com câncer de cabeça e pescoço

Complicações da terapia oncológica, tais como xerostomia, disfagia, disgeusia, trismo, mucosite e neutropenia, também podem estar presentes e persistirem mesmo pós tratamento, necessitando atenção especial pelo nutricionista.

O indivíduo sem evidência de doença, sem comorbidade e sem sequelas do tratamento deve ser acompanhado semestralmente, ou até completa reabilitação, pelo nutricionista com ênfase na alimentação saudável.

O indivíduo com comorbidades e sem sequelas do tratamento deve ser acompanhado pelo ambulatório trimestralmente pelo nutricionista, com ênfase na alimentação saudável e orientação relacionada às patologias associadas.

O indivíduo com sequelas decorrentes do tratamento deve ser acompanhado pelo ambulatório mensalmente pelo nutricionista, com ênfase na alimentação saudável e sequelas decorrentes do tratamento.

10.2 Psicologia:

No pós tratamento do câncer de cabeça e pescoço estressores estarão intimamente relacionados à como foi o processo de tratamento e quais sequelas o paciente continua apresentando, sendo comum a presença de: medo da morte; medo de recorrência; presença de dor e desconforto físico; dependência de terceiros; prejuízos na autoestima, no autoconceito e na autoimagem; mudanças na rotina de vida; lidar com limitações funcionais crônicas; dificuldades no contexto familiar e social; necessidade de manter seguimento e adesão às consultas de controle.

Novamente ressalta-se que os prejuízos vivenciados também se estendem aos cuidadores, em especial os cônjuges/companheiros.

Focos principais da assistência psicológica na reabilitação: melhorar a qualidade de vida, incentivar a troca de experiência com outras pessoas, reforçar a adesão ao seguimento, lidar com as complicações do tratamento (falar, comer, beber) e, quando houver, com o desfiguramento; auxiliar na cessação do uso problemático de tabaco e álcool; indicar grupos de suporte redes de auxílio disponíveis incluindo as associações para pacientes com câncer de cabeça e pescoço; orientar e intervir para melhorar o suporte e convívio familiar; aconselhar o paciente sobre intimidade, sexualidade e relacionamentos afetivos, bem como prestar assistência aos cuidadores.

Os objetivos do processo de reabilitação psicossocial são:

1. Readaptação social, com reorganização das atividades da vida diária e do ~~no~~ papel exercido no núcleo familiar bem como no mercado de trabalho;

2. Detecção dos comportamentos de superproteção familiar, com o objetivo de evitar a regressão emocional e estimular a autonomia do paciente;

3. Aceitação e adaptação das limitações e sequelas impostas pelos tratamentos realizados, como por exemplo, à perda ou alteração vocal;

5. Reconstrução/ressignificação da imagem e esquema corporal modificados em decorrência dos tratamentos mutiladores;

6. Desenvolvimento de boa comunicação e expressão das emoções entre pacientes e familiares, com o objetivo de melhorar a qualidade das relações afetivas do paciente~~;~~

São atribuições dos psicólogos que atuam na reabilitação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e seus cuidadores;

1. Reavaliar periodicamente o paciente e seus familiares por ocasião das consultas de controle, encaminhando para atendimento periódico sempre que detectado risco ou presença de sequelas emocionais graves (depressão, ideações suicidas, angústia, apatia e ansiedade exacerbada) e para atendimento psiquiátrico pacientes com risco de suicídio ou apresentando sinais e sintomas que sugiram presença de transtorno psiquiátrico em curso;
2. Oferecer acompanhamento e suporte psicológico utilizando-se do referencial teórico da psicologia da saúde e da psico-oncologia para realizar psicoterapia breve ou aconselhamento psicológico;
3. Participar das discussões de casos clínicos e interconsultas com a equipe de saúde, primando por subsidiar as discussões com aspectos psicossociais do paciente auxiliar na elaboração de um plano de reabilitação individualizado;
4. Promover o resgate da autoestima e autoconceito e a aceitação da nova autoimagem após prejuízos causados pos-tratamentos invasivos e mutiladores;
5. Desenvolver e fortalecer formas de enfrentamento mais adaptativas que colaborem tanto para a adesão ao tratamento, quanto para o ajustamento após ocorrência de ~~nas~~ perdas funcionais ~~durante o mesmo~~;
6. Identificar comportamentos de risco e atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar, em ações individuais ou em grupos , para promover mudanças no estilo de vida e adoção de comportamentos, tais como: cessação do uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas, adequado cuidado com a saúde bucal e novas formas e estratégias para uma boa alimentação;
7. Contribuir para a boa comunicação entre a tríade paciente-família-equipe, de forma a favorecer a compressão da doença e preocupações associadas e a expressão de medos e emoções;
8. Contribuir para a reabilitação psicossocial do paciente após o tratamento, mimizando o isolamento social e favorecendo o desenvolvimento de rotina de vida adaptada às limitações impostas pelo adoecimento e tratamento;
9. Manter acompanhamento enquanto verificada necessidade, mesmo finalizado o tratamento médico, com vistas à reabilitação e à adesão às consultas e exames de controle;
10. Quando necessário, ensinar estratégias de relaxamento compatíveis com as limitações físicas presentes, auxiliando no manejo de dor e estresse e no desenvolvimento de autocontrole emocional;
11. Manter avaliação constante e periódica das necessidades dos cuidadores, encaminhando para atendimento mais constante quando identificado alguma dificuldade.

Estas intervenções visam o bem estar do paciente e familiar, o desenvolvimento da autonomia, a superação das adversidades (Resiliência) e o resgate da dignidade humana.

São atribuições da equipe assistencial: encaminhar para avaliação e acompanhamento os pacientes apresentando características indicativas de sofrimento psíquico.

10.3 Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia é a área da saúde que trabalha com os diferentes aspectos da comunicação humana: linguagem oral e escrita, fala, voz, audição e funções responsáveis pela deglutição, respiração e mastigação. Na área oncológica sua atuação é de suma importância na composição da equipe multiprofissional desde o diagnóstico ao tratamento do paciente com câncer de cabeça e pescoço. O objetivo principal é melhorar os aspectos oromiofuncionais na busca da redução e prevenção das complicações, no restabelecimento da alimentação por via oral e da comunicação do paciente e na promoção de sua reinserção à sociedade e na melhora da qualidade de vida (Campos e Leite, 2010).

O fonoaudiólogo atua em todos os níveis das RAS (Brasil,2009) desde a atenção primária em campanhas de prevenção, na atenção secundária no acompanhamento do diagnóstico e na reabilitação, na atenção terciária com a reabilitação e nos cuidados paliativos do paciente com CCP visando à manutenção e conforto das funções do sistema estomatognático (SE).

O tratamento do paciente com câncer de cabeça e pescoço pode acarretar prejuízos transitórios ou permanentes (Marrafon, 2018) em alterações na respiração, deglutição (O'Neil et al. 1999) mastigação, comunicação (Crespo, 2000), paladar e olfato (Henkin et al. 1968). Esses fatores impactam de forma significativa no tratamento, fomentando em déficits nutricionais, aumentando a morbimortalidade e diminuindo a qualidade de vida.

10.3.1 PRÉ OPERATÓRIO: (Lofiego, 1994; Angelis e Martins, 2000)

Nesta fase o objetivo é explicar os aspectos da anatomia e fisiologia da produção vocal e deglutição; os métodos de reabilitação da comunicação alaríngea, do paladar, do olfato e da deglutição; e realizar o acolhimento do paciente com CCP.

10.3.2 PÓS OPERATÓRIO: (Nemr, 1998; Angelis e Martins 2000)

Nesta fase o primeiro objetivo é reforçar as informações dadas no período pré-operatório no que concerne aos aspectos relacionados às dificuldades/alterações de comunicação e das funções do sistema estomatognático, alertando para as alterações funcionais transitórias no intuito de enfatizar que a atuação fonoaudiológica como meio de ajuda, bem como nas mudanças definitivas que serão gerenciadas durante o processo de reabilitação, tranquilizando o paciente em tratamento.

A intervenção no pós-operatório pode ser realizada com alguns exercícios específicos, desde que haja a autorização medica. Porém, na maioria dos casos a fonoterapia só se inicia a partir da cicatrização, ausência de fístulas, deiscências de suturas e infecções.

Para laringectomias:

Laringectomia Total:

- Sugere-se avaliação clínica da deglutição na primeira sessão após liberação médica – iniciar com consistências líquidas;

- avaliação instrumental videofluoroscopia da deglutição (indicado em casos isolados de disfagia não associada à estenose);

- Casos de estenose ou fístulas – encaminhamento médico para endoscopia e/ou videofluoroscopia da deglutição.

- Para avaliação vocal o paciente deve estar em terapia para aquisição de voz esofágica e após 1 mês sem nenhuma produção esofágica, deve-se encaminhar para videofluoroscopia para diagnóstico de motilidade de esfíncter (hipertônico, hipotônico).

Encaminhamentos necessários:

Avaliações complementares podem ser necessárias. Desta forma, as especialidades para quais pode haver encaminhamento são: Otorrinoilaringologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço (dificuldade para aquisição de voz esofágica, toxina botulínica, miotomia).

·Otorrinolaringologista/cirurgião de cabeça e pescoço: Quando o paciente é incapaz de desenvolver a voz esofágica após 8 sessões de fonoterapia e outras causas de dificuldade de reabilitação são descartadas (como estenoses ou recidiva de tumor); ao considerar a presença de hipertonia ou espasmo do esfíncter esofágico superior, realiza o teste de Insuflação de ar no esôfago. Se o paciente conseguir emissão vocal sem apresentar espasmos e/ou emissões tensas excessivas pode-se referir que o SFE é permeável e o insucesso é devido à incapacidade de introduzir ar no esôfago pelos métodos de aquisição de voz esofágica. Se o paciente não conseguir voz esofágica indica-se, inicialmente, o bloqueio do plexo parafaríngeo que consiste na injeção percutânea de anestésico local (lidocaína 2%) com intuito de bloquear o plexo faríngeo e causar o relaxamento do esfíncter. Se houver emissão vocal relaxada após o bloqueio, caracterizada por emissão de vogal “a” com segundos de duração e contagem de números de 1 a 15, confirma-se a presença de espasmo ou hipertonia. Nesta situação a aplicação de toxina botulínica pode ser benéfica por manter o relaxamento muscular por um período de tempo maior que o anestésico local.

Encaminhamento para cirurgião para avaliação e necessidade de procedimentos em caso de insucesso de aquisição de voz esofágica ou produção inadequada da voz com protese traqueo-exofagica (PTE)

1 - Toxina botulínica - inicialmente utilizada para tratamento do esfíncter após PTE sem sucesso de emissão. Há autores que têm demonstrado efeitos por até dois anos e três meses após a aplicação inicial, sem necessidade de reaplicação. Após a aplicação inicial, o paciente pode se readaptar à nova situação ou pode ocorrer uma denervação da musculatura constritora da faringe em função do bloqueio pré-sináptico exercido pela toxina.

2 – Realização da miotomia dos músculos constrictores médio e inferior da faringe quando não realizado na cirurgia primária. A necessidade real da miotomia na PTE é controversa na literatura (variação entre 9% a 79% dos casos).(Sugerimos sob forma de anexo.)

Avaliação da qualidade de vida – protocolos para avaliação da qualidade de vida relacionada a VOZ – utilizamos questionário índice de desvantagem

vocal - IDV 10 (Costa, Behlau et al. 2013); Protocolo de estratégias de enfrentamento relacionado a voz;

Recomenda-se fonoterapia:

Aquisição de comunicação em fonoterapia:

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei n° 12.401 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.A laringe eletrônica faz parte deste contexto e a garantia da disponibilização das tecnologias incorporadas no SUS tem um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira

- Laringe eletrônica: como comunicação imediata. 1 a 2 meses (8 sessões) – indicação para todos os pacientes após procedimento cirúrgico.
- Voz esofágica: fonoterapia 2 a 3x/semana, tempo médio de reabilitação de 3 a 6 meses.
- PTE: Escolha do paciente após discussão com equipe multiprofissional (geralmente secundário, pós RDT – perfil populacional). 5 a 12 sessões

Em casos em que não houver reabilitação de voz alaríngea recomenda-se a comunicação alternativa aumentativa suplementar.

Reabilitação da deglutição:
- Orientação e exercícios se houver queixa ou disfagia oral.

Participação de grupos de apoio – foco em reabilitação, esclarecimentos de dúvidas e interação social.

O trabalho em grupo propicia um ambiente terapêutico no qual a pessoa lida constantemente com questões interpessoais. E, segundo Cade (2001), além de cuidar do problema focal, permite explorar melhor as habilidades de relacionamento, os estilos de vida e o ajustamento social. Os grupos de laringectomizados atingem objetivos na saúde desde a prevenção, detecção precoce do câncer de laríngе e reabilitação. Trata-se de uma rede de suporte ao paciente laringectomizado total que inclui educação (Suporte de Informação, rodas de conversa e grupo virtual (Suporte Socioemocional), e também o Canto (Suporte Vocal).

Os pacientes laringectomizados totais se enquadram no Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015.ja que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Desta forma, direitos a reabilitação

Laringectomia Total/Total ampliada:

Foco em reabilitação da deglutição – 8 sessões de fonoterapia. Posteriormemte, abordagem para reabilitação da comunicação, principal indicação é a laringe eletrônica.

Recomenda-se o uso de dispositivos para pacientes estomizados (estoma cervical):

·Filtros e adesivos: indicado para todos os pacientes independente do tipo de comunicação.

·Orientação na alta hospitalar com entrega que KITS - com protetor de banho, escova de higiene de PTE e protetor de estoma (kit de cuidados)

Laringectomia Parcial/Transoral:

- Recomenda-se: Atuação no pós-operatório imediato para o auxílio de retirada de cânula de traqueostomia.
- Avaliação clínica nas primeiras sessões: avaliação de deglutição de saliva corada de azul e posteriormente introdução de alimentos.
- Avaliação objetiva à indicação primária de videoendoscopia da deglutição – possibilidade de avaliação a função laringe e a anatomia. Posteriormente, quando possível, para propor retirada de via alternativa de alimentação solicitar videofluoroscopia da deglutição – ambas acompanhadas por fono.

Para avaliação vocal, sugere-se avaliação perceptivoauditiva e com programas de acústica à avaliação da fala e da voz – objetivo definição terapeuta e biofeedback.

Se:

- Laringectomia parcial horizontal – seguimento de 2 a 3x/semana para reabilitação da deglutição (8 - 12 sessões para retirada de SNE, em média). Terapia para manutenção durante a radioterapia 1x/semana.
- Laringectomias parcial vertical – seguimento 1 a 2x/semana – para reabilitação da deglutição – 2 - 4 sessões para retirada de SNE. Fonoterapia semanal para reabilitação vocal.

Para cirurgias de cavidade oral

Os indivíduos que sofrem com câncer de cavidade oral língua oral são submetidos a múltiplos regimes de tratamento. O padrão de atendimento para pacientes com esses tumores vai modificar de acordo com a combinação de tratamento. Alguns sintomas podem aparecer associados tais como: alteração de paladar, olfato e xerostomia.

- Deglutição: solicitação de videofluoroscopia da deglutição após a avaliação clínica e início de treino de alimentação por via oral em fonoterapia.

A videofluoroscopia é um instrumento de complementação da avaliação clínica. Indicado também para avaliação de esfíncter e funcionalidade de prótese rebaixadora de palato. (Anéas e Dantas, 2014).

Encaminhamentos para especialidades necessárias: Odontologia, Prótese, Otorrinolaringologia/cirurgia de cabeça e pescoço, Nutrição, Pneumologia

- Dentista: encaminhamento imediato para avaliação de prótese obturadora ou rebaixadora de palato após avaliação fonoaudiológica.

Protético: para confecção de prótese obturadora e/ou rebaixadora

Otorrinolaringologista/cirurgião de cabeça e pescoço: Para avaliação da funcionalidade da prótese obturadora. Para análise de possibilidade de redução de fluxo salivar pelo quadro aspirativo ou conduta médica relacionada a quadros de espasmos ou hipertonia de músculos envolvidos na voz, fala e deglutição.

- Nutricionista: encaminhamento imediato
- Pneumologista: encaminhamento dos pacientes com risco de aspiração silente ou com histórico de pneumonia.

Fonoterapia:

- 2 a 3x/semana – pacientes com disfagia leve a moderada
- Terapia intensiva – pacientes com disfagia grave ou traqueostomia com "cuff" insuflado
- Prótese rebaixadora de palato / prótese obturadora – atuação em conjunto com o departamento da Estomatologia, Otorrino/CCP para definição do tamanho e da funcionalidade da prótese. Recomenda-se a realização de uma nasofibroscopia acompanhada também por fonoaudiólogo.
- Utilização de espessante – o ideal disponibilizar para todos os pacientes que apresente disfagia para líquido.
- Pacientes com "cuff" insuflado – necessidade de acompanhamento home care com aparelhos e kits de aspiração.
- Orientação de alta com protetor de banho, escova, protetor de estoma (kit de cuidados) para pacientes traqueostomizados.

A Portaria SAS n. 400, de 2009, estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no SUS e garante o fornecimento dos filtros e adesivos para os laringectomizados totais. Na alta hospitalar é importante que estes pacientes recebam e sejam orientados quanto ao manuseio do kit de cuidados (protetor de banho, escova de higiene de prótese traqueoesófagica e protetor de estoma) a ser disponibilizado por todas as instituições onde são realizadas estas cirurgias.

Tireoidectomias:

Recomenda-se nasofibroscopia filmada com som (atuação em conjunto entre otorrinolaringologista/CCP e fonoaudióloga) – definição da anatomia, lesões, paralisia de prega vocal e condutas terapêuticas. Seleção das melhores técnicas. (Barros e Carrara-de Angelis, 2002)

2. Avaliação vocal: avaliação perceptivoauditiva e com programas de acústica à avaliação da fala e da voz – objetivo definição terapêutica e biofeedback.
3. Avaliação clínica da deglutição se queixas de engasgos ou sensação de alimento parado na garganta. Quando necessário solicitar exame objetivo (videoendoscopia da deglutição ou videofluoroscopia da deglutição).

Não acreditamos que isso deva ser mencionado aqui. Nenhum outro item contemplou número de sessões, isso seria muito fechado a um programa de terapia institucional.

Enfatizar o impacto e a importância dos grupo de apoio na reabilitação e inclusão social dos pacientes. Acreditamos que seria interessante reforçar que os pacientes laringectomizados totais necessitam ter conhecimento que se enquadram no Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015, podendo se valer dos direitos a reabilitação. Além disso, eles se enquadram na Portaria SAS n. 400, de 2009, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS, podendo garantir o fornecimento dos filtros e adesivos. Mencionar a importância de haver kit de cuidados (com protetor de banho, escova de higiene de PTE e protetor de estoma) padronizados em todas as instituições, a disposição do paciente. As portarias acima citadas lhes dão este direito.

10.4 Reabilitação com Prótese Bucomaxilofacial:

A localização e extensão dos tumores de cabeça e pescoço, as técnicas cirúrgicas e as formas complementares de tratamento, resultam muitas vezes em grandes sequelas. As alterações funcionais, como alimentação e comunicação oral, assim como o comprometimento estético afetam psicológica e socialmente e resultam em diminuição significativa da qualidade de vida dos pacientes. Além dos evidentes comprometimentos funcionais, como a alteração da normalidade estética, principalmente nos mutilados por perdas faciais, os pacientes tendem ao isolamento, comprometendo suas atividades profissionais, sociais e produtivas.(Tanner e Mobley 2006, Petrovic et al, 2018).

A aparência é importante por ser uma forma de expressão e pelo que representa socialmente. A dimensão social é bem compreendida no caso de mutilações faciais, que resultam no estigma social. A repercussão de uma face desfigurada determina a relação do indivíduo consigo mesmo e a sua relação com o mundo exterior. Assim, a reabilitação protética bucomaxilofacial intervém não somente no corpo biológico, mas também no corpo social. (Destruhaut et al. 2010)

A deformidade bucomaxilofacial, somada ao comprometimento da comunicação oral podem produzir sentimentos de ansiedade, tristeza e constrangimento, contribuindo dessa forma para o afastamento e isolamento social, podendo causar sério impacto na qualidade de vida desses indivíduos (Eadie et al 2014).

Assim, a reabilitação dos pacientes com mutilações faciais alcança seus objetivos ao devolver ao paciente funções como deglutição, fonação, alimentação e estética (Depprich R, et al. 2011). No caso das perdas intra orais de maxila, a reconstrução e reabilitação protética dos pacientes podem ser realizadas através de técnicas cirúrgicas com rotação de retalhos e enxertos microvascularizados, como também através da instalação de próteses com obturador palatino (Carvalho et al., 2009). A reabilitação com obturadores maxilares após maxilectomia, possibilitam uma adequada condição de deglutição e fala, promovendo melhor qualidade de vida. (Brandão et al 2015; Dholam et al 2016).

As próteses bucomaxilofaciais tem como objetivo restaurar e manter a saúde e o conforto, corrigir defeitos faciais, distúrbios de aparência, restaurar e corrigir as funções da fala, da deglutição e da mastigação (Rezende, 1997) melhorando significativamente a qualidade dos pacientes , além de ser uma modalidade de tratamento apropriada e não invasiva (Beumer et al 1996).

Como os processos de reabilitação dos defeitos maxilofaciais extensos costumam ser longos, necessitam da participação de equipes multiprofissionais. (Hubálková et al., 2006; Simões et al 2009) e cabe à equipe multiprofissional avaliar a melhor opção de reabilitação, protética, ou cirúrgica.

Para muitas das deformidades faciais resultantes do tratamento de câncer de cabeça e pescoço, a cirurgia plástica, enxertos e mais recentemente, os transplantes, inclusive de toda a face, são alternativas de tratamento para as sequelas.

Na impossibilidade de reconstrução cirúrgica, primeira opção de tratamento, a Prótese Bucomaxilofacial (PBMF) é a alternativa mais viável e mais econômica. (Tanner e Mobley ,2006)

A participação do protesista bucomaxilofacial se faz necessária desde o planejamento da cirurgia, pois parte da execução da prótese pode ser feita antes de remoção tecidual para garantir menor perda de função e de estética possíveis. O planejamento em equipe para que sejam feitos procedimentos prévios que resultarão no êxito da reabilitação como, manutenção quando possível de elementos dentais imprescindíveis para a retenção da prótese, moldagens prévias para estudo e planejamento, bem como, confecção de moldeiras individuais, entre outros.

O tratamento reabilitador protético estende-se tanto às perdas intra orais de maxila e mandíbula, ao tratamento das fendas labiopalatinas e as perdas extra orais faciais, como ocular, óculo palpebral, nasal, auricular e facial extensa. (Simões et al 2009).

As próteses devem ser indicadas para reposição dos seguintes tecidos perdidos, podendo ser classificadas como (Rezende 1997):

- Dispositivos de abertura de boca pré-radioterapia: especialmente para os casos onde o IMRT não seja a técnica disponível para radioterapia
- Oculares: confecção e a instalação das próteses nas cavidades anoftálmicas, resultante das eviscerações e enucleações.
- Óculo-palpebrais: próteses realizadas para reabilitação cavidade anoftálmica com inclusão das pálpebras, resultante das exenterações.
- Hemi-Facias: reabilitação de grandes perdas faciais, com adaptação ou não de oculares.
- Obturadores palatinos: podem ser trans e pós-cirúrgicos,servem para a reabilitação de perdas maxilares, podendo ser de infra,meso ou supra estrutura.
- Nasais: para reabilitação de perdas de partes ou total do nariz.
- Auriculares: para reabilitação de perdas de partes ou totais da orelha.
- Próteses para perdas de partes ósseas: malares, supraorbitário e cranioplastia.
- Próteses direcionadoras para braquiterapia em palato de Alta Taxa de Dose.

A confecção laboratorial das próteses poderá ser realizada por laboratório de prótese terceirizado, visando minimizar custos de instalação de laboratório de prótese.

Com a advento da tecnologia 3D, obtivemos a possibilidade do uso de biomodelos, que são réplicas de ossos ou órgãos a partir de exames de imagem tomográfica e apesar de serem de utilidade menor no tratamento de deformidades faciais simples, em que técnicas cirúrgicas padronizadas obtêm

bons resultados, são necessários em procedimentos cirúrgicos complexos e personalizados, facilitando a cirurgia, melhorando os resultados, diminuindo os riscos, as complicações e o tempo cirúrgico.

Nos casos em que existe uma anatomia contralateral normal, esta pode ser usada como base para a reconstrução do lado afetado (Meurer et al., 2003). Como resultado, eles facilitam uma maior apreciação da relação à visão espacial entre estruturas anatômicas para os cirurgiões. Isso pode se traduzir em menor tempo cirúrgico, redução da exposição à anestesia geral, menor tempo de exposição da ferida e redução da perda sanguínea intraoperatória. (Chae et al., 2015).

Observa-se que a atuação clínica e os resultados da reabilitação com próteses bucomaxilofaciais, vêm ratificar o conceito de Saúde, descrito pela Organização Mundial de Saúde que deve nortear as ações de políticas públicas e ser o objetivo final dos profissionais envolvidos, que é o: “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer)

Apesar de o câncer ser muitas vezes uma doença mutiladora e limitante, observa-se nas disposições gerais da Portaria 874 acima transcrita, que, apesar da preocupação com a melhora da qualidade de vida dos pacientes, as ações citadas para isso não incluem a reabilitação destes pacientes, restringindo-se ao tratamento e cuidados paliativos. Sendo que conforme já apresentado e confirmado na literatura e na prática, os pacientes tratados de câncer de cabeça e pescoço através de cirurgia e radioterapia, na maioria das vezes apresentam sequelas tão importantes que comprometem as funções, impedem o paciente de ter o mínimo de qualidade de vida e de conviver socialmente, se não reabilitado adequadamente.

Vale observar também que a oferta de reabilitação é citada na referida Portaria, uma única vez no CAPÍTULO II, Seção V, Art. 14, IV: “São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam”.

10.4 Reabilitação protética:

Objetivo Geral: criação de centros de próteses buco maxilo faciais para reabilitação de pacientes oncológicos com sequelas cirúrgicas oriundas das exéreses de neoplasias malignas.

Justificativa: A atuação clínica e os resultados da reabilitação com PBMFs vêm ratificar o conceito de Saúde, descrito pela Organização Mundial de Saúde que deve nortear as ações de políticas públicas e ser o objetivo final dos profissionais envolvidos, que é o: *« estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.* »

Tanner e Mobley (2006) apontaram que do mesmo modo que a localização e extensão dos tumores, as técnicas cirúrgicas e as formas complementares de tratamento, resultam muitas vezes em grandes sequelas. As alterações funcionais, como alimentação e comunicação oral, assim como o comprometimento estético afetam psicológica e socialmente e resultam em diminuição significativa da qualidade de vida dos pacientes. Além dos evidentes comprometimentos funcionais, como a alteração da normalidade estética, principalmente nos mutilados por perdas faciais, os pacientes tendem ao isolamento, comprometendo suas atividades profissionais, sociais e produtivas..

A aparência é importante por ser uma forma de expressão e pelo que representa socialmente. Destruhaut et al. (2010) analisaram que no primeiro sentido, o olhar, os movimentos e as mímicas da face são formas essenciais de comunicação e de interação com os outros. Para os autores, a dimensão social é mais bem compreendida pelo contraste, no caso de dismorfias ou mutilações faciais, que resultam no estigma social. A repercussão de uma face desfigurada determina a relação do indivíduo consigo mesmo e a sua relação com o mundo exterior. Assim, a reabilitação protética bucomaxilofacial intervém não somente no corpo biológico, mas também no corpo social.

Para Depprich e Naujoks (2011), a importância da reabilitação protética na qualidade de vida dos pacientes com comunicação bucosinusal é comprovada ao se constatar que pacientes reabilitados proteticamente, em sua grande percentagem, apresentam qualidade de vida semelhante à de pessoas que não apresentam sequelas bucais decorrentes do câncer.

As sequelas dos diferentes tratamentos oncológicos são objetos de constantes estudos e têm despertado debates entre as equipes multiprofissionais, divulgando tendências, reflexões e condutas para o planejamento de tratamentos mais adequados no sentido de minimizar os sofrimentos e aumentar a sobrevida do paciente.

Há indicativos que, além de cumprimento das funções constitucionais e do aspecto humanitário que envolve a reabilitação protética dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, a reabilitação através de PBMF seja favorável à economia do Estado. Por ser a população na faixa de idade produtiva a mais acometida por câncer de cabeça e pescoço, a reabilitação protética viabiliza a continuidade das atividades laborais sem que ocorra a aposentadoria precoce custeada pelo Estado.

Não só porque estatisticamente é significante, mas porque social e psicologicamente as mutilações resultantes do câncer de cabeça e pescoço atingem de maneira incisiva o paciente, familiares e convivas.

Nem todos serão tratados cirurgicamente ou necessitarão de uso de PBMF. Porém, sem o oferecimento do serviço pelo Estado, o país apresenta uma demanda histórica reprimida pela falta do serviço e pelo isolamento dos pacientes.

Em relação às instalações, os CACONS já possuem consultório odontológico, sendo necessária somente a eventual adequação do espaço físico para o atendimento dos pacientes que necessitem de PBMF.

Por fim, a necessidade de o paciente ser reabilitado com próteses bucomaxilofaciais, implica que o mesmo seja atendido por uma equipe multiprofissional, composta por: Cirurgiões de cabeça e pescoço, odontólogos clínicos e protesistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros e estomatologistas.. Este tratamento esta previsto na Portaria nº 3.535 de 02 de

setembro de 1998. Art. 3º : Definir que compete às Secretarias de Saúde do Estado do distrito Federal e dos Municípios, de acordo com suas respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Fatores positivos a serem observados na reabilitação dos pacientes:

- Fatores funcionais, a reabilitação da perda com resgate das funções em grande parte comprometidas.
- Fatores estéticos, a possibilidade de reaver a estética do paciente
- Fatores psicológicos, a própria reabilitação das funções e da estética, traz ao paciente a possibilidade de retorno ao seu convívio familiar e social.

10.4.1 Prótese bucomaxilofacial

Para Rezende (1997), a especialidade de Prótese Bucomaxilofacial, tem como objetivo, proporcionar o conhecimento e capacitar quanto à extensão do atendimento odontológico no âmbito das perdas faciais e orais e das deformidades congênitas. É esta especialidade que tem por objetivo restaurar e manter a saúde e o conforto, corrigir defeitos faciais, distúrbios de aparência, restaurar e corrigir as funções da fala, da deglutição e da mastigação.

Simões et al. (2009) afirmaram que o tratamento reabilitador protético estende-se tanto às perdas intra orais quanto às grandes perdas de maxila (Figuras 8 e 9) e mandíbula, ao tratamento das fendas labiopalatinas e as perdas extra orais faciais, como a ocular, a óculo palpebral (Figuras 10 e 11), a nasal, a auricular e a facial extensa (Figuras 12 e 13) .

A especialidade atua por meio da utilização de aparelhos e dispositivos de auxílio na aplicação radioterápica e cirúrgica e nos protetores esportivos intra e extra-orais. E com os avanços científicos e tecnológicos e as novas descobertas e aprimoramento dos materiais e das técnicas existentes e o uso de novos materiais (resinas, silicones, biomateriais e implantes osseointegrados), associados às técnicas cirúrgicas plásticas e reparadoras, a especialidade tem aperfeiçoado a confecção de próteses mais estéticas e biocompatíveis.

Parte do trabalho de reabilitação é realizada em consultório odontológico pelo especialista em PBMF e parte é confeccionada em Laboratórios de Próteses, neste caso, terceirizados, devido à demanda não justificar, em um primeiro momento, o investimento financeiro em estrutura física e pessoal capacitado. Estes laboratórios possuem equipamentos como fornos, centrífugas, inclusores, entre outros, e também protéticos, que são os profissionais que realizam, especificamente, a parte laboratorial das reabilitações.

10.4.2 Reabilitação com enxertia óssea e implantes osseointegrados

A reabilitação óssea e dentária pós ressecções dos maxilares em pacientes com câncer de boca permanece um desafio. Os objetivos principais são a recuperação da forma e da função, que prevêem a recuperação dos

espaços aéreos, do contorno mandibular, a fonação, a mastigação, e a reposição dentária por meio de próteses associadas ou não a implantes dentais (Bosc et al, 2017).

A reabilitação do paciente envolve equipe multiprofissional. A indicação da melhor estratégia reabilitadora envolve vários fatores: relacionados a doença, estadiamento e prognóstico oncológico; relacionados ao paciente: status clinico geral e nutricional, comorbidades e radioterapia na cavidade oral. A experiência da equipe é fator importante nas taxas de sucesso do tratamento (Bosc et al, 2017; Petrovic et al, 2018).

A indicação da melhor estratégia reabilitadora envolve vários fatores: relacionados a doença como estadiamento e prognóstico oncológico; e relacionados ao paciente como status clinico geral e nutricional, comorbidades e radioterapia na cavidade oral (Bosc et al, 2017; Verigo et al, 2017; Petrovic et al, 2018).

Para reconstruções ósseas, o padrão-ouro é o enxerto com fíbula microvascularizada, que pode ser empregada também para defeitos de tecidos moles associados (enxerto osteomiocutâneo). A fíbula tem volume ósseo adequado, permite a confecção de múltiplas osteotomias para modelar o perímetro mandibular, tem resistência mecânica suficiente e boa vascularização interna e externa, o que favorece a osseointegração de implantes (Petrovic et al, 2018; Pellegrino et al, 2018; Lee et al, 2015). Outras áreas doadoras, tais como ilíaco, escápula e rádio podem ser empregadas em pacientes selecionados (Bosc et al, 2017).

Recentemente, novas tecnologias de cirurgia guiada e virtual estão sendo incorporadas no planejamento das reconstruções ósseas, possibilitando maior previsibilidade dos resultados, menor tempo cirúrgico e menor risco de complicações pós operatórias (Ciocca et al, 2012; Iglesias-Martín et al, 2018).

A reabilitação dentária em grandes defeitos envolve, na maioria dos casos, o uso de implantes para retenção das próteses. De forma ideal, os implantes são instalados no momento da cirurgia reconstrutiva. Deste modo, o planejamento protético é fundamental para o resultado final. Alguns fatores influenciam no sucesso dos implantes, tais como: tipo de osso (natural ou enxerto) e a radioterapia, prévia ou adjuvante. Estudos de meta-análise revelam maior índice de sucesso em implantes instalados em áreas não irradiadas, comparando com áreas irradiadas (Smith Nobrega et al, 2016). Em relação ao tipo de osso irradiado, observou-se menor índice de sobrevida dos implantes instalados em osso enxertado irradiado, em relação ao osso natural irradiado (Schiegnitz et al, 2014).

10.4.3 Equipes multiprofissionais

Segundo Cardoso (2006), a integração entre os vários elementos da equipe multiprofissional, constituída por cirurgiões, protéticos, psicólogos e o apoio da família, é fundamental durante todo o processo de perdas pela doença.

O trabalho em equipe é de fundamental importância do ponto de vista psicológico assim como no resultado do tratamento. Nos casos em que o paciente é atendido desde o diagnóstico por profissionais habilitados nas diversas áreas, é inegável a maior cooperação e disposição em se submeter ao tratamento.

Hubálková et al. (2006) alertaram que os processos de reabilitação dos defeitos maxilofaciais extensos costumam ser longos e necessitam da participação de equipes multiprofissionais compostas por cirurgiões plásticos, oncologistas, oftalmologistas e cirurgiões-dentistas. E que em relação aos tratamentos curativos e reabilitadores, também é inegável que os resultados são mais efetivos quando o paciente é atendido por uma equipe composta por oncologistas, radioterapeutas, enfermeiros especialistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e cirurgiões-dentistas.

É importante ressaltar que a participação do protesista bucomaxilofacial se faz necessária desde o planejamento da cirurgia, pois parte da execução da prótese pode ser feita antes de remoção tecidual para garantir menor perda de função e de estética possíveis. Também é importante o planejamento em equipe para que sejam feitos procedimentos prévios que resultarão no êxito da reabilitação como, manutenção quando possível de elementos dentais imprescindíveis para a retenção da prótese, moldagens prévias para estudo e planejamento, bem como, confecção de moldeiras individuais, entre outros.

10.5 Fisioterapia

A Fisioterapia é de fundamental importância desde o diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço, visando a recuperação funcional do paciente para que tenham uma melhor qualidade de vida, e possam reintegrar-se o mais brevemente possível à sociedade.

De acordo com a literatura, dentre as principais sequelas após o tratamento câncer de cabeça e pescoço estão linfedema de face, síndrome do ombro caído, trismo, xerostomia, paralisias faciais, problemas cicatriciais e respiratórios (DELLA JUSTINA, L.B.; DIAS, M. 2016).

O fisioterapeuta desempenha seu papel desde a atenção primária, atuando em campanhas de prevenção ao câncer de cabeça e pescoço, acompanhando o paciente durante o diagnóstico da doença, preparando-o para o enfretamento; durante os tratamentos em todas as suas etapas como neoadjuvância, adjuvância, pré e pós-operatório e, então prosseguir os cuidados e orientações no seguimento do paciente. Atua também na fase de cuidados paliativos objetivando a diminuição dos sintomas, manutenção das funções, independência e na possibilidade de proporcionar conforto.

A reabilitação fisioterapêutica deve ser um processo dinâmico, iniciando o mais precocemente possível, de forma preventiva ou após o diagnóstico. Esta parte foi retirada, pois decidimos apresentar os recursos utilizados diretamente nas disfunções.

10.2.1 Fisioterapia pré- operatória

A abordagem fisioterapêutica pré-operatória visa intervir precocemente em pacientes que já apresentam sintomas respiratórios e maior risco de complicações pulmonares no pós-operatório imediato, através de uma abordagem profilática que favoreça a broncodesobstrução, a melhora da ventilação alveolar e da efetividade da tosse. Adicionalmente, de acordo com a proposta cirúrgica, pacientes devem ter uma avaliação de base de estruturas com risco potencial de acometimento no pós-operatório, tais como: amplitude de movimento dos ombros, posicionamento escapular, mobilidade da coluna cervical, postura (posição da cabeça, presença de hipercifose dorsal) e aferição da abertura bucal (CAPOZZI, DOLGOY e McNEELY, 2018).

Os pacientes devem ainda ser orientados quanto às possíveis repercussões impostas pelos tratamentos (dor, disfunção do ombro, pescoço e ATM, lesões do nervo facial e linfedema cervicofacial). Aqueles que necessitarão de reconstruções com retalhos pediculados ou microcirúrgicos devem ser também orientados quanto à morbidade da área doadora. O esclarecimento quanto às expectativas e etapas do processo da reabilitação favorece a adesão ao tratamento.

Objetivos: avaliar a condição funcional do paciente, preparando-o para o procedimento cirúrgico, melhorando a qualidade da função respiratória e motora e fornecendo orientações a respeito das possíveis alterações pós operatórias.

Conduta:

- Profilaxia respiratória
- profilaxia circulatória
- manutenção das amplitudes de movimento
- manutenção da força muscular
- Reduzir e prevenir complicações pós-operatórias

10.2.2 Fisioterapia pós-operatória (fase hospitalar)

No pós-operatório imediato, muitos dos pacientes submetidos às grandes cirurgias do trato aerodigestivo superior necessitarão de uma traqueostomia, e sofrerão com os sintomas à ela relacionados, como secreção traqueobrônquica excessiva, em decorrência de alterações na fisiologia respiratória (perda da umidificação, filtração e aquecimento do ar que acontecem ao nível da cavidade nasal, redução da eficiência da tosse por alterações em suas fases compressiva e expulsiva, que ocorrem ao nível da glote). A ressecção e/ou desnervação de estruturas da cavidade oral e orofaringe, além de alterar a eficiência da tosse, favorecem processos aspirativos devido à hipomobilidade e consequente redução da efetividade para deglutir (WEBER, 1993). Laringectomias parciais, em especial a supracricóide, também cursam com aspiração devido à remoção de estruturas anatômicas que participam dos mecanismos protetores das vias aéreas durante a deglutição (Simoneli, 2010; Benito, 2011). Todos estes aspectos favorecem o desenvolvimento de complicações pulmonares no pós-operatório.

Aqui, novamente a Fisioterapia tem papel fundamental na prevenção de complicações respiratórias, através de técnicas que favoreçam a broncodesobstrução e a ventilação (aerossolterapia neutra, cinesioterapia

respiratória e higiene brônquioca, dentre outras). A cinesioterapia motora associada ao posicionamento adequado (para pacientes que se encontram com indicação de restrição ao leito) e o estímulo para deambulação precoce são relevantes na profilaxia mecânica da trombose venosa profunda, assim como na melhora da função pulmonar. Atenção especial deve ser dada a pacientes submetidos à reconstruções com retalhos pediculados ou microcirúrgicos, evitando a tração dos tecidos em cicatrização (CAPOZZI, DOLGOY e McNEELY, 2018).

Objetivos: avaliar a condição funcional do paciente, prevenir e tratar possíveis alterações da função respiratória e motoras.

Condutas:
- Evitar postura antálgica
- Evitar respiração de defesa

- Melhorar a expansibilidade e elasticidade torácica
- Prevenir acúmulo de secreções
- Prevenir alterações circulatórias
- Manutenção das ADM`s
- Manter o trofismo e a força muscular
- Redução das algias
- Prevenção da formação do Linfedema de face
- Normalizar as alterações de sensibilidade
- Reeducação postural

10.2.3 Principais complicações após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço.

Trismo

O trismo é uma disfunção frequente em pacientes com câncer da cabeça e pescoço. Pode ser evidenciado mesmo no momento do diagnóstico e está altamente relacionado aos tratamentos da doença como cirurgia e/ou radioterapia que envolvam a cavidade oral (trígono retromolar, mucosa jugal, palato, rebordo gengival superior), orofaringe, nasofaringe e seio maxilar. Pode se manifestar logo após a cirurgia, ao longo da radioterapia, ou tardiamente, vários meses após o termino dos tratamentos.

Trismo Radioinduzido

Caracteriza-se como uma limitação na amplitude de movimento e mobilidade mandibular reduzida. O trismo radioinduzido é decorrente, principalmente, de fibrose na musculatura mastigatória (masseter, temporal e pterigóideos) por essa região encontrar-se no campo de radiação. Inicialmente há uma proliferação anormal de fibroblastos acentuando a síntese de colágeno, e resultando na formação de tecido fibroso espesso (TEGUH et al. 2008; BENSADOUN et al. 2010). O trismo tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que afeta funções importantes na vida diária como dificuldades na fala, mastigação, uso de próteses dentárias, comprometimento a higiene oral, além de causar alterações na aparência facial, podendo levar a estados depressivos.

Na caracterização do trismo, autores padronizaram o ponto de corte funcional, em pacientes oncológicos de cabeça e pescoço, como sendo uma abertura bucal (AB) ≤ 35mm, independente da condição dentária. Na avaliação subjetiva pode ser questionado ao paciente: você sente sua abertura bucal reduzida? DIJKSTRA et al. (2006)

O tratamento e prevenção do trismo inclui principalmente a fisioterapia, que dispõe de recursos e técnicas específicas no manejo desta condição tais como massoterapia, alongamentos ativos, passivos e uso de dispositivos terapêuticos (ou auxiliares) tais como, Therabite, abaixadores de língua, hiperboloide, na liberação de aderências objetivando a restauração dos movimentos mandibulares através de um aumento na amplitude de movimento. A Fisioterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência antes do início da radioterapia, de forma preventiva, visto que quanto instalado, o trismo radioinduzido pode ser de difícil resolução.

Cuidado adicional deve ser dispensado a pacientes com ostoradionecrose da mandíbula. Nestes casos, o uso de dispositivos auxiliares deve ser evitado devido ao risco de fratura patológica (Marunick, Garcia-Gazaui, Hildebrand (2016). Já as terapias manuais devem ser administrados com cautela.

Linfedema de Face

O linfedema de cabeça e pescoço ocorre devido a uma disfunção na linfa, ocasionada por procedimentos cirúrgicos onde acontece a retirada de algumas estruturas, sendo elas os linfonodos cervicais. Tal consequência se desenvolve devido a um desequilíbrio entre a demanda linfática e a capacidade do corpo de drenar a linfa (DELLA JUSTINA e DIAS, 2016).

O linfedema é considerado uma complicação crônica, pode se manifestar como uma sensação de peso, aperto ou desconforto permanente no local afetado, podendo ocasionar um importante comprometimento físico, funcional, social e emocional (DELLA JUSTINA e DIAS, 2016).

O linfedema em cabeça e pescoço pode ser classificado como externo ou interno. O linfedema externo acomete principalmente as regiões submandibular, bochechas e pescoço. Já o linfedema interno acomete estruturas da cavidade oral, faringe e laringe. Entretanto, a maioria dos pacientes apresenta o lifedema combinado, com predomínio de um ou outro (DENG et al, 2012).

O padrão ouro no tratamento do Linfedema de face é a Fisioterapia descongestiva complexa composta por drenagem linfática manual, bandagens compressivas, exercícios linfomiocinéticos e cuidados com a pele. Outros recurso podem ser utilizados no tratamento do Linfedema com ótimos resultados tais como o linfotaping e laser de baixa potência.

Lesão do nervo acessório

O nervo acessório é o XI nervo craniano, responsável pela inervação dos músculos trapézio e esternocleidomastoideo. Pode sofrer danos durante os diversos subtipos de esvaziamento cervical, desde neurotmeses (nos casos de esvaziamentos cervicais radicais extensos que incluem seu sacrifício), ou

lesões incompletas como as neuropraxias e axoniotmeses (causadas pela manipulação, tração e estiramento do nervo durante a cirurgia).

O esvaziamento cervical radical compreende a remoção dos linfonodos do pescoço, como também de estruturas próximas as cadeias linfáticas cervicais, sendo elas o esternocleidomastoideo, a veia jugular interna e o nervo acessório. Tal procedimento é esteticamente deformante para o paciente, produzindo uma desordem conhecida como síndrome do ombro doloroso, ou síndrome do ombro caído (MOZZINI, SCHUSTER e MOZZINI, 2007). (Usar literaturas mais recentes. Procurar não repetir muito os mesmos autores.)

Propõe-se algumas alterações que busquem preservar as estruturas citadas, afim de evitar as suas complicações, sabendo-se que a função do ombro é mantida quando o nervo acessório é preservado (MOZZINI, SCHUSTER e MOZZINI, 2007). Algumas alterações funcionais são causadas na região de ombro pelos esvaziamentos cervicais, como a dor que é referida por ser uma consequência da disfunção do nervo acessório (SHIMOYA-BITTENCOURT et al., 2016).

Dentre as complicações pós-operatórias mais relatadas podemos encontrar a limitação de movimento, perda de força do membro superior e pescoço, depressão do ombro com deslocamento anterior e impacto psicossocial na vida dos pacientes (MOZZINI, SCHUSTER e MOZZINI, 2007). Na prática, o paciente terá dor e dificuldade em elevar o ombro, interferindo em tarefas diárias simples, como despir/vestir, tomar banho, pentear o cabelo, além de retardar e/ou impedir o retorno às atividades laborativas.

O tratamento da síndrome do ombro caído envolve alongamento e fortalecimento de toda cintura escapular, promovendo maior propriocepção, ganho de força e estabilidade para esta região.

O processo de reabilitação pode ser iniciado ainda na fase hospitalar, após a retirada dos drenos ou liberação do cirurgião, quando exercícios suaves, em amplitude de movimento completa, devem ser instituídos a fim de minimizar a dor e a rigidez no ombro, para a prevenção da capsulite adesiva. Na fase ambulatorial, quando concluída a cicatrização cirúrgica, seguem os exercícios ativos e assistidos para manutenção da amplitude de movimento passiva, alivio da dor e prevenção da contratura do dos músculos peitorias. O fortalecimento de músculos sinérgicos com o trapézio superior (elevador da escápula e romboides) auxilia na prevenção da queda do ombro e na melhora da estabilidade da cintura escapular. Os pacientes devem ser ainda orientados quanto aos cuidados com a sobrecarga, evitando carregar, puxar ou empurrar objetos pesados no membro superior afetado (CAPOZZI, DOLGOY e McNEELY, 2018). Recursos adicionais como crioterapia, eletroterapia (TENS) e massoterapia estão indicados para auxílio no controle álgico (GURU, MANOOR e SUPE, 2012).

Nos casos em que o nervo foi preservado, a recuperação completa é esperada em até 18 meses (Sandmael et al, 2017), apesar de uma parcela dos pacientes cursarem com recuperação parcial. Nos casos de sacrifício do nervo, os exercícios e alongamentos domiciliares devem ser mantidos de forma contínua, diariamente, visando minimizar os sintomas e incapacidade associados. Nos pacientes que evoluam com depressão severa da cintura escapular, assocoada à dor intensa, fadiga do elevador da escápula e espasmos, a prescrição de órteses que auxiliem na sustentação do ombro e

aliviem a carga podem auxiliar no controle dos sintomas (GURU, MANOOR e SUPE, 2012).

Restrição dos movimentos cervicais

Complicação frequente após os procedimentos cirúrgicos na região do pescoço, especialmente as tireoidectomias e os esvaziamentos cervicais, associados ou não a reconstruções. Comprometimentos mais importantes podem ser evidenciados em pacientes com acometimento músculo esternocleidomastoideo (ECOM), seja nos casos em que foi ressecado ou que se encontra desnervado, devido ao acometimento do nervo acessório. O quadro também pode ser desencadeado ou potencializado pela radioterapia na região do pescoço. A disfunção é secundária à retrações cicatriciais, fraqueza muscular, linfedema cérvicofacial e fibrose tecidual (CAPOZZI, DOLGOY e McNEELY, 2018).

Exercícios em amplitude máxima devem ser iniciados o mais precocemente possível após a cirurgia, desde que a cicatrização esteja concluída (em cerca de 10 a 14 dias). Contudo, este início deve ser postergado em casos de cicatrização retardada, fístula e risco de ruptura de carótida (GURU, MANOOR e SUPE, 2012). O programa deve ser continuado durante todo o período da radioterapia adjuvante, na frequência de 2 vezes ao dia. Nos pacientes que desenvolvam radiodermite importante, com descontinuidade tecidual, os exercícios devem ser interrompidos e somente retomados logo que a pele esteja cicatrizada. Tais exercícios, em amplitude máxima, devem ser mantidos por ao menos dois anos após o término da radioterapia. A eficiência dos exercícios pode ser aumentada através do treino da automassagem no pescoço (GURU, MANOOR e SUPE, 2012). Técnicas de mobilização tecidual, terapia manual e miofascioterapia auxiliam nos casos refratários ao programa domiciliar instituído. Exercícios para correção postural podem ser necessários, devendo ser realizados preferencialmente na frente do espelho, devido à diminuição da propriocepção na região. (CAPOZZI, DOLGOY e McNEELY, 2018).

Xerostomia

Definição: a xerostomia ou boca seca refere-se a qualquer condição na qual a boca está anormalmente seca, e a hipossalivação é redução do fluxo salivar, cujos valores normais são acima de 0,4 mL/min (repouso) e 1,5 a 2,5 mL/min (estimulada). Durante a radioterapia, o fluxo salivar reduz para menos da metade, e entre o 3° e o 6° mês pós-tratamento, atinge um momento crítico de redução a 85% do fluxo pré-tratamento (valores: pré, 1,3 mL/min; durante, 0,6 mL/min; pós, 0,2 mL/min).

Tratamento: Laserterapia; Acupuntura; TENS e Estimulação Elétrica.

Fibrose Tecidual

Definição: A fibrose induzida por radioterapia é caracterizada por uma matriz extracelular desorganizada, excesso de miofibroblastos e desregulação na síntese de colágeno relacionado ao aumento dos níveis de TGF-beta, os quais aumentam a formação de tecidos fibrótico e causam a contratura e a lesão

dos vasos linfáticos. Pode coexistir com o linfedema contribuindo para o endurecimento tecidual e consequências funcionais, apresentando sintomas específicos localizados como sensação de repuxamento, rigidez, tensão, aperto, sufocamento, dor e limitação da ADM cervical e ATM.

Tratamento: Liberação Miofascial Extraoral e Intraoral da Musculatura Mastigatória; Alongamento; Abrir a Boca e Empurrar a Espátula para Baixo; Manipulação da Laringe; Liberação Miofascial de Tireo-Hioideo e outros Infra-Hioideos; Alongamento do Estilofaringeo; Liberação Miofascial de Constritores; Técnicas de Mobilização Cervical Superior, Técnicas de Mobilização Superior Torácicas; Técnicas de Alongamento Manual; Exercícios dos Flexores; Vacuoterapia para Descolamento da pele com Aderências.

A adaptação de um colar cervical pode auxiliar na adequação postural, prevenindo a tanto a fraqueza dos extensores do pescoço e como os frequentes torcicolos (Stubblefield, 2011).

Neuropatias

Definição: A neuropatia periférica é uma condição decorrente da lesão e disfunção dos nervos periféricos (motor, sensorial e autonômico) relacionada a neurotoxicidade do tratamento, compressão ou infiltração neural pelo tumor, deficiência nutricional, distúrbios metabólicos, infecções oportunistas e distúrbios neurológicos paraneoplásicos. Neuropatia periférica induzida por quimioterapia (NPIQ) geralmente ocorre com uso de agentes derivados da platina, taxanos, vinca, alcaloides e inibidores de proteassomas, que são a primeira linha de tratamento dos tumores sólidos. Alguns pacientes apresentam remissão dos sintomas tão logo a quimioterapia seja interrompida. Já outros evoluem com sintomas persistentes, que em graus variados podem afetar a sensibilidade, força, equilíbrio e função (GURU, MANOOR e SUPE, 2012).

Tratamento: TENS; Scrambler Therapy; Massagem, Acupuntura, Cinesioterapia para Equilíbrio; Treino de Resistência Progressivo; Exercícios de Amplitude de Movimento.

Lesão Neurológica Facial

Definição: A lesão do nervo facial pode estar associada a tumores benignos, como os hemangiomas do gânglio geniculado e schwannomas do nervo facial, lesões no sistema nervoso central, como meduloblastomas, hemangiomas e gliomas, mas a localização tumoral mais comum envolvida é a glândula parótida.

Parotidectomias são rotineiramente empregadas no tratamento de neoplasias da parótida, assim como, em casos de tumores cutâneos avançados que disseminam metástases para os linfonodos parotídeos.

A taxa de disfunção facial imediata pós parotidectomia é alta. Nos casos de preservação do nervo, para tumores benignos e malignos da glândula, varia entre 8,2% a 64,6%, sendo mais frequente nos casos de malignidade. Já no *follow-up* prolongado está compreendida entre 0 a 8% (NAKAMURA et al, 2017). Os mecanismos de lesão incluem traumas mecânicos como compressão e estiramento e lesões térmicas pelo eletrocautério (TUNG, 2014).

Lesões exclusivas de ramos do nervo facial podem ocorrem durante a ressecção de tumores cutâneos da face (NAKAMURA et al, 2017). Já o ramo

marginal mandibular também é frequentemente lesado no esvaziamento cervical, durante a abordagem ao nível I do pescoço (MØLLER e SØRENSEN, 2012).

As consequências das lesões graves do nervo facial podem ser severas incluindo alteração da auto-imagem e déficits funcionais para proteção ocular, continência oral e fala, levando à tendência ao isolamento social.

Tratamento: Exercícios de Mimica Facial; Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva; Biofeedback; Massagem; Treino de relaxamento e Postura; Estimulação Elétrica Neuromuscular; Educação do Paciente.

Sugerimos que os textos sejam elaborados com uma abordagem mais sistêmica, tendo em vista a multidisciplinaridade do tratamento, evitando que muitos dos subtópicos acabam surgindo novamente no texto em outro tópico, ou a luz de uma especialidade diferente, A multidisciplinaridade é um dos principais fundamentos desta atualização da portaria nº516.

11. Regulação/controle/avaliação pelo gestor

11.1 . CENTRO DE REFERÊNCIA

Hospitais gerais com serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia ou cirurgia oncológica podem realizar o diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do CECP, devendo atuar em cooperação técnica, referência e contra referência com hospitais habilitados como UNACON com serviço de radioterapia ou CACON, instituições que realizam o tratamento cirúrgico e clínico de doentes com CECP em todos os estágios da doença.

Recomenda-se o encaminhamento prioritário para tais hospitais dos pacientes que apresentem um dos seguintes critérios [22,49]: (Nao obrigatoriamente hospitais, mas unidades de referência pactuados na rede e capazes de realizar diagnóstico definitivo por meio de biópsia. A partir da biópsia positiva para malignidade, a rede de referencia estadual encaminha o paciente ao CACON, UNACON e demais serviços.)

a) placas ou manchas brancacentas ou eritematosas na mucosa oral que persistam por mais de três semanas, em qualquer localização, particularmente se indolores;

b) ulceração da mucosa oral ou orofaringe que persista por mais de três semanas;

c) edemas da mucosa oral que persistam por mais de três semanas;

d) mobilidade dentária inexplicada, não associada com doença periodontal;

e) dor ou desconforto persistente na garganta, particularmente

se unilateral ou há mais de quatro semanas;

f) disfagia que persista por mais de três semanas;

g) rouquidão que persista por mais de três semanas;

h) estridor laríngeo, condição que requer encaminhamento imediato;

i) linfadenomegalia cervical que persista por mais de três semanas;

j) secreção nasal serosanguinolenta unilateral que persista por mais de três semanas;

k) paralisia facial, hipoestesia ou dor facial grave;

l) tumorações orbitais; ou

m) otalgia sem evidências de anormalidades ao exame físico e otoscopia.

As detecções realizadas em unidades básicas, em consulta dentro da equipe multiprofissional englobada no plano de estratégia de saúde da família, tende-se por orientação que todos os profissionais de nível superior, que em qualquer momento de sua atuação junto aos usuários do sistema tem reconhecimento junto às unidades especializadas como aptos ao encaminhamento, uma vez que [165] A detecção e o tratamento precoce do CECP melhoram o prognóstico da doença. O atraso mais comum costuma ser no acesso ao serviço especializado em otorrinolaringologia ou cabeça e pescoço, o que se dá por atraso do paciente em procurar atendimento médico ou odontológico após início dos sintomas, e retardo no encaminhamento ao serviço especializado[49,50].

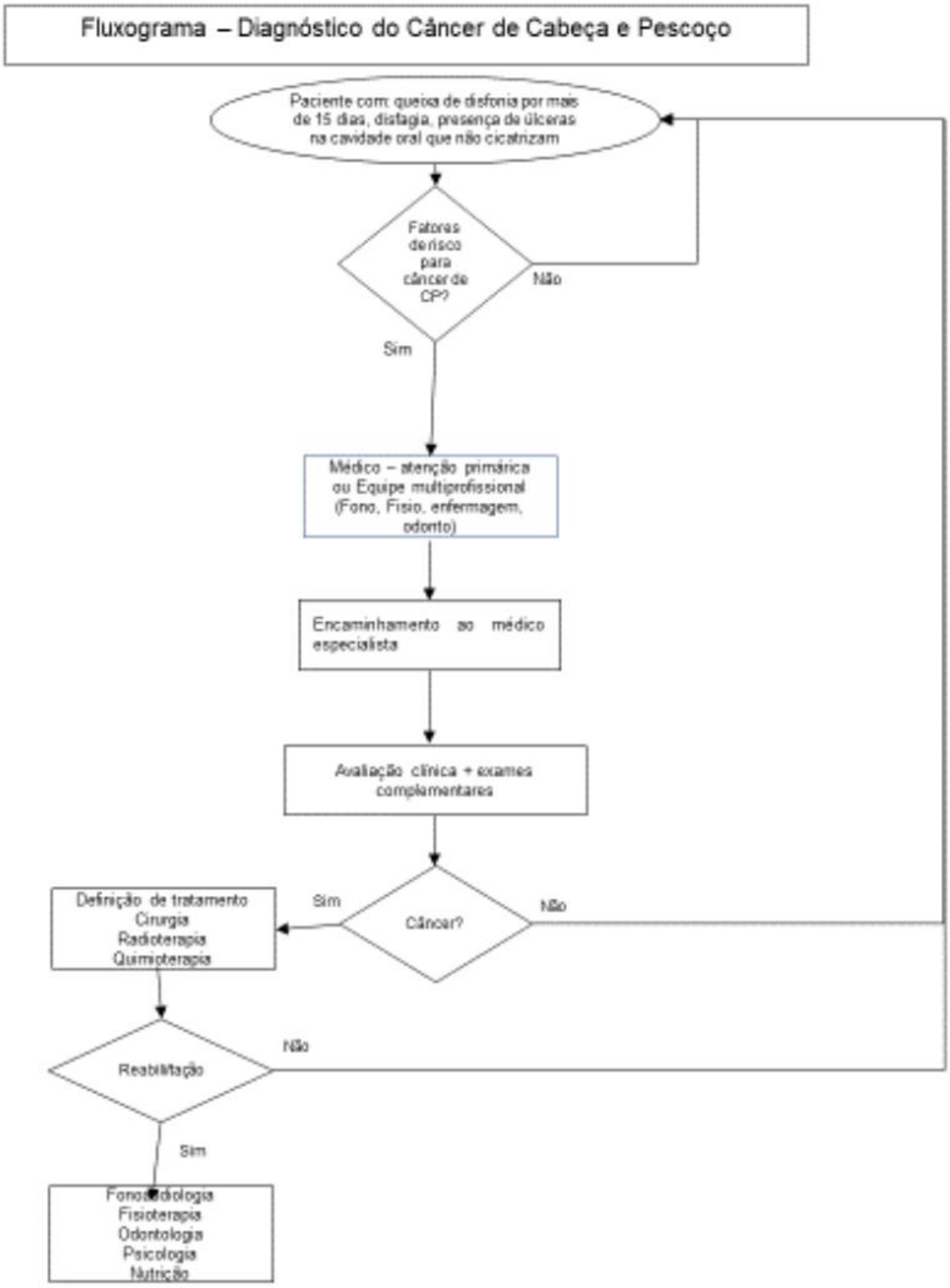
12. Termo de esclarecimento e responsabilidade

É obrigatória a informação ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao tratamento do CECP, notadamente quanto aos riscos imediatos e sequelas de procedimentos cirúrgicos e da radioterapia, assim como quanto ao uso de medicamentos antineoplásicos isoladamente ou em associação com irradiação.

13. Framework

(sintetizar em uma imagem/fluxo todo o processo que o paciente deve passar bem como as interconexões entre as especialidades e fluxos)

Fluxograma SBFa



14. Referências Bibliográficas

Referencias da diretriz original:

[1] Bergamasco V, Marta GN, Kowalski LP, Carvalho AL. Epidemiological profile of the head and neck cancer in the State of São Paulo. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço, 2008; 37(1):15-9.

[2] Carvalho AL, Ikeda MK, Magrin J, Kowalski LP. Trends of oral and oropharyngeal cancer survival over five decades in 3267 patients treated in a single institution. Oral Oncol, 2004; 40(1):71- 6.

[3] Hashibe M, Hunt J, Wei M, Buys S, Gren L, Lee YC. Tobacco, alcohol, body mass index, physical activity, and the risk of head and neck cancer in the prostate, lung, colorectal, and ovarian (PLCO) cohort. Head Neck, 2013; 35(7):914-22.

[4] Moura MA, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LC. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. BMJ Open, 2014; 4(2):e003736.

[5] Tejada CA, Ewerling F, Santos AM, Bertoldi AD, Menezes AM. Factors associated with smoking cessation in Brazil. Cad Saude Publica, 2013; 29(8):1555-64.

[6] Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. J Natl Cancer Inst, 2007; 99(10):777-89.

[7] Szymanska K, Hung RJ, Wunsch-Filho V, Eluf-Neto J, Curado MP, Koifman S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a casecontrol study. Cancer Causes Control, 2011; 22(7):1037-46.

[8] Ferreira Antunes JL, Toporcov TN, Biazevic MG, Boing AF, Scully C, Petti S. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study. PLoS One, 2013; 8(7):e68132.

[9] Moyses RA, López RVM, Cury PM, Siqueira SAC, Curioni OA, Gois Filho JF. Significant differences in demographic, clinical, and pathological features in relation to smoking and alcohol consumption among 1,633 head and neck cancer patients.Clinics, 2014; 68(6):738-44.

[10] Edefonti V, Hashibe M, Ambrogi F, Parpinel M, Bravi F, Talamini R, et al. Nutrient-based dietary patterns and the risk of head and neck cancer: a pooled

analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology consortium. Ann Oncol, 2012; 23(7):1869-80.

[11] Bosetti C, La Vecchia C, Talamini R, Negri E, Levi F, Dal Maso L, et al. Food groups and laryngeal cancer risk: a casecontrol study from Italy and Switzerland. Int J Cancer, 2002; 100(3):355-60.

[12] Galeone C, Pelucchi C, Talamini R, Levi F, Bosetti C, Negri E, et al. Role of fried foods and oral/pharyngeal and oesophageal cancers. Br J Cancer, 2005; 92(11):2065-9.

[13] Zeng XT, Luo W, Huang W, Wang Q, Guo Y, Leng WD. Tooth loss and head and neck cancer: a meta-analysis of observational studies. PLoS One, 2013; 8(11):e79074.

[14] Zeng XT, Deng AP, Li C, Xia LY, Niu YM, Leng WD. Periodontal disease and risk of head and neck cancer: a meta-analysis of observational studies. PLoS One, 2013; 8(10):e79017.

[15] Copper MP, Smit CF, Stanojcic LD, Devriese PP, Schouwenburg PF, Mathus-Vliegen LM. High incidence of laryngopharyngeal reflux in patients with head and neck cancer. Laryngoscope, 2000; 110(6):1007-11.

[16] Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, Winn DM, Smith EM, Shan'gina O, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. Int J Epidemiol, 2010; 39(1):166-81.

[17] Liu H, Li J, Diao M, Cai Z, Yang J, Zeng Y. Statistical analysis of human papillomavirus in a subset of upper aerodigestive tract tumors. J Med Virol, 2013; 85(10):1775-85.

[18] Termine N, Panzarella V, Falaschini S, Russo A, Matranga D, Lo Muzio L, et al. HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988-2007). Ann Oncol, 2008; 19(10):1681-90.

[19] Li X, Gao L, Li H, Gao J, Yang Y, Zhou F, et al. Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. J Infect Dis, 2013; 207(3):479-88.

[20] Hopkins J, Cescon DW, Tse D, Bradbury P, Xu W, Ma C, et al. Genetic polymorphisms and head and neck cancer outcomes: a review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2008; 17(3):490-9.

[21] Warner GC, Reis PP, Makitie AA, Sukhai MA, Arora S, Jurisica I, et al. Current applications of microarrays in head and neck cancer research. Laryngoscope, 2004; 114(2):241-8.

[22] Alho OP, Teppo H, Mantyselka P, Kantola S. Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases. CMAJ, 2006; 174(6):779-84.

[23] Lokker ME, Offerman MP, van der Velden LA, de Boer MF, Pruyn JF, Teunissen SC. Symptoms of patients with incurable head and neck cancer: prevalence and impact on daily functioning. Head Neck, 2013; 35(6):868-76.

[24] McGuff HS, Otto RA, Aufdemorte TB. Clinical warning signs and symptoms of head and neck cancer. Tex Dent J, 2000; 117(6): 14- 9.

[25] de Bondt RB, Nelemans PJ, Hofman PA, Casselman JW, Kremer B, van Engelshoven JM, et al. Detection of lymph node metastases in head and neck cancer: a meta-analysis comparing US USgFNAC, CT and MR imaging. Eur J Radiol, 2007; 64(2):266- 72.

[26] Vergez S, Moriniere S, Dubrulle F, Salaun PY, De Mones E, Bertolus C, et al. Initial staging of squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx and pharynx (excluding nasopharynx). Part I: Locoregional extension assessment: 2012 SFORL guidelines. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 2013; 130(1):39-45.

[27] Xu G, Li J, Zuo X, Li C. Comparison of whole body positron emission tomography (PET)/PET-computed tomography and conventional anatomic imaging for detecting distant malignancies in patients with head and neck cancer: a meta-analysis. Laryngoscope, 2012; 122(9):1974-8.

[28] Rohde M, Dyrvig AK, Johansen J, Sorensen JA, Gerke O, Nielsen AL, et al. 18F-fluoro-deoxy-glucose-positron emission tomography/computed tomography in diagnosis of head and neck squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer, 2014; 50(13):2271-9.

[29] Blodgett TM, Fukui MB, Snyderman CH, Branstetter BFt, McCook BM, Townsend DW, et al. Combined PETCT in the head and neck: part 1. Physiologic, altered physiologic, and artifactual FDG uptake. Radiographics, 2005; 25(4):897-912.

[30] Fukui MB, Blodgett TM, Snyderman CH, Johnson JJ, Myers EN, Townsend DW, et al. Combined PET-CT in the head and neck: part 2. Diagnostic uses and pitfalls of oncologic imaging. Radiographics, 2005; 25(4):913-30.

[31] Xie P, Li M, Zhao H, Sun X, Fu Z, Yu J. 18F-FDG PET or PET-CT to evaluate prognosis for head and neck cancer: a metaanalysis. J Cancer Res Clin Oncol, 2011; 137(7):1085-93.

[32] Patel K, Hadar N, Lee J, Siegel BA, Hillner BE, Lau J. The lack of evidence for PET or PET/CT surveillance of patients with treated lymphoma, colorectal cancer, and head and neck cancer: a systematic review. J Nucl Med, 2013; 54(9):1518-27.

[33] Benninger MS, Enrique RR, Nichols RD. Symptomdirected selective endoscopy and cost containment for evaluation of head and neck cancer. Head Neck, 1993; 15(6):532-6.

[34] Benninger MS, Shariff A, Blazoff K. Symptom-directed selective endoscopy: long-term efficacy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2001; 127(7):770-3.

[35] Kaanders JH, Hordijk GJ. Carcinoma of the larynx: the Dutch national guideline for diagnostics, treatment, supportive care and rehabilitation. Radiother Oncol, 2002; 63(3):299-307.

[36] Leslie A, Fyfe E, Guest P, Goddard P, Kabala JE. Staging of squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: a comparison of MRI and CT in T- and N-staging. J Comput Assist Tomogr, 1999; 23(1):43-9. [37] Li C, Yang W, Men Y, Wu F, Pan J, Li L. Magnetic Resonance Imaging for Diagnosis of Mandibular Involvement from Head and Neck Cancers: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 2014; 9(11):e112267.

[38] Fernandez B, Lund J, Meyers F. Epithelial membrane antigen expression in benign and malignant squamous epithelium of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg, 1987; 97(3):288- 93.

[39] Pereira TC, Share SM, Magalhaes AV, Silverman JF. Can we tell the site of origin of metastatic squamous cell carcinoma? An immunohistochemical tissue microarray study of 194 cases. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2011; 19(1):10-4.

[40] Matoso A, Singh K, Jacob R, Greaves WO, Tavares R, Noble L, et al. Comparison of thyroid transcription factor-1 expression by 2 monoclonal antibodies in pulmonary and nonpulmonary primary tumors. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2010; 18(2):142-9.

[41] Reiersen DA, Pahilan ME, Devaiah AK. Meta-analysis of treatment outcomes for sinonasal undifferentiated carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg, 2012; 147(1):7-14.

[42] Higgins TS, Thorp B, Rawlings BA, Han JK. Outcome results of endoscopic vs craniofacial resection of sinonasal malignancies: a systematic review and pooled-data analysis. Int Forum Allergy Rhinol, 2011; 1(4):255-61.

[43] União Internacional Contra o Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 7a Edição. Rio de Janeiro, Inca2012. xxv, 325p.

[44] Homma A, Furuta Y, Oridate N, Nakano Y, Kohashi G, Yagi K, et al. Prognostic significance of clinical parameters and biological markers in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck treated with concurrent chemoradiotherapy. Clin Cancer Res, 1999; 5(4):801-6.

[45] De Cecco L, Bossi P, Locati L, Canevari S, Licitra L. Comprehensive gene expression meta-analysis of head and neck squamous cell carcinoma microarray data defines a robust survival predictor. Ann Oncol, 2014; 25(8):1628-35.

[46] Gasparini G, Bevilacqua P, Bonoldi E, Testolin A, Galassi A, Verderio P, et al. Predictive and prognostic markers in a series of patients with head and neck squamous cell invasive carcinoma treated with concurrent chemoradiation therapy. Clin Cancer Res, 1995; 1(11):1375-83.

[47] Rischin D, Young RJ, Fisher R, Fox SB, Le QT, Peters LJ, et al. Prognostic significance of p16INK4A and human papillomavirus in patients with oropharyngeal cancer treated on TROG 02.02 phase III trial. J Clin Oncol, 2010; 28(27):4142-8.

[48] Masterson L, Moualed D, Liu ZW, Howard JE, Dwivedi RC, Tysome JR, et al. De-escalation treatment protocols for human papillomavirus-associated oropharyngeal squamous cell carcinoma: a systematic review and metaanalysis of current clinical trials. Eur J Cancer, 2014; 50(15):2636-48.

[49] Hollows P, McAndrew PG, Perini MG. Delays in the referral and treatment of oral squamous cell carcinoma. Br Dent J, 2000; 188(5):262-5.

[50] Jones TM, Hargrove O, Lancaster J, Fenton J, Shenoy A, Roland NJ. Waiting times during the management of head and neck tumours. J Laryngol Otol, 2002; 116(4):275-9.

[51] Ferlito A, Robbins KT, Silver CE, Hasegawa Y, Rinaldo A. Classification of neck dissections: an evolving system. Auris Nasus Larynx, 2009; 36(2):127-34.

[52] Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A. Elective management of the neck in oral cavity squamous carcinoma: current concepts supported by prospective studies. Br J Oral Maxillofac Surg, 2009; 47(1):5-9.

[53] Fang FM, Tsai WL, Chen HC, Hsu HC, Hsiung CY, Chien CY, et al. Intensity-modulated or conformal radiotherapy improves the quality of life of patients with nasopharyngeal carcinoma: comparisons of four radiotherapy techniques. Cancer, 2007; 109(2):313-21.

[54] Hodge CW, Bentzen SM, Wong G, Palazzi-Churas KL, Wiederholt PA, Gondi V, et al. Are we influencing outcome in oropharynx cancer with intensity-modulated radiotherapy? An inter-era comparison. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007; 69(4):1032-41.

[55] Lee NY, de Arruda FF, Puri DR, Wolden SL, Narayana A, Mechalakos J, et al. A comparison of intensitymodulated radiation therapy and concomitant boost radiotherapy in the setting of concurrent chemotherapy for locally advanced oropharyngeal carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006; 66(4):966-74.

[56] Rades D, Fehlauer F, Wroblesky J, Albers D, Schild SE, Schmidt R. Prognostic factors in head-and-neck cancer patients treated with surgery followed by intensity-modulated radiotherapy (IMRT), 3D-conformal radiotherapy, or conventional radiotherapy. Oral Oncol, 2007; 43(6):535-43.

[57] van Rij CM, Oughlane-Heemsbergen WD, Ackerstaff AH, Lamers EA, Balm AJ, Rasch CR. Parotid gland sparing IMRT for head and neck cancer improves xerostomia related quality of life. Radiat Oncol, 2008; 3:41.

[58] Yao M, Karnell LH, Funk GF, Lu H, Dornfeld K, Buatti JM. Health-related quality-of-life outcomes following IMRT versus conventional radiotherapy for oropharyngeal squamous cell carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2007; 69(5):1354-60.

[59] Kam MK, Leung SF, Zee B, Chau RM, Suen JJ, Mo F, et al. Prospective randomized study of intensitymodulated radiotherapy on salivary gland function in early-stage nasopharyngeal carcinoma patients. J Clin Oncol, 2007; 25(31):4873-9.

[60] Nutting CM, Morden JP, Harrington KJ, Urbano TG, Bhide SA, Clark C, et al. Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer (PARSPORT): a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol, 2011; 12(2):127-36.

[61] Pow EH, Kwong DL, McMillan AS, Wong MC, Sham JS, Leung LH, et al. Xerostomia and quality of life after intensitymodulated radiotherapy vs. conventional radiotherapy for early-stage nasopharyngeal carcinoma: initial report on a randomized controlled clinical trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006; 66(4):981-91.

[62] Marta GN, Silva V, de Andrade Carvalho H, de Arruda FF, Hanna SA, Gadia R, et al. Intensity-modulated radiation therapy for head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. Radiother Oncol, 2014; 110(1):9-15.

[63] Hall EJ, Wuu CS. Radiation-induced second cancers: the impact of 3D-CRT and IMRT. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2003; 56(1):83-8.

[64] Budach W, Hehr T, Budach V, Belka C, Dietz K. A meta-analysis of hyperfractionated and accelerated radiotherapy and combined chemotherapy and radiotherapy regimens in unresected locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck.BMC Cancer, 2006; 6:28.

[65] Bourhis J, Overgaard J, Audry H, Ang KK, Saunders M, Bernier J, et al. Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a meta-analysis. Lancet, 2006; 368(9538):843- 54.

[66] Mazeron JJ, Ardiet JM, Haie-Meder C, Kovacs G, Levendag P, Peiffert D, et al. GEC-ESTRO recommendations for brachytherapy for head and neck squamous cell carcinomas. Radiother Oncol, 2009; 91(2):150-6.

[67] Stoker SD, van Diessen JN, de Boer JP, Karakullukcu B, Leemans CR, Tan IB. Current treatment options for local residual nasopharyngeal carcinoma. Curr Treat Options Oncol, 2013; 14(4):475-91.

[68] Nieder C, Andratschke NH, Grosu AL. Increasing frequency of reirradiation studies in radiation oncology: systematic review of highly cited articles. Am J Cancer Res, 2013; 3(2):152-8.

[69] Chan JY, Wei WI.Current management strategy of hypopharyngeal carcinoma. Auris Nasus Larynx, 2013; 40(1):2-6.

[70] Shang J, Gu J, Han Q, Xu Y, Yu X, Wang K. Chemoradiotherapy is superior to radiotherapy alone after surgery in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Exp Med, 2014; 7(9):2478-87.

[71] O'Hara J, Markey A, Homer JJ. Transoral laser surgery versus radiotherapy for tumour stage 1a or 1b glottic squamous cell carcinoma: systematic review of local control outcomes. J Laryngol Otol, 2013; 127(8):732-8.

[72] Pham TA, De Freitas R, Sigston E, Vallance N. Factors leading to the use of alternate treatment modalities following transoral laser excision of T1 and T2 glottic squamous cell carcinoma. ANZ J Surg, 2012; 82(10):720-3.

[73] Monroe MM, Gross ND. Evidence-based practice: management of the clinical node-negative neck in earlystage oral cavity squamous cell carcinoma. Otolaryngol Clin North Am, 2012; 45(5): 1181- 93.

[74] INCA. Condutas do INCA/MS: carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço. Rev Bras Cancerologia, 2001; 47(4):361-76.

[75] Olzowy B, Tsalemchuk Y, Schotten KJ, Reichel O, Harreus U. Frequency of bilateral cervical metastases in oropharyngeal squamous cell carcinoma: a retrospective analysis of 352 cases after bilateral neck dissection. Head Neck, 2011; 33(2):239- 43.

[76] Kuriakose MA, Trivedi NP. Sentinel node biopsy in head and neck squamous cell carcinoma. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2009; 17(2):100-10.

[77] Thompson CF, St John MA, Lawson G, Grogan T, Elashoff D, Mendelsohn AH. Diagnostic value of sentinel lymph node biopsy in head and neck cancer: a meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2013; 270(7):2115-22.

[78] Allegra E, Franco T, Domanico R, La Boria A, Trapasso S, Garozzo A. Effectiveness of therapeutic selective neck dissection in laryngeal cancer. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 2014; 76(2):89-97.

[79] Deganello A, Gitti G, Meccariello G, Parrinello G, Mannelli G, Gallo O. Effectiveness and pitfalls of elective neck dissection in N0 laryngeal cancer. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2011; 31(4):216-21.

[80] Lim YC, Choi EC, Lee JS, Koo BS, Song MH, Shin HA. Is dissection of level IV absolutely necessary in elective lateral neck dissection for clinically N0 laryngeal carcinoma? Oral Oncol, 2006; 42(1):102-7.

[81] Wiegand S, Esters J, Muller HH, Jacker T, Roessler M, Fasunla JA, et al. Relevance of level I and IIB neck dissection in laryngeal cancer. J Laryngol Otol, 2012; 126(8):795-9.

[82] Cooper JS, Zhang Q, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Saxman SB, et al. Long-term follow-up of the RTOG 9501/intergroup phase III trial: postoperative concurrent radiation therapy and chemotherapy in high-risk squamous cell

carcinoma of the head and neck. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2012; 84(5):1198-205.

[83] Rich TA, Shepard RC, Mosley ST. Four decades of continuing innovation with fluorouracil: current and future approaches to fluorouracil chemoradiation therapy. J Clin Oncol, 2004; 22(11): 2214- 32.

[84] Petrelli F, Coinu A, Riboldi V, Borgonovo K, Ghilardi M, Cabiddu M, et al. Concomitant platinum-based chemotherapy or cetuximab with radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: A systematic review and metaanalysis of published studies. Oral Oncol, 2014.

[85] Halim AA, Wahba HA, El-Hadaad HA, Abo-Elyazeed A. Concomitant chemoradiotherapy using low-dose weekly gemcitabine versus low-dose weekly paclitaxel in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma: a phase III study. Med Oncol, 2012; 29(1):279-84.

[86] Gupta S, Khan H, Barik S, Negi MP. Clinical benefits of concurrent capecitabine and cisplatin versus concurrent cisplatin and 5-flurouracil in locally advanced squamous cell head and neck cancer. Drug Discov Ther, 2013; 7(1):36-42.

[87] Rewari AN, Haffty BG, Wilson LD, Son YH, Joe JK, Ross DA, et al. Postoperative concurrent chemoradiotherapy with mitomycin in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: results from three prospective randomized trials. Cancer J, 2006; 12(2):123-9.

[88] Ley J, Mehan P, Wildes TM, Thorstad W, Gay HA, Michel L, et al. Cisplatin versus cetuximab given concurrently with definitive radiation therapy for locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. Oncology, 2013; 85(5):290-6.

[89] Mukhija V, Gupta S, Jacobson AS, Eloy JA, Genden EM. Selective neck dissection following adjuvant therapy for advanced head and neck cancer. Head Neck, 2009; 31(2):183-8.

[90] Goguen LA, Posner MR, Tishler RB, Wirth LJ, Norris CM, Annino DJ, et al. Examining the need for neck dissection in the era of chemoradiation therapy for advanced head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006; 132(5):526-31.

[91] Greven KM, Williams DW, 3rd, Browne JD, McGuirt WF, Sr., White DR, D'Agostino RB, Jr. Radiographic complete response on post treatment CT imaging eliminates the need for adjuvant neck dissection after treatment for node positive head and neck cancer. Am J Clin Oncol, 2008; 31(2):169-72.

[92] Lopez Rodriguez M, Cerezo Padellano L, Martin Martin M, Counago Lorenzo F. Neck dissection after radiochemotherapy in patients with locoregionally advanced head and neck cancer. Clin Transl Oncol, 2008; 10(12):812-6.

[93] Robbins KT, Doweck I, Samant S, Vieira F. Effectiveness of superselective and selective neck dissection for advanced nodal metastases after chemoradiation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2005; 131(11):965-9.

[94] Lango MN, Egleston B, Ende K, Feigenberg S, D'Ambrosio DJ, Cohen RB, et al. Impact of neck dissection on long-term feeding tube dependence in patients with head and neck cancer treated with primary radiation or chemoradiation. Head Neck, 2010; 32(3):341-7.

[95] Nibu K, Ebihara Y, Ebihara M, Kawabata K, Onitsuka T, Fujii T, et al. Quality of life after neck dissection: a multicenter longitudinal study by the Japanese Clinical Study Group on Standardization of Treatment for Lymph Node Metastasis of Head and Neck Cancer. Int J Clin Oncol, 2010; 15(1):33-8.

[96] Ahlberg A, Nikolaidis P, Engstrom T, Gunnarsson K, Johansson H, Sharp L, et al. Morbidity of supraomohyoidal and modified radical neck dissection combined with radiotherapy for head and neck cancer: a prospective longitudinal study. Head Neck, 2012; 34(1):66-72.

[97] Chen H, Zhou L, Chen D, Luo J. Clinical efficacy of neoadjuvant chemotherapy with platinum-based regimen for patients with locoregionally advanced head and neck squamous cell carcinoma: an evidence-based meta-analysis. Ann Saudi Med, 2011; 31(5):502-12.

[98] Su YX, Zheng JW, Zheng GS, Liao GQ, Zhang ZY. Neoadjuvant chemotherapy of cisplatin and fluorouracil regimen in head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. Chin Med J (Engl), 2008; 121(19):1939-44.

[99] Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahmoud T. Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. J Natl Cancer Inst, 1996; 88(13):890-9.

[100] OuYang PY, Xie C, Mao YP, Zhang Y, Liang XX, Su Z, et al. Significant efficacies of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma by meta-analysis of published literature-based randomized, controlled trials. Ann Oncol, 2013; 24(8):2136-46.

[101] Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designe L. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous- cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC Collaborative Group.Meta- Analysis of Chemotherapy on Head and Neck Cancer. Lancet, 2000; 355(9208):949-55.

[102] Domenge C, Hill C, Lefebvre JL, De Raucourt D, Rhein B, Wibault P, et al. Randomized trial of neoadjuvant chemotherapy in oropharyngeal carcinoma. French Groupe d'Etude des Tumeurs de la Tete et du Cou (GETTEC). Br J Cancer, 2000; 83(12):1594-8.

[103] Ma J, Liu Y, Yang X, Zhang CP, Zhang ZY, Zhong LP. Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. World J Surg Oncol, 2013; 11: 67.

[104] Munro AJ.An overview of randomised controlled trials of adjuvant chemotherapy in head and neck cancer. Br J Cancer, 1995; 71(1):83-91.

[105] Furness S, Glenny AM, Worthington HV, Pavitt S, Oliver R, Clarkson JE, et al. Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. Cochrane Database Syst Rev, 2011; (4):CD006386.

[106] Prevost A, Merol JC, Aime P, Moutel K, Roger-Liautaud F, Nasca S, et al. A randomized trial between two neoadjuvant chemotherapy protocols: CDDP + 5-FU versus CDDP + VP16 in advanced cancer of the head and neck. Oncol Rep, 2005; 14(3):771- 6.

[107] Zorat PL, Paccagnella A, Cavaniglia G, Loreggian L, Gava A, Mione CA, et al. Randomized phase III trial of neoadjuvant chemotherapy in head and neck cancer: 10-year follow-up. J Natl Cancer Inst, 2004; 96(22):1714-7.

[108] Perl G, Ben-Aharon I, Popovtzer A, Stemmer SM, Vidal L. Addition of taxane to induction therapy in head and neck malignancies: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Chemotherapy, 2013; 59(6):435-40.

[109] Posner MR, Hershock DM, Blajman CR, Mickiewicz E, Winquist E, Gorbounova V, et al. Cisplatin and fluorouracil alone or with docetaxel in head and neck cancer. N Engl J Med, 2007; 357(17):1705-15.

[110] Blanchard P, Bourhis J, Lacas B, Posner MR, Vermorken JB, Hernandez JJ, et al. Taxane-cisplatinfluorouracil as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancers: an individual patient data metaanalysis of the meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer group. J Clin Oncol, 2013; 31(23):2854-60.

[111] Liang Z, Zhu X, Li L, Qu S, Liang X, Liang Z, et al. Concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy compared with concurrent chemoradiotherapy alone for the treatment of locally advanced nasopharyngeal carcinoma: a retrospective controlled study. Curr Oncol, 2014; 21(3):e408-17.

[112] Chen YP, Wang ZX, Chen L, Liu X, Tang LL, Mao YP, et al. A Bayesian network meta-analysis comparing concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy, concurrent chemoradiotherapy alone and radiotherapy alone in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma. Ann Oncol, 2014.

[113] Goodwin WJ, Jr. Salvage surgery for patients with recurrent squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: when do the ends justify the means? Laryngoscope, 2000; 110(3 Pt 2 Suppl 93):1-18.

[114] Jones AS, Tandon S, Helliwell TR, Husband DJ, Jones TM. Survival of patients with neck recurrence following radical neck dissection: utility of a second neck dissection? Head Neck, 2008; 30(11): 1514- 22.

[115] Young ER, Diakos E, Khalid-Raja M, Mehanna H. Resection of subsequent pulmonary metastases from treated head and neck squamous cell carcinoma; systematic review and meta-analysis. Clin Otolaryngol, 2014.

[116] Winquist E, Al-Rasheedy I, Nichols AC, Palma DA, Stitt L. Temporal changes in the efficacy of chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: a systematic review and meta-analysis. Cancer Treat Rev, 2014; 40(9):1073-9.

[117] Price KA, Cohen EE. Current treatment options for metastatic head and neck cancer. Curr Treat Options Oncol, 2012; 13(1):35-46.

[118] Petrelli F, Barni S. Anti-EGFR-targeting agents in recurrent or metastatic head and neck carcinoma: a metaanalysis. Head Neck, 2012; 34(11):1657-64.

[119] Molin Y, Fayette J. Current chemotherapies for recurrent/ metastatic head and neck cancer. Anticancer Drugs, 2011; 22(7):621-5.

[120] Chua DT, Sham JS, Wei WI, Ho WK, Au GK. The predictive value of the 1997 American Joint Committee on Cancer stage classification in determining failure patterns in nasopharyngeal carcinoma. Cancer, 2001; 92(11):2845-55.

[121] Langendijk JA, Leemans CR, Buter J, Berkhof J, Slotman BJ. The additional value of chemotherapy to radiotherapy in locally advanced nasopharyngeal carcinoma: a meta-analysis of the published literature. J Clin Oncol,2004; 22(22):4604-12.

[122] Baujat B, Audry H, Bourhis J, Chan AT, Onat H, Chua DT, et al. Chemotherapy in locally advanced nasopharyngeal carcinoma: an individual patient data meta-analysis of eight randomized trials and 1753 patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2006; 64(1):47-56.

[123] Hui EP, Ma BB, Leung SF, King AD, Mo F, Kam MK, et al. Randomized phase II trial of concurrent cisplatinradiotherapy with or without neoadjuvant docetaxel and cisplatin in advanced nasopharyngeal carcinoma. J Clin Oncol,

2009; 27(2):242-9.

[124] Liang ZG, Zhu XD, Tan AH, Jiang YM, Qu S, Su F, et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy with or without adjuvant chemotherapy for locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: meta-analysis of 1,096 patients from 11 randomized controlled trials. Asian Pac J Cancer Prev, 2013; 14(1):515-21.

[125] Perri F, Della Vittoria Scarpati G, Buonerba C, Di Lorenzo G, Longo F, Muto P, et al. Combined chemoradiotherapy in locally advanced nasopharyngeal carcinomas. World J Clin Oncol, 2013; 4(2):47-51.

[126] Chen L, Hu CS, Chen XZ, Hu GQ, Cheng ZB, Sun Y, et al. Concurrent chemoradiotherapy plus adjuvant chemotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol, 2012; 13(2):163-71.

[127] Na'ara S, Amit M, Billan S, Cohen JT, Gil Z. Outcome of patients undergoing salvage surgery for recurrent nasopharyngeal carcinoma: a meta-analysis. Ann Surg Oncol, 2014; 21(9):3056-62.

[128] Elting LS, Keefe DM, Sonis ST, Garden AS, Spijkervet FK, Barasch A, et al. Patient-reported measurements of oral mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy with or without chemotherapy: demonstration of increased frequency, severity, resistance to palliation, and impact on quality of life. Cancer, 2008; 113(10):2704-13.

[129] Clarkson JE, Worthington HV, Furness S, McCabe M, Khalid T, Meyer S. Interventions for treating oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev, 2010; (8):CD001973.

[130] Bjordal JM, Bensadoun RJ, Tuner J, Frigo L, Gjerde K, Lopes-Martins RA. A systematic review with metaanalysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. Support Care Cancer, 2011; 19(8):1069-77.

[131] Gautam AP, Fernandes DJ, Vidyasagar MS, Maiya AG, Nigudgi S. Effect of low-level laser therapy on patient reported measures of oral mucositis and quality of life in head and neck cancer patients receiving chemoradiotherapy--a randomized controlled trial. Support Care Cancer, 2013; 21(5):1421-8.

[132] Oral mucositis due to cancer treatments.Orodental hygiene and ice cubes. Prescrire Int, 2008; 17(93):33-5.

[133] Lalla RV, Choquette LE, Curley KF, Dowsett RJ, Feinn RS, Hegde UP, et al. Randomized double-blind placebo-controlled trial of celecoxib for oral mucositis in patients receiving radiation therapy for head and neck cancer. Oral Oncol, 2014.

[134] Bar Ad V, Weinstein G, Dutta PR, Chalian A, Both S, Quon H. Gabapentin for the treatment of pain related to radiationinduced mucositis in patients with head and neck tumors treated with intensity-modulated radiation therapy. Head Neck, 2010; 32(2):173- 7.

[135] Bar Ad V, Weinstein G, Dutta PR, Dosoretz A, Chalian A, Both S, et al. Gabapentin for the treatment of pain syndrome related to radiation-induced mucositis in patients with head and neck cancer treated with concurrent chemoradiotherapy. Cancer, 2010; 116(17): 4206- 13.

[136] Ehrnrooth E, Grau C, Zachariae R, Andersen J. Randomized trial of opioids versus tricyclic antidepressants for radiationinduced mucositis pain in head and neck cancer. Acta Oncol, 2001; 40(6):745-50.

[137] Garg S, Yoo J, Winquist E. Nutritional support for head and neck cancer patients receiving radiotherapy: a systematic review. Support Care Cancer, 2010; 18(6):667-77.

[138] Rabinovitch R, Grant B, Berkey BA, Raben D, Ang KK, Fu KK, et al. Impact of nutrition support on treatment outcome in patients with locally advanced head and neck squamous cell cancer treated with definitive radiotherapy: a secondary analysis of RTOG trial 90-03. Head Neck, 2006; 28(4):287-96.

[139] Burkitt P, Carter LM, Smith AB, Kanatas A. Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy and radiologically inserted gastrostomy in patients with head and neck cancer: a systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg, 2011; 49(7):516-20.

[140] Magne N, Marcy PY, Foa C, Falewee MN, Schneider M, Demard F, et al. Comparison between nasogastric tube feeding and percutaneous fluoroscopic gastrostomy in advanced head and neck cancer patients. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2001; 258(2):89- 92.

[141] Nugent B, Lewis S, O'Sullivan JM.Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy.Cochrane Database Syst Rev, 2013; 1:CD007904.

[142] Lees J. Nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in head and neck cancer patients receiving radiotherapy treatment at a regional oncology unit: a two year study. Eur J Cancer Care (Engl), 1997; 6(1):45-9.

[143] Silander E, Nyman J, Bove M, Johansson L, Larsson S, Hammerlid E. Impact of prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer: a randomized study. Head Neck, 2012; 34(1):1-9.

[144] Haughey BH, Gates GA, Arfken CL, Harvey J. Metaanalysis of second malignant tumors in head and neck cancer: the case for an endoscopic screening protocol. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1992; 101(2 Pt 1):105-12.

[145] Jegu J, Binder-Foucard F, Borel C, Velten M. Trends over three decades of the risk of second primary cancer among patients with head and neck cancer. Oral Oncol, 2013; 49(1):9-14.

[146] Travis LB, Demark Wahnefried W, Allan JM, Wood ME, Ng AK. Aetiology, genetics and prevention of secondary neoplasms in adult cancer survivors.Nat Rev Clin Oncol, 2013; 10(5):289-301.

[147] Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI. Março de 2015. 20ª ed. 129p.

Oncoly Nurse Society, 2013 - Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies disponível em https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf

J Craniofac Surg. 2017 Nov;28(8):e735-e737. doi: 10.1097/SCS.0000000000003883.
Fibular Graft-Effective Panorama for Prosthetic Rehabilitation of Resected Mandible.
Kharade P1, Islam S, Verma M, Sharma S, Bodh R.

Vestn Oftalmol. 2017;133(5):64-68. doi: 10.17116/oftalma2017133564-68.
[The potential of ectoprosthetics in rehabilitation of patients with orbital pathology].
[Article in Russian; Abstract available in Russian from the publisher]
Verigo EN1, Filatova IA1, Tkachenko ON2.

Kumar N, Brooke A, Burke M, John R, O'Donnell A, Soldani F. The Oral Management od Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and/or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines. The Royal College of Surgeons of England / The British Society for Disability and Oral Health, 2012.

De Sanctis V, Bossi P, Sanguineti G, Trippa F, Ferrari D, Bacigalupo A, Ripamonti CI, Buglione M, Pergolizzi S, Langendjik JA, Murphy B, Raber-Durlacher J, Russi EG, Lalla RV. Mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: Literature review and consensus statements. Critical Reviews in Oncology/Hematology 100, p. 147–166., 2016

Nekhlyudov L, Lacchetti C, Davis NB, Garvey TQ, Goldstein DP, J. Nunnink C, Ninfea JIR, Salner AL, Salz T, Siu LL. Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Cancer Society Guideline. Journal of Clinical Oncology, V.35, n. 14, 2017.

Peterson DE. Dental Evaluation Before Head and Neck Radiotherapy. American Academy od Oral Medicine, V.122, n.5, 2016.

Constituição da República Federativa do Brasil – 1988. Acesso em 20 01 2012 em https://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf

Destruhaut F, Vigarios E, Pomar P. Anthropologie et prothèse maxillo-faciale : vers une médecine du sacré. Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 2010; 13 – 15

Hubálková H, Holakovský J, Brázda F, Diblík P, Mazánek J .Team Approach in Treatment of Extensive Maxillofacial Defects – Five Case Report Serie. J Prague Medical Report / Vol. 111 (2010) No. 2, p. 148–157

Organização Mundial de Saúde

Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013)

PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013

Rezende JRV. Fundamentos da Prótese Buco Maxilo Facial. 1ª. Ed. São Paulo: Sarvier,1997

Simões FG, Reis RC, Dias RB. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, Vol. 6, Núm. 3, septembre, 2009, pp.327-331.

Tanner PB, Mobley SR. External auricular and facial prosthetics: a collaborative effort of the reconstructive surgeon and anaplastologist. Facial Plastic Surgery Clinics Of America 2006 Mayo;14(2): 137-45

Referências da Enfermagem:
[165] Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

[166] Arisawa, et al, Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos a quimio e a radioterapia, Rev. Biocien, Taubaté, v11, n1-2,p 55-61, jan/jun 2005

[167] Oliveira et al, Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura, Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 155-61

[168] Martins MS, Marta CB, Silva PO, et al.Consulta de Enfermagem na Radioterapia de Câncer de Cabeça e Pescoço: Análise Dentro do Conceito Custo-Utilidade em Saúde. 2018 jul./set.; 10(3):746-752. DOI: http:// dx.doi.org/10.9789

[169] Filho, MRM, Quality of life of patientswith fead and neck cancer, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 79 (1) Janeiro/Fevereiro 2013

[170] Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado

Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed,

[171] Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira… et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010. il. Tradução de: Nursing Interventions Classification (NIC), 5th éd. Apêndice Inclui bibliografia

[172] HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR, 5(1) 7-15,1974.
Classificação dos resultados de enfermagem / Marion Johnson, Meridean MAas, Sue Moorheed trad. Regina Garces- 2ª edição – Porto Alegra – Artimed – 2004

[173] Mercês CAMF, Menezes MFB, Tavares SR, Pinto VS / diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores de tumores de cabeça e pescoço: identificação e Validação

[174] PEGGY A. WIEDERHOLT, R.N., NADINE P. CONNOR, PH.D.,y GREGORY K. HARTIG, M.D., y AND PAUL M. HARARI, M.D./ BRIDGING GAPS IN MULTIDISCIPLINARY HEAD AND NECK CANCER CARE: NURSING COORDINATION AND CASE MANAGEMENT, Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 69, No. 2, Supplement, pp. S88–S91, 2007

[175] NICE guideline Suspected cancer: recognition and referral. Published: 23 June 2015. Disponível em: nice.org.uk/guidance/ng12

[176] COFEN, Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápico antineoplásicos RESOLUÇÃO COFEN-210/1998, Conselho Federal de Enfermagem: http://www.cofen.gov.br

1. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Intervenção nas áreas de abrangência na área de Estomaterapia. [org. Maria Angela Boccara de Paula, Suely Rodrigues Thuler, Néria Invernizzi da Silveira e Gisele Regina de Azevedo]. Lorena: CCTA, 2016. 124p.

2. Santos, Vera Lúcia C. G., Cesaretti, Isabel U. R. Assistência Em Estomaterapia - Cuidando de pessoas com estomia. 2ª ed., 2015. Ed. Atheneu

3. Raimondi et al. Evidence-based guidelines for the use of tracheostomy in critically ill patients. Medicina Intensiva, Volume 41, Issue 2, 2017, pp. 94-115. Disponível: http://www.medintensiva.org/es-guias-basadas-evidencia-el-uso-articulo-S0210569116302674

4. John Griffiths, Vicki S Barbeiro, Lesley Morgan, J Duncan Young. Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation. BMJ. 28 de maio de 2005; 330 (7502): 1243. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558092/pdf/bmj33001243.pdf

5. Soares et al. Elaboração de protocolo de condutas em traqueostomias no hospital referência de tratamento do câncer do Amazonas. Rev Col Bras Cir 45(4):e1744, 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n4/0100-6991-rcbc-45-04-e1744.pdf

6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer nº 07|2013/COFEN, Parecer sobre o Exercício Legal e Competência do Profissional Enfermeiro, referente a Troca de Cânula de Traqueostomia. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072013cofenctas_28106.html

7. Programa de atualização em fisioterapia em terapia intensiva adulto. Organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; diretores acadêmicos: Jocimar Avelar Martins, Cristina Márcia Dias. Ciclo 3, módulo 3. Porto Alegre: Artmed/Pan-americana. Editora, 2010.

8. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC). Parecer Técnico nº 006/CT/2015. Atividades profissionais de Enfermagem / Área cirúrgica: Troca de cânula de traqueostomia. Disponível em:http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-006-2015-troca-de-c%C3%A2nula-de-traqueostomia-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-complexidade.pdf

9. Matsubara MG, Villela DL, Hashimoto SY, Reis HCS, Sacamoto RA, Denardi UA, Bandeira RC, Bozza VCC. Feridas e Estomias em oncologia – uma abordagem interdisciplinar. Pag. 161 – 173. 1ª edição, São Paulo, Editora Lemar, 2012.

10. Conselho Regional do Paraná. Parecer técnico Coren/PT Nº 07/2017. Disponível em: https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_17_007-Atuacao_equipe_enfermagem_sondagens_gastricas_troca_gastrostomia_atencao_domiciliar.pdf

11. Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Tirapelli LF, Castro e Silva Jr O. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto) 2011; 44(1):39-50

12. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer COFEN sobre o exercício e competência do profissional referente a Troca da sonda de gastrostomia e jejunostomia. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-062013cofenctas-2_28109.html

13. Mello GFS, Mansur GR. Gastrostomia endoscópica percutânea: técnica e aplicações. Rio de janeiro: Editora Rubio, 2012.

14. Cocato ACF, Gomes JJ, Biasoli ER, Silva JZ, Miyahara JI, Neto SC. Fatores de risco da fístula faringocutânea em pacientes laringectomizados. Revista Estima v. 13, n. 3 (2015). Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/109

15. Freitas, K. A. B. S.: Popim, R. C. 1. Manual de extravasamento de antineoplásicos. Botucatu, SP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. 2015. Disponível em: http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/01/MANUAL-DE-EXTRAVASAMENTO-DE-ANTINEOPL%C3%81SICOS-2015-E-BOOK.pdf

16. Souza NR, Bushatsky M, Figueiredo EG, Melo JTS, Freire DA, Santos ICRV. Extravasamento de drogas antineoplásicas. Escola Anna Nery 21(1) 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170009.pdf

17. Sanches JA Jr, Brandt HRC, Moure EMD, Pereira GLS, Criado PR. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I. An Bras Dermatol. 2010; 85(4):425-37. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n4/v85n4a03

18. Criado PR, Brandt HRC, Moure ERD, Pereira GLS, Sanches JA Jr. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte II. An Bras Dermatol. 2010;85(5):591-608. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n5/v85n05a02.pdf

19. Abdallah OA, Rodarte CM, Barbosa NF, Koch LO, Resende UM. Reações cutâneas secundarias ao uso dos inibidores do receptor de fator de crescimento epidérmico: relato de dois casos. An Bras Dermatol. 2009; 84(6):667-70.

20. Kopell RA; Boh EE. The Cutaneous Reactions to Chemotherapeutic Agents. American Journal of the Medical Sciences. May 2001 Volume 321 Number 5. Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962214013632?via%3Dihub

21. ANDRADE, Marceila de; SILVA, Sueli Ruil da. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 3, p. 331-335, June 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300016

22. Andrade M, Clapis MJ, Nascimento TG, Gozzo TO, Almeida AM. Prevenção de reações de pele devido à teleterapia em mulheres com câncer de mama: revisão integrativa. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 15];20(3):8 telas. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a24v20n3.pdf

23. Bostock S, Bryan J. Radiotherapy-induced skin reactions: assessment and management. Br J Nursing. (Oncology Supplement). 2016;25(4):S18-24.

24. Bolderston A, Lloyd NS, Wong RKS, Holden L, Robb-Blenderman L; Supportive Care Guidelines Group of Cancer Care Ontario Program in Evidence-based Care. The prevention and management of acute skin reactions related to radiation therapy: a systematic review and practice guideline. Support Care Cancer. 2006;14(8):802-17.

25. Chan RJ, Larsen E, Chan P. Re-examining the Evidence in Radiation Dermatitis Management Literature: An Overview and a Critical Appraisal of Systematic Reviews. Int J Radiation Oncol Biol Phys [Internet]. 2012 [cited 2018 Sep 29];84(3):e357-62. Available from: https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(12)00651-7/fulltext DOI: 10.1016/j.ijrobp.2012.05.009.

26. Chan RJ, Webster J, Chung B, Marquart L, Ahmed M, Garantziotis S. Prevention and treatment of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Cancer [Internet]. 2014 [cited 2018 Sep 29];14(53):1-19. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3909507/ DOI: 10.1186/1471-2407-14-53.

27. Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Int J Radiat Oncol Biol Phys.1995;31(5):1341-6.

28. DeHaven C. Chemotherapy and radiotherapy effects on the skin. Plast Surg Nurs [internet]. 2014 [cited 2018 Sep 30];34(4):192-5. Available from: https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25461641 DOI: 10.1097/PSN.0000000000000077.

29. Feight DF, Baney T, Bruce S, McQuestion M. Putting Evidence into Practice: Evidence-based interventions for radiation dermatitis. Clin J of Oncol Nurs. 2011;15(5):481-92.

30. Fuzissaki MA. Elaboração e validação de um instrumento para identificação da prática de enfermeiros relacionada ao manejo e à prevenção das radiodermatites [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.

31. Harper JL, Franklin LE, Jenrette JM, Aguero EG. Skin toxicity during breast irradiation: pathophysiology and management. South Med J. 2004;97(10):989-93.

32. Hymes SR, Strom EA, Fife Caroline. Radiation dermatites: Clinical presentation, pathophysiology, and treatment 2006. J Am Acad Dermatol; 54:28-46.

33. Kodiyan J, Amber KT. Topical antioxidants in radiodermatitis: a clinical review. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 29]; 21(9):446-52. Available from: https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/ijpn.2015.21.9.446 DOI: 10.12968/ijpn.2015.21.9.446

34. Kole AJ, Kole L, Moran MS. Acute radiation dermatitis in breast cancer patients: challenges and solutions. Breast Cancer (Dove Med Press) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 29]; 9:313-23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426474/pdf/bctt-9-313.pdf DOI: 10.2147/BCTT.S109763

35. Leventhal J, Young MR. Radiation dermatites: recognition, prevention, and management. Oncology (Williston Park) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 29];31(12):885-7. Available from: http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/radiation-dermatitis-recognition-prevention-and-management.

36. McQuestion M. Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update. Semin Oncol Nurs. 2011;27(2): e1-e17.

37. National Cancer Institute – NCI (US). Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria. 2011 [Internet]. RTOG / EORTC (Radiation Therapy Oncology Group /

European Organization for Research and Treatment of Cancer) [cited 2014 Mar 20]. Available from:
http://www.rtog.org/ResearchAssociates/AdverseEventReporting/AcuteRadiationMorbidityScoringCriteria.aspx

38. National Cancer Institute – NCI (US). US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0. [internet]. NCI; 2017. [cited 2018 Nov 02]. Available from:
https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf

39. Pommier P, Gomez F, Sunyach MP, D'Hombres A., Carrie C, Montbarbon X. Phase III randomized trial of calendula officinalis compared with trolamine for the prevention of acute dermatitis during irradiation for breast cancer. J Clinl Oncol. 2004; 22:1447–53.

40. Roy I, Fortin A, Larochelle M. The impact of skin washing with water and soap during breast irradiation: a randomized study. Radiother Oncol. 2001; 58:333-9.

41. Ryan JL. Ionizing Radiation: The Good, the Bad, and the Ugly. J Invest Dermatol. 2012;132(302):985-93.

42. Salvo N, Barnes E, van Draanen J, Stacey E, Mitera G, Breen D, Giotis A, Czarnota G, Pang J, De Angelis C. Prophylaxis and management of acute radiation-induced skin reactions: a systematic review of the literature. Curr Oncol. 2010;17(4):94-112.

43. Schmidt FMQ. Aplicação tópica de creme contendo nanopartículas com vitamina E para prevenção de radiodermatite em mulheres com câncer de mama: estudo piloto randomizado [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

44. Seité S, Bensadoun R-J, Mazer J-M. Prevention and treatment of acute and chronic radiodermatitis. Breast Cancer (Dove Med Press) [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 29]; 9:551-7. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677297/ DOI: 10.2147/BCTT.S149752.

45. Shukla PN, Gairola M, Mohanti BK, Rath GK. Prophylactic beclomethasone spray to the skin during postoperative radiotherapy of carcinoma breast: a prospective randomized study. Indian J Cancer. 2006; 43:180–4.

46. Singh M, Alavi A, Wong R, Akita S. Radiodermatitis: A Review of Our Current Understanding. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 29];17(3):277-92. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40257-016-0186-4 DOI: 10.1007/s40257-016-0186-4.

47. Waghmare CM. Radiation burn – From mechanism to management. Burns [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 13]; 39:212-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23092699 DOI: 10.1016/j.burns.2012.09.012.

48. Warnock C, Lee N. Skin reactions from radiotherapy. Can Nurs Practice [internet]. 2014 [cited 2018 Oct 13];13(9):16-22. Available from: https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice/skin-reactions-from-radiotherapy-cnp.13.9.16.e1146 DOI: 10.7748/cnp.13.9.16. e1146

49. Zhang Y, Zhang S, Shao X. Topical agent therapy for prevention and treatment of radiodermatitis: a meta-analysis. Support Care Cancer [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 29]; 21:1025–31. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-012-1622-5 DOI: 10.1007/s00520-012-1622-5

50. Richardson J., Smith JE, McIntyre M, Thomas R., Pilkington K.. Aloe Vera para Prevenção de Reações Cutâneas Induzidas por Radiação: Uma Revisão Sistemática da Literatura. Volume 17, Edição 6 , setembro de 2005, páginas 478-484. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0936655505002050

51. Wisocky AB. Anatomy and physiology of skin and soft tissue. In: Bryant RA, Nix DP. Acute & chronic wounds: current management concepts. 4ª ed. Saint Louis: Mosby Elsevier; cap. 3, pp 40-62, 2012.

52. Rosas MSL et al. Incidência do câncer no brasil e o potencial uso dos derivados de isatinas na cancerologia experimental. Rev. Virtual Quim., 2013;5(2):243-265.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Assistência (COAS). Série Cuidados Paliativos. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf.

54. European Wound Management Association (EWMA). Wound bed preparation in practice: positional document. Vicente Falanga, Marco Romanelli, J Javier Soldevilla Ágreda, Luc Téot, Peter Vowden, Ulrich E Ziegler [editores]. Londres: MED Ltd, 2004. Disponível em: http://www.woundsinternational.com/media/issues/87/files/content_49.pdf

55. Woo, K.Y. and R.G. Sibbald, Local wound care for malignant and palliative wounds. Adv Skin Wound Care, 2010. 23(9):417-30.

56. Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(4): 347-359.

57. Franck EM, Matuo CM. Cuidados com a pele e feridas. In: Manual da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar. Ricardo Tavares de Carvalho, Milena Reis B. Souza, Ednalda Maria Franck et al, editores. São Paulo: Manole, 2018: 655-665.

Referências do Cuidados Paliativos:

Ferrel BR, Temel JS, Temin S, Alesi Er, Balboni Ta, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Uptoade. J Clin Oncol. 2017 Jan. 35 (1):96-112

Junior HMG, PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014, < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html> , acesso em 28 de janeiro de 2019

PORTARIA No 483, DE 1o DE ABRIL DE 2014

Occhi G, CONASS Informa n. 226 – Publicada a Resolução CIT n. 41 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) <http://www.conass.org.br/conass-informa-n-226-publicada-resolucao-cit-n-41-que-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-organizacao-dos-cuidados-paliativos-luz-dos-cuidados-continuados-integrados-no-ambito-sistema/>, acesso em 28 de janeiro de 2019

Referências da Fisioterapia:

Marunick MT, Garcia-Gazaui S, Hildebrand JM (2016) Mandibular pathological fractureduring treatment with a dynamic mouth opening device: a clinical report. J Prosthet Dent. 2016; 116(4):488–491

Sandmael JA, Bye A, Solheim TS, et al. Feasibility and preliminary effects of resistance training and nutritional supplements during versus after radiotherapy in patients with head and neck cancer: a pilot randomized trial. Cancer 2017;123(22):4440–8.

Deng J, Ridner SH, Dietrich MS, et al. Prevalence of secondary lymphedema in patients with head and neck cancer. J Pain Symptom Manage, 2012; 43:244–252.

Stubblefield MD. Radiation fibrosis syndrome: neuromuscular and musculoskeletal complications in cancer survivors. PM&R. 2011; 3(11):1041–1054.

Tung BK et al. Predictors and timing of recovery in patients with immediate facial nerve dysfunction after parotidectomy. Head Neck. 2014; 36(2):247-251.

Nakamura, Y. et al. The rate of facial nerve dysfunction and time to recovery after intraparotid and extraparotid facial nerve exposure and protection in head and neck cutaneous tumor surgery. Int J Clin Oncol. 2017; 22(5): 843-848.

MØLLER, M.N.; SØRENSEN, C.H. Risk of marginal mandibular nerve injury in neck dissection. European Archives of Otorhinolaryngology. 2012; 269(2): 601-605.

Weber RS, Hankins P, Rosenbaum B, Raad I. Nonwound infections following head and neck oncologic surgery. Laryngoscope, 1993;103:22–27

Simonelli M, Ruoppolo G, de Vincentiis M et al. Swallowing ability and chronic aspiration after supracricoid partial laryngectomy. Otolaryngol Head Neck Surg, 2010; 142(6):873-8.

Benito J, Holsinger FC, Pérez-Martín A et al. Aspiration after supracricoid partial laryngectomy: Incidence, risk factors, management, and outcomes. Head Neck, 2011; 33(5): 679-85.

Guru K, Manoor UK, Supe SS. A comprehensive review of head and neck cancerrehabilitation: physical therapy perspectives. Indian J Palliat Care. 2012 May;18(2):87-97.

Referências do Serviço Social:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS. PORTARIA Nº 55, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio 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.

LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Referências da Fonoaudiologia:

Aroni,Patricia. O uso do picolé mentolado para manejo da sede do paciente no pré-operatório: ensaio clínico randomizado. Ribeirão Preto, 2017. 146f.: il. (tese)

Conchon, Marilia Ferrari. Eficácia do picolé de gelo no manejo da sede no pós operatório imediato: ensaio clínico randomizado. Londrina, 2014. 128f.: il.

IDDSI: Padronização Internacional da dieta para a Disfagia.

http://ftp.iddsi.org/Documents/IDDSI_Testing_Methods__PORTUGUESE_BRAZIL_FINAL_June2018.pdf

https://ftp.iddsi.org/Documents/IDDSI_Framework_Descriptors__PORTUGUESE_BRAZIL_FINAL_June2018.pdf

Marrafon SM, Matos LL, Zenari MS, Cernea CR, Nemr K. eech-language therapy program for mouth opening in patients with oral and oropharyngeal cancer undergoing adjuvant radiotherapy: a pilot study. CoDAS 2018;30(2):e20160221 DOI: 10.1590/2317-1782/20182016221 link: http://www.scielo.br/pdf/codas/v30n2/2317-1782-codas-30-2-e20160221.pdf

Barros APB, Carrara-de Angelis E. Análise acústica da voz. In: Dedivitis RA, Barros AP, editores. Métodos de avaliação e diagnostica da laringe e voz. São Paulo: Lovise; 2002. p.200-21.

Barcelos CB. Eficácia da fonoterapia na imobilidade unilateral de prega vocal. São Paulo; 2012. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Aneas GC, Dantas RO. A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faringeanaVideofluoroscopic evaluation of swallowing in oral and pharyngeal dysphagia. GE Jornal Português de Gastrenterologia. Volume 21, Issue 1, January–February 2014, Pages 21-25 link: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0872817813001379

Crespo A. Propedêutica da laringe. In: Carrara-de Angelis E, et al. A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000. p.53-7.

Henkin RI, Hoye RC, Ketcham AS, Gould WJ. Hyposmia following laryngectomy. Lancet 1968;2:313-319

LOFIEGO, J.L.; Laringectomia, Avaliação e terapia fonoaudiológica, Rio de Janeiro, Revinter, 1994, p.173-175.

ANGELIS, E.C & MARTINS, N.M.S. - Orientações pré e pós-operatório em câncer de cabeça e pescoço. In: ANGELIS, E.C.; FURIA, C.L.B.; MOURAO, L.F; KOWALSKI, L.P- A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo, Lovise,2000, p.149-54.

NEMR, K. - Câncer de cabeça e pescoço. In: MARCHESAN, I.Q. - Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. P.85-90.

Cade, N. V. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. Revista de Psiquiatria Clínica, 28(6),300-304. Recuperado de http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art300.htm

Fundação Oncocentro de São Paulo Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia 2000. Cap- 3: p.34-5.

Referências da Nutrição:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Serviço de Nutrição e Dietética. Consenso nacional de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Hospital do Câncer I, Serviço de Nutrição e Dietética; organização Nivaldo Barroso de Pinho. – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Serviço de Nutrição e Dietética. Consenso nacional de nutrição oncológica. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Nivaldo Barroso de Pinho (organizador) – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112p. : Il. ; v. 2.

Pfister, D. G. et al. Head and Neck Cancers, Version 2.2018. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 2018.

Word Cancer Research Fund / American Institute for Cancer. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective. 2018.

Word Cancer Research Fund / American Institute for Cancer. Recommendations and public health and policy implications.2018.

Referências da Psicologia

Devins GM, Otto KJ, Irish JC, Rodin G. Head and Neck Cancer. In: Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkie R, Faan RN.

Psycho-Oncology. Third Edition. Oxford University Press. Edição do Kindle. p.92; 2015.

Reich M, Leemans CR, Vermoken JB, Bernier J, Licitra L, Parmar S, Golusinski W, Lefebvre JL. Best practices in the management of the psycho-oncologic aspects of head and neck cancer patients: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society Make Sense Campaign. Ann Oncol 2014; 25 (11): 2115-24.

Referências da Odontologia:
Bosc R, Hersant B, Carloni R, Niddam J, Bouhassira J, De Kermadec H, Bequignon E, Wojcik T, Julieron M, Meningaud JP Mandibular reconstruction after cancer: an in-house approach to manufacturing cutting guides. Int J Oral Maxillofac Surg. 2017 Jan;46(1):24-31.

Petrovic I, Rosen EB, Matros E, Huryn JM, Shah JP. Oral rehabilitation of the cancer patient: A formidable challenge. J Surg Oncol. 2018 Jun;117(8):1729-1735.

Pellegrino G, Tarsitano A , Ferri A, Corinaldesi G, Bianchi A, Marchetti C. Long-term results of osseointegrated implant-based dental rehabilitation in oncology patients reconstructed with a fibula free flap. Clin Implant Dent Relat Res. 2018 Oct;20(5):852-859.

Lee M, Chin RY, Eslick GD, Sritharan N, Paramaesvaran S Outcomes of microvascular free flap reconstruction for mandibular osteoradionecrosis: A systematic review. J Craniomaxillofac Surg. 2015 Dec;43(10):2026-33.

Ciocca L, Mazzoni S, Fantini M, Persiani F, Marchetti C, Scotti R. CAD/CAM guided secondary mandibular reconstruction of a discontinuity defect after ablative cancer surgery. J Craniomaxillofac Surg. 2012 Dec;40(8):e511-5.

Iglesias-Martín F, Oliveros-López LG, Fernández-Olavarría A, Serrera-Figallo MA, Gutiérrez-Corrales A, Torres-Lagares D, Gutiérrez-Pérez JL. Advantages of surgical simulation in the surgical reconstruction of oncological patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018 Sep 1;23(5): e596-e601.

Smith Nobrega A, Santiago JF Jr, de Faria Almeida DA, Dos Santos DM, Pellizzer EP, Goiato MC. Irradiated patients and survival rate of dental implants: A systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent. 2016 Dec;116(6):858-866.

Schiegnitz E, Al-Nawas B, Kämmerer PW, Grötz KA. Oral rehabilitation with dental implants in irradiated patients: a meta-analysis on implant survival. Clin Oral Investig. 2014 Apr;18(3):687-98.

Beumer JJ, Curtis TA, Marunick MT. Maxillofacial rehabilitation: prosthodontic and surgical considerations. Ishiyaku Euro America [Tokyo]. 1996; 55(7): 240-324.

Brandão TB, Vechiato FAJ, Batista VE, Oliveira MC, Santos-Silva AR. Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects. The Journal of Prosthetic Dentistry [São Paulo]. 2015; 115(2): 247-253.

Chae, M. P. et al. Emerging applications of bedside 3D printing in plastic surgery.Frontiers in Surgery, [S.l.], v. 2, p. 25, 16 jun. 2015

Destruhaut F, Vigarios E, Pomar P. Anthropologie et prothèse maxillo-faciale : vers une médecine du sacré. Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 2010; 13 – 15

Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler N.R., et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. Int J Oral Maxillofac Surg. [Alemanha]. 2011; 40(1): 71-9.

Dholam, GC Chouksey, J Dugad. Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation in patients with oral cancer: A longitudinal study with the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire version 3 and Oral Health Impact Profile-14 questionnaire. Indian Journal of Cancer. [Londres]. 2016; 53(2): 256-260.

Eadie, T.L.; LAMVIK, K.; BAYLOR, C.R.; YORKSTON, K.M.; KIM, J.; AMTMANN, D. Communicative Participation And Quality of Life in Head an Neck Cancer. Ann OtolRhinolLaryngol., 123(4):257-264. April 2014.

Hubálková H, Holakovský J, Brázda F, Diblík P, Mazánek J .Team Approach in Treatment of Extensive Maxillofacial Defects – Five Case Report Serie. J Prague Medical Report / Vol. 111 (2010) No. 2, p. 148–157

Meurer, E. et al. Os biomodelos de prototipagem rápida em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. **RBC: R. Bras. Cir. Periodontia**, Curitiba, v.1, n.3, p.172-180, 2003.

Rezende JRV. Fundamentos da Prótese Buco Maxilo Facial. 1ª. Ed. São Paulo: Sarvier,1997

Simões FG, Reis RC, Dias RB. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, Vol. 6, Núm. 3, septembre, 2009, pp.327-331.

Tanner PB, Mobley SR. External auricular and facial prosthetics: a collaborative effort of the reconstructive surgeon and anaplastologist. Facial Plastic Surgery Clinics Of America 2006 Mayo;14(2): 137-45

Zeller JL. High suicide risk found for patients with head and neck cancer. JAMA 2006; 296(14): 1716-1717. 19

Mirabile M. Airoldi C. Ripamonti A. Bolner B. Murphy E. Russi G. Numico L. Licitra P. Bossi. Pain management in head and neck cancer patients undergoing chemo-radiotherapy: clinical practical recommendations. Crit Rev Oncol Hematol. 2016 Mar;99:100-6.

Kumar N, Brooke A, Burke M, John R, O'Donnell A, Soldani F. The Oral Management od Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and/or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines. The Royal College of Surgeons of England / The British Society for Disability and Oral Health, 2012.

De Sanctis V, Bossi P, Sanguineti G, Trippa F, Ferrari D, Bacigalupo A, Ripamonti CI, Buglione M, Pergolizzi S, Langendjik JA, Murphy B, Raber-Durlacher J, Russi EG, Lalla RV. Mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: Literature review and consensus statements. Critical Reviews in Oncology/Hematology 100, p. 147–166., 2016

Nekhlyudov L, Lacchetti C, Davis NB, Garvey TQ, Goldstein DP, J. Nunnink C, Ninfea JIR, Salner AL, Salz T, Siu LL. Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the American Cancer Society Guideline. Journal of Clinical Oncology, V.35, n. 14, 2017.

Peterson DE. Dental Evaluation Before Head and Neck Radiotherapy. American Academy od Oral Medicine, V.122, n.5, 2016.

Antunes, HS; Herchenhorn, D; Isabele A. Small, IA; Araújo, CMM; Viégas, CMP; Ramos, GA; Dias, FL; Ferreira, CG. Long-term survival of a randomized phase III trial of head and neck cancer patients receiving concurrent chemoradiation therapy with or without low-level laser therapy (LLLT) to prevent oral mucositis. Oral Oncology 71 (2017) 11–15

Brandão TB, Morais-Faria K, Ribeiro ACP, Rivera C, Salvajoli JV, Lopes MA, Epstein JB, Arany PR, de Castro G Jr, Migliorati CA, Santos-Silva AR. Locally advanced oral squamous cell carcinoma patients treated with photobiom odulation for prevention of oral mucositis: retrospective outcomes and safety analyses. Support Care Cancer;26(7):2417-2423.

Carvalho P.A.G., Jaguar G.C., Pellizzon A.C., Prado J.D., Lopes R.N., Alves F.A.. Evaluation of low-level laser therapy in the prevention and treatment of radiation-induced mucositis: A double-blind randomized study in head and neck cancer patients Oral Oncology 47 (2011) 1176–1181

Caitlin Sayles; Stephen C. Hickerson; Raksha R.; Jacob Hall; Kevin W. Garey,; and Meghana V. Trivedi. Oral Glutamine in Preventing Treatment-Related Mucositis in Adult Patients With Cancer: A Systematic Review American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 2015

Antunes AL. Cárie de Radiação: up date. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia da UFSC. 2018.

Brennan PA, Bradley KL; Brands M. Intensity-modulated radiotherapy in head and neck cancer - an update for oral and maxillofacial surgeons. Br J Oral Maxillofac Surg 2017 Oct; 55(8):770-4.

De Barros da Cunha S R et al.. The Effects of Ionizing Radiation on the Oral Cavity. J Contemp Dent Pract 2015 Aug 1; 16(8): 679-87.

Delanian S, LEFAIX JL. The radiation-induced fibroatrophic process: therapeutic perspective via the antioxidant pathway. Radiother Oncol. 2004; 73: 119-31.

Delanian S. et al. Complete restoration of refractory mandibular osteoradionecrosis by prolonged treatment with a pentoxifylline-tocopherol-clodronate combination (PENTOCLO): a phase II trial. Int J Radiotion Oncology Phy. 2011; 80: 832-9.

Devi S, Singh N. Dental care during and after radiotherapy in head and neck cancer. Natl J Maxillofac Surg 2014 Dec; 5(2): 117-25.

Dobros K. et al. Radiation-induced caries as the late effect of radiation therapy in the head and neck region. Contemp Oncol 2016; 20(4):287-90.

Epstein JB, WONG FL, Stevenson-Moore P. Osteoradionecrosis: clinical experience and a proposal for classification. J Oral Maxillofac Surg 1987.45(2):104-10.
Fregnani ER et al. IMRT delivers lower radiation doses to dental structures than 3DRT in head and neck cancer patients. Radiat Oncol 2016, Sep; 11(1):116.

Gupta N et al. Radiation-induced dental caries, prevention and treatment - A systematic review. Natl J Maxillofac Surg 2015 Jul-Dec; 6(2):160-6.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativas 2018: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/. Acesso em 6 de maio de 2018

Madrid C, Paglioni, MP, Line, S, Conceicao-Vasconcelos KG, Brandão, TB, Lopes MA, et al Structural analysis of enamel in teeth from head-and-neck cancer patients who underwent radiotherapy. Caries Research 2017; 119-28.

Marx R. Osteoradionecrosis: a new concept in its patophysiology. J Oral Maxilofac Surg 1983; 41: 283-8.

Meyer I. Infectious diseases of the jaw. J Oral Surg. 1970; 28.

Minamisako MC. Avaliação do efeito analgésico da terapia a laser de baixa potência em mucosite oral radioinduzida. Dissertação de Mestrado. PPGO-UFSC 2015. 68p.

Ribeiro GH. Osteorradionecrose: relato de série de casos e proposta de tratamento adjuvante com laserterapia. Dissertação de Mestrado. PPGO-UFSC 2016. 85p

Schwartz HC, Kagan AR. Osteoradionecrosis of the mandible: scientific basis for clinical staging. Am J Clin Oncol. 2002; 25(2): 168-71.

Sonis ST. The Pathobiology of Mucositis. Nat Rev Cancer 2004; 4(89);227-84.
Villa A, Akintoye SO. Dental management of patients who have undergone oral cancer. Therapy. Dent Clin North Am 2018; Jan;62(1):131-42.

BONAN, P. R. F. *et al*. Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. Rev Bras Cancerol, v. 51, n. 3, p. 235–242, 2005.

KAŁUŻNY, J. *et al*. Radiotherapy induced xerostomia: Mechanisms, diagnostics, prevention and treatment–Evidence based up to 2013. Otolaryngologia polska, v. 68, n. 1, p. 1–14, 2014.

MADRID, C. C. *et al*. Structural analysis of enamel in teeth from head-and-neck cancer patients who underwent radiotherapy. Caries research, v. 51, n. 2, p. 119–128, 2017.

QING, P. *et al*. Effect of gamma irradiation on the wear behaviour of human tooth enamel. Scientific reports, v. 5, p. 11568, jun. 2015.

WALKER, M. P. *et al*. Impact of radiotherapy dose on dentition breakdown in head and neck cancer patients. Practical radiation oncology, v. 1, n. 3, p. 142–148, 2011.

HU, J. *et al*. Restoration of teeth with more-viscous glass ionomer cements following radiation-induced caries. International dental journal, v. 52, n. 6, p. 445–448, 2002.

MCCOMB, D. *et al*. A clinical comparison of glass ionomer, resin-modified glass ionomer and resin composite restorations in the treatment of cervical caries in xerostomic head and neck radiation patients. Operative dentistry, v. 27, n. 5, p. 430–437, 2002.

RAMOS, P. A. *et al*. The Effects of Ionizing Radiation on the Oral Cavity. The journal of contemporary dental practice, v. 16, n. 8, p. 679–687, 2015.

Epstein JB, Gorsky M, Hancock P, Peters N, Sherlock CH. The prevalence of herpes simplex virus shedding and infection in the oral cavity of seropositive patients undergoing head and neck radiation therapy. Oral Surg Oral Med Oral Phatol Radiol Endod. 2002; 94:712-6.

Davies AN, Broadley K, Beighton D. Xerostomia in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2001; 22:820-5.

Squier CA. Oral complications of cancer therapies. Mucosal alterations. JNCI Monographs. 1990; 9:169-72.

Porter SR, Scully C, Hegarty AM. An update of the etiology and management of xerostomia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004; 97:28-46.

Soysa NS, Samaranayake LP, Ellepola ANB. Cytotoxic drugs, radiotherapy and oral candidiasis. Oral Oncol. 2004; 40:971-78.

Koc M, Aktas E. Prophylactic treatment of mycotic mucositis in radiotherapy of patients with head and neck cancers. J Clin Oncol. 2003; 33:57-60

El-Naggar AK, Takata T. Tumours of the oropharynx (base of tongue, tonsils, adenoids). In: El-Naggar AK et al (Orgs). WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4 ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2017, p. 133-8.

15. Legislação complementar
    a. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
    b. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009

16. Anexo

Proposiçao de Diagnosticos de enfermagem baseado na taxonomia II de NANDA compilado com levantamento realizado por equipe especializada do INCA que levantou 58 diagnósticos possíveis para paciente portadores de tumores de cabeça e pescoço:

1. Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico
2. Controle ineficaz do regime terapêutico
3. Controle familiar ineficar do regime terapêutico
4. Manutenção ineficaz da saúde
5. Deglutição prejudicada
6. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
7. Volume de líquidos deficiente
8. Risco de volume de líquidos deficiente
9. Risco para constipação
10. Diarreia
11. Constipação
12. Déficit de auto cuidado para alimentação
13. Deficit de auto cuidado para banho e higiene
14. Fadiga
15. Recuperação cirúrgica retardada
16. Padrão respiratório ineficaz
17. Ventilação espontânea prejudicada
18. Privação de sono
19. Perfusão tissular ineficaz
20. Defict de auto cuidado para dispositivos terapêuticos
21. Mobilidade no leito prejudicada
22. Comunicação verbal prejudicada
23. Confusão aguda
24. Disposição para conhecimento aumentado
25. Conhecimento deficiente
26. Processo de pensamento perturbado
27. Risco para baixa auto-estima situacional
28. Distúrbio de imagem corporal
29. Risco de solidão
30. Processos familiares disfuncionais: alcoolismo
31. Interação social prejudicada
32. Tensão do papel do cuidador
33. Risco de tensão de papel do cuidador
34. Padrão de sexualidade ineficaz
35. Enfrentamento ineficaz
36. Ansiedade

37. Ansiedade relacionada a morte
38. Enfrentamento familiar comprometido
39. Enfrentamento familiar incapacitado
40. Medo enfrentamento/tolerância ao estresse
41. Negação ineficaz
42. Tristeza crônica
43. Desobediência
44. Disposição para religiosidade aumentada
45. Risco de aspiração
46. Risco de infecção
47. Integridade da pele prejudicada
48. Integridade tissular prejudicada
49. Mucosa oral prejudicada
50. Proteção ineficaz
51. Risco de suicídio
52. Desobstrução ineficaz de via aere
53. Risco da integridade da pele prejudicada
54. Dor aguda
55. Dor crônica
56. Isolamento social
57. Náusea
58.