

GUIA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

uma abordagem multidisciplinar

Coordenação e produção:

Renata Paiva Queiroz

Fernanda Ribeiro Cardoso

COORDENAÇÃO E PRODUÇÃO

Renata Paiva Queiroz

Fernanda Ribeiro Cardoso

COLABORADORES

ASSISTENTE SOCIAL

Cleane Vieira dos Santos - CRESS 7.202

ENFERMEIRAS

Natalia Regina dos Santos Soares - COREN-GO 532.299

Nara Késia Brandão Silva - COREN-GO 478.391

Zilda Pereira Cardoso - COREN-GO 425.788

FÍSICO MÉDICO

Mário Henrique Hashimoto - CNEN FT-0238 / ABFM RT 302-1.123

FISIOTERAPEUTA

Fernanda Ribeiro Cardoso - CREFITO-GO 67.264-F

MÉDICOS

Renata Paiva Queiroz (oncologista clínica) - CRM 9.463 / RQE 6203

José Carlos de Oliveira (cirurgião de cabeça e pescoço) - CRM 5.900

NUTRICIONISTA ONCOLÓGICA

Pabline do Valle Xavier - CRN-GO 6.409

ODONTÓLOGAS

Helenisa Helena de Oliveira Neto - CRO-GO 9.097

Rafaela Guidi - CRO-GO 9.021

Sibelle Teodoro Faleiro - CRO 12.507

PSICÓLOGA

Jacqueline Andrade Amaral - CRP 09/1.106



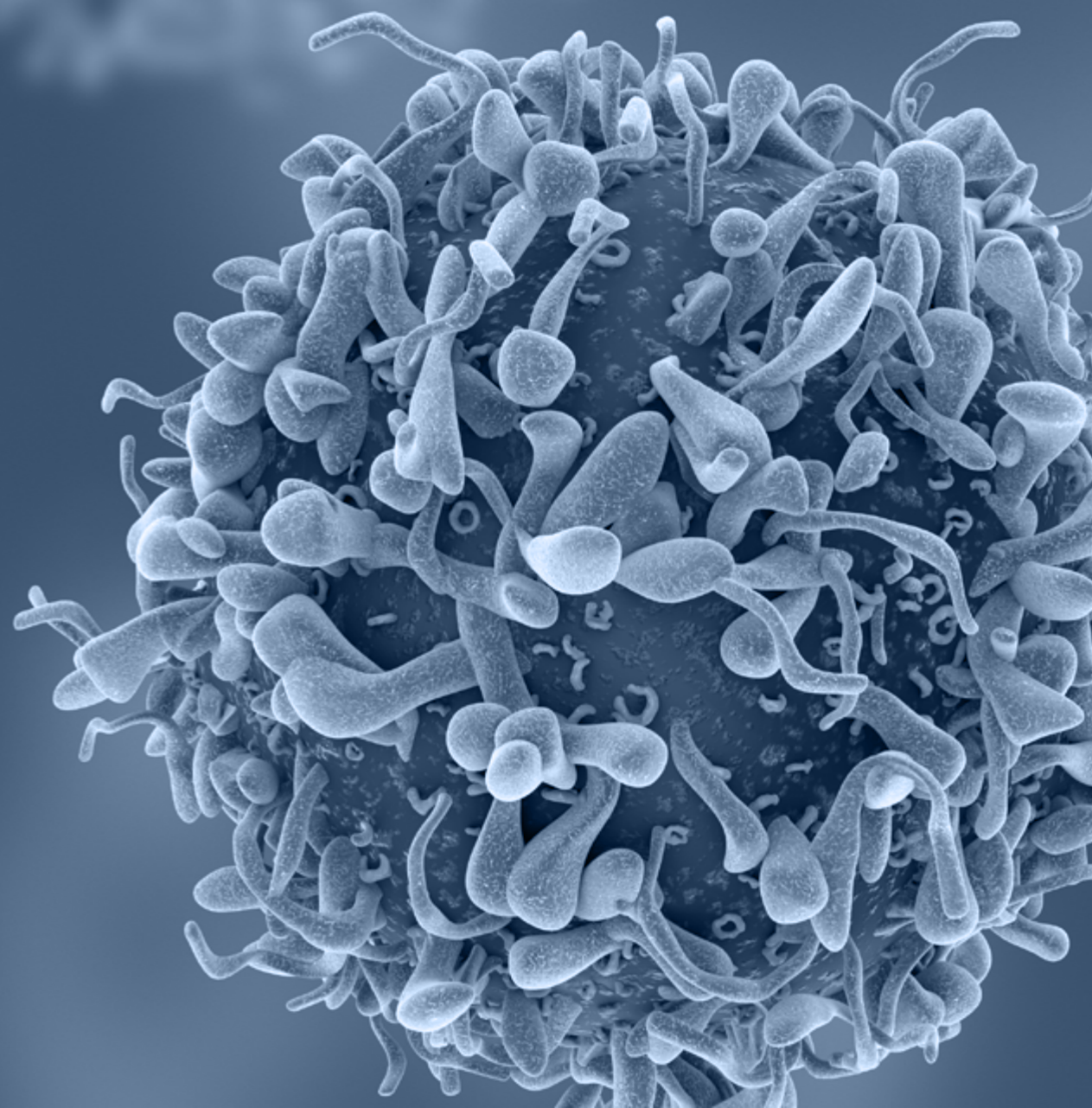
PREFÁCIO

À medida que aumentam nossos conhecimentos sobre a biologia e a história natural dos tumores, os esforços para a preservação, ou restauração da forma e da função ficam cada vez mais importantes no tratamento destas doenças.

As abordagens para preservar as estruturas nobres com as novas tecnologias de tratamento nos cânceres de cabeça e pescoço dão mais qualidade de vida para os portadores desta patologia.

Na realidade brasileira, as poucas informações sobre o câncer dificultam o diagnóstico precoce e fazem com que estas doenças, em sua grande maioria, sejam diagnosticadas em estágio avançado, fazendo com que o paciente passe por várias modalidades terapêuticas.

As orientações abordadas expressam as opiniões de uma equipe multidisciplinar que visa a um tratamento mais qualificado e humanizado.



SUMÁRIO

Introdução	5	A odontologia	12
O que é câncer	6	A fisioterapia	16
Entendendo o câncer de cabeça e pescoço	7	A enfermagem.....	20
Fatores de risco	7	A fonoaudiologia	22
Sobre o tratamento.....	8	A nutrição	25
A cirurgia.....	8	A psicologia.....	27
Oncologista clínico.....	9	A assistência social	30
A quimioterapia	10	As práticas integrativas	31
A imunoterapia.....	10	Os cuidados paliativos	33
A radioterapia.....	10	A visão do paciente	33
		Referências	35

GUIA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

uma abordagem multidisciplinar

INTRODUÇÃO

Em nossas atividades buscamos sempre oferecer a melhor assistência aliada à mais avançada tecnologia, primando pela ética, respeito e humanização. Durante nossos anos dedicados à oncologia, acompanhamos histórias de vida e partilhamos expectativas que cercam todos aqueles que se deparam com o câncer.

Para apoiar e auxiliar a você, diagnosticado com câncer, elaboramos este manual, com o objetivo de orientar você e seus cuidadores sobre todas as etapas do tratamento oncológico nos tumores de cabeça e pescoço. Escrito por uma equipe multiprofissional competente e especializada no assunto, queremos mostrar que você será assistido e cuidado por profissionais, todos empenhados em oferecer e mostrar o que há de melhor para o sucesso do seu tratamento.

Saiba quem será a equipe multiprofissional que cuidará de você: cirurgião de cabeça e pescoço, oncologista clínico, radioterapeuta, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo.

Esperamos que as informações contidas neste manual te ajudem no entendimento e facilitem a passagem por todo tratamento.



O QUE É CÂNCER

Nosso organismo é formado por uma enorme quantidade de células, com funções diferentes e que trabalham de forma organizada.¹

Em um corpo saudável, elas crescem, se dividem, morrem e são substituídas de maneira controlada, em um processo natural chamado divisão celular.¹

Mas quando essas mesmas células sofrem algum tipo de alteração no DNA e passam a se dividir e se reproduzir de forma descontrolada, surgem os problemas.¹

Esse crescimento desenfreado resulta em um agrupamento de células que pode causar a origem de uma massa, conhecida popularmente como tumor.¹

Todo tumor é câncer? Não!

O chamado tumor benigno se forma a partir de células muito semelhantes às normais, que não se multiplicam tão rapidamente e não são capazes de migrar para outros tecidos.²

O tumor maligno, também conhecido por câncer ou neoplasia, começa quando células de um órgão ou tecido crescem de forma alterada. Elas podem se soltar dos tecidos e até migrar para outras partes do corpo, por meio da circulação sanguínea ou do sistema linfático (uma rede de vasinhos que se distribuem pelo corpo).^{1,2}



ENTENDENDO O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

O câncer de cabeça e pescoço é composto principalmente por tumores da cavidade orla, orofaringe, hipofaringe e laringe.³ No Brasil, estes tumores representam o quinto mais frequente no homem e o décimo segundo em mulheres.⁴ Mais de noventa por cento são carcinoma epidermoide ou de células escamosas.⁵

FATORES DE RISCO

Alguns fatores aumentam o risco de ter um câncer de cabeça e pescoço. São eles:⁶



TABAGISMO



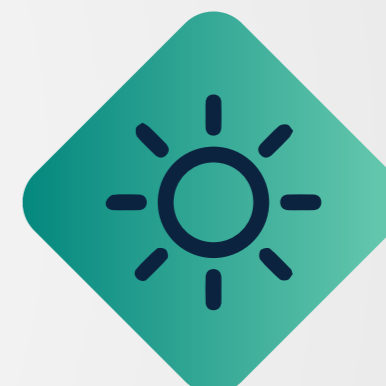
ALCOOLISMO



HPV



**MÁ HIGIENE
BUCAL**



**EXPOSIÇÃO SOLAR
SEM PROTEÇÃO**

Os sinais e sintomas podem variar de acordo com a topografia da lesão, sendo necessário procurar o médico ou dentista caso ocorram alguns dos sintomas abaixo:⁷

- Mancha branca ou vermelha na gengiva ou língua, inchaço da mandíbula;
- Dificuldade para respirar ou falar, dor para engolir, dor na garganta que não melhora;
- Dor ou zumbido no ouvido;
- Sangramento pelo nariz, obstrução nasal e sinusite crônica.

SOBRE O TRATAMENTO

A fase em que esses tumores são diagnosticados tem impacto muito grande nas taxas de cura e determina o tipo de tratamento.⁶

A escolha do tratamento leva em consideração a localização exata do tumor, a extensão da doença (estadiamento), o estado de saúde e a idade do paciente, além de considerações pessoais.^{8,9}

As opções de tratamento são cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia-alvo e imunoterapia. Em muitos casos, a combinação de mais de um tratamento pode ser realizada.⁸

Dica da especialista: É fundamental que você converse com seu médico sobre todas as opções de tratamento, levando em consideração suas necessidades individuais e os possíveis efeitos colaterais.

A CIRURGIA

O cirurgião de cabeça e pescoço trata principalmente de tumores benignos e malignos da região da face, fossas nasais, seios paranasais, boca, faringe, laringe, tireoide, glândulas salivares, dos tecidos moles do pescoço, da paratireoide e tumores do couro cabeludo.¹⁰

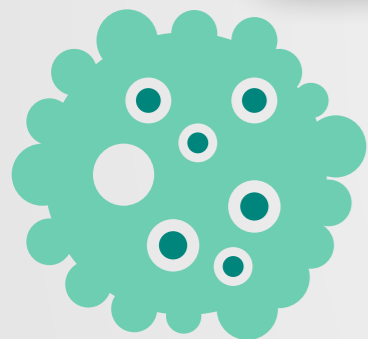
O tratamento será definido de acordo com o tipo de tumor. Citaremos alguns exemplos a seguir:

Doença inicial	
Cavidade oral	Cirurgia isolada, seguida de radioterapia em alguns casos
Orofaringe	Cirurgia convencional, laser, robótica com ou sem esvaziamento cervical. Em alguns casos, cirurgia seguida de radioterapia e quimioterapia
Hipofaringe	Cirurgia ou radioterapia com ou sem quimioterapia
Laringe	Cirurgia endoscópica, laser ou radioterapia

Doença avançada	
Cavidade oral	Cirurgia radical com esvaziamento cervical, radioterapia pode ser indicada isolada ou em combinação com quimioterapia depender do grau de invasão do tumor
Orofaringe	Doenças não responsivas: cirurgia de resgate; Laringe e hipofaringe: radioterapia e quimioterapia; Quimioterapia de indução seguida de radioterapia e quimioterapia; Cirurgia seguida de radioterapia e quimioterapia
Doença metastática	
Quimioterapia é o tratamento sistêmico	

Elaborada a partir de NCCN, 2021.⁸

Importante lembrar que todo tratamento é individualizado e deverá ser discutido com seu médico



ONCOLOGISTA CLÍNICO

É o médico que avalia o paciente de maneira global, conduzindo-o durante e após o tratamento do câncer. É ele também o responsável por definir o tipo de tratamento sistêmico do paciente (como quimioterapia, imunoterapia ou terapia direcionada). O oncologista decidirá qual medicamento ou combinação de medicamentos o paciente receberá, as doses, como os medicamentos serão administrados, a frequência e a duração do tratamento.¹¹ Todas essas decisões dependerão de:⁸

- O tipo e subtipo de câncer;
- O estágio do câncer (até que ponto se espalhou);
- A idade do paciente;
- A saúde geral do paciente e medicamentos atuais;
- Outros problemas de saúde graves (como doenças cardíacas, hepáticas ou renais);
- Tipos de tratamentos de câncer administrados no passado.

Todos esses fatores são importantes para que o tratamento seja eficiente e ao mesmo tempo seguro, com efeitos colaterais controlados.³

A QUIMIOTERAPIA

Quimioterapia é um termo generalizado para o tratamento sistêmico do câncer, mas, vale ressaltar que hoje em dia, existem vários tipos de tratamento com medicamentos e a quimioterapia é um deles, junto com a imunoterapia e a terapia-alvo.¹²

Por ser um tratamento que atinge tanto as células doentes quanto as saudáveis, pode provocar efeitos colaterais, que variam de paciente para paciente. Cada droga tem um perfil de toxicidade própria e cada organismo reage de uma forma ao tratamento.¹²

Além de drogas mais modernas, visando ao tratamento personalizado e menos agressivo às células saudáveis, temos várias medicações potentes que amenizam os efeitos colaterais do tratamento.¹³

O oncologista clínico é o médico responsável pela prescrição do tratamento sistêmico e pelo manejo da sua toxicidade.¹⁴

Converse com seu oncologista sobre os efeitos colaterais esperados com seu tratamento

A IMUNOTERAPIA

É o uso de medicamentos que ajudam o sistema imunológico de uma pessoa a encontrar e destruir células cancerosas de forma eficaz. Aprovada no Brasil, a imunoterapia se tornou uma parte importante do tratamento de alguns tipos de tumores, entre eles o de cabeça e pescoço. Pode ser usada de forma isolada ou combinada com quimioterapia para pacientes portadores de tumores avançados ou metastáticos.¹⁵

A RADIOTERAPIA

A radioterapia utiliza radiações ionizantes no local do tumor, bloqueiam a divisão celular, destruindo ou inibindo o crescimento das células anormais que formam o tumor.¹⁶

Seus efeitos tóxicos são limitados à região que recebe a radiação. Irritações ou leves queimaduras na pele, inflamações das mucosas, queda de pelos ou cabelos nas áreas irradiadas e diminuição na contagem das células do sangue são alguns dos efeitos colaterais mais frequentes da radioterapia, que variam de acordo com sua intensidade, com as doses utilizadas e as regiões tratadas.¹⁷

Pode ser utilizada em várias situações, como:¹⁸

- Tratamento principal: se o tumor for pequeno, sem que seja necessária a cirurgia ou se o paciente não tem condições clínicas para cirurgia;
- Tratamento após a cirurgia, para destruir as células tumorais remanescentes;
- Tratar a recidiva da doença;
- Aliviar alguns sintomas como dor, sangramento ou alguma obstrução.

Após a consulta com o radioterapeuta, o paciente será orientado sobre os próximos passos do tratamento, que consistem em fazer uma máscara termoplástica e, posteriormente, uma tomografia para o planejamento do seu tratamento.¹⁶

A máscara será usada por 10 a 15 minutos, no momento da aplicação da radioterapia e ajudará a reduzir a movimentação da cabeça durante as sessões.¹⁹

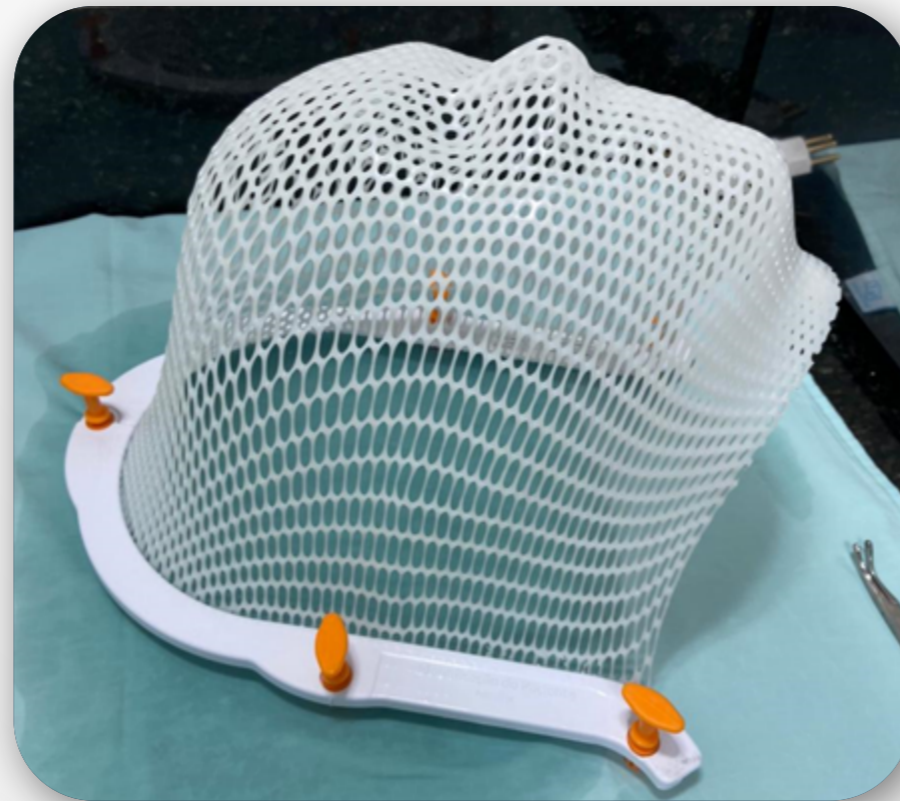


Figura 1. Máscara termoplástica.



Orientações para a radioterapia:

- Ao iniciar o tratamento, o paciente deve comparecer à consulta de enfermagem para que seja avaliado e orientado sobre as reações de pele, os cuidados com a área que vai receber a radiação, receber orientações gerais e esclarecer dúvidas.²⁰
- Não passar nada na pele antes da sessão de radioterapia.²⁰
- O paciente precisa estar imóvel durante cada sessão de radioterapia, pois qualquer movimento poderia alterar a área que será tratada.²¹
- Na região da cabeça e pescoço utilizamos a máscara termoplástica durante a sessão de radioterapia. O paciente deita, a máscara é colocada e fixada a um suporte na mesa de tratamento, garantindo que a cabeça e o pescoço sejam mantidos exatamente na posição correta para o tratamento.²¹
- Não há necessidade de marcas na pele do paciente.²¹
- A máscara é individual e o paciente usará sempre a mesma máscara.²¹
- A radiação permanece no corpo do paciente apenas durante o tempo em que ele fica no aparelho de radioterapia.²¹
- O paciente pode abraçar, beijar ou manter relações sexuais sem risco de expor outras pessoas à radiação.²¹
- Não há necessidade de se afastar de crianças ou gestantes durante o tratamento.²¹

A ODONTOLOGIA

O dentista desempenha um papel importante no que se refere a prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações bucais associadas à terapia oncológica. Os pacientes que passarão pelo tratamento do câncer de cabeça e pescoço devem ser avaliados previamente, para uma abordagem específica. Dentro da equipe multiprofissional, a atuação do dentista permite reduzir o risco de complicações bucais que poderiam impactar no andamento e no custo do tratamento oncológico.²²

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES BUCAIS ASSOCIADAS AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

1. Mucosite

A mucosite é um processo inflamatório da mucosa que pode acometer a cavidade bucal do paciente em tratamento com radioterapia em região de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. O início da mucosite se caracteriza pelo aparecimento de vermelhidão e ardência na mucosa da boca e da garganta e pode evoluir com o aparecimento de úlceras dolorosas, levando à dificuldade na alimentação.²³ Entre as opções de tratamento da mucosite ou dos seus sintomas estão a **fotobiomodulação**, antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, anestésicos tópicos, enxaguantes específicos, bochechos com água bicarbonatada e crioterapia.²⁴



Lembre-se: A melhor forma de abordar a mucosite associada à radioterapia é iniciando o tratamento precocemente!

A fotobiomodulação, utilizando laser de baixa potência, tem sido amplamente utilizada no tratamento e prevenção da mucosite oral. Há particularidades na abordagem de cada caso ou estágio da mucosite, portanto o dentista deve ser consultado para definir a melhor estratégia de tratamento.²⁵ O preparo bucal prévio e a higiene bucal rigorosa são medidas importantes na prevenção e controle da mucosite e de outras alterações bucais.²⁴

2. Candidíase oral

Popularmente conhecida como “sapinho”, a candidíase é uma infecção causada por fungo, especialmente a *Candida albicans*, na mucosa bucal. Está relacionada principalmente às alterações salivares e à imunossupressão.²⁶ Geralmente se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas ou amareladas que se soltam da mucosa. Pode haver ardência, dor e alteração do paladar. O tratamento envolve principalmente o uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos. Abordagens preventivas durante o tratamento oncológico, como manutenção da lubrificação e higiene bucais, auxiliam no controle dessa desordem.²⁷

É importante que você procure o dentista ou o médico da equipe para receber orientações e o tratamento correto

3. Alterações salivares

Tanto a quimioterapia quanto a radioterapia podem causar a sensação de boca seca ou xerostomia, porém é mais frequente nos pacientes irradiados. A redução do fluxo salivar pode causar desconforto, ardência bucal, dificuldade para falar e deglutir e maior risco de cáries e infecções oportunistas, como a candidíase oral.²⁸ De acordo com o grau de comprometimento da produção de saliva, podem ser usados substitutos salivares, estimulantes da produção de saliva, tanto farmacológicos quanto mecânicos e fotobiomodulação. A adequação da dieta e da ingestão de líquidos são de grande importância dentro deste contexto.²⁹

4. Alterações do paladar

Grande parte das pessoas que recebem radioterapia envolvendo a cavidade bucal apresenta alteração ou perda do paladar, como resultado do efeito da radiação nas papilas gustativas ou por alterações salivares.¹⁶ Esse efeito ocorre durante tratamento e geralmente permanece por cerca de 2 a 6 meses, podendo, em alguns casos, durar mais tempo. Cuidados bucais e orientação nutricional são importantes para reduzir o desconforto durante esse período.²³

5. Doença periodontal

É a inflamação da gengiva com perda de tecido de suporte dentário, que pode resultar em infecção óssea e perdas dentárias.²³ Acomete os indivíduos em geral, mas há maior risco para os pacientes tratados com radioterapia, especialmente devido a redução da salivagem.²³ A avaliação e o tratamento periodontais realizados antes, durante e depois do tratamento oncológico são imprescindíveis, prevenindo complicações.³⁰

6. Cáries relacionadas à radioterapia

São cáries de evolução rápida, que podem ocorrer após a radioterapia e, se não tratadas, levam à perda de dentes.³¹ Alterações salivares e na estrutura dentária e mudanças na dieta são fatores que contribuem para o surgimento destas cáries. A abordagem preventiva e a motivação para uma higiene bucal adequada reduzem de modo significativo o risco de cárie e suas complicações.^{32,33}

Previna-se:

- Realize a consulta odontológica antes do início da radioterapia e mantenha o acompanhamento.
- Siga as orientações do dentista quanto à escovação dos dentes, uso de fio dental e bochechos com soluções fluoretadas adequados para o seu caso.

7. Osteorradionecrose e osteonecrose relacionada ao uso de medicamentos

Estes efeitos, geralmente tardios, são menos comuns e mais severos que os vistos anteriormente.

A osteorradionecrose pode ocorrer em pacientes que foram tratados com radioterapia em região de cabeça e pescoço³⁴

A osteonecrose relacionada ao uso de medicamentos pode ocorrer em pacientes que foram tratados, principalmente, com drogas antirreabsortivas, utilizadas no tratamento do câncer nos ossos e outras doenças ósseas³⁵

São processos que podem afetar a maxila ou a mandíbula com a exposição persistente de parte do osso, podendo evoluir com infecção, causando dor. Extrações dentárias e outras cirurgias bucais, ferimentos causados por próteses mal adaptadas e infecções de origem dentária ou periodontal, se ocorrerem durante ou após a radioterapia ou uso de antirreabsortivos, podem funcionar como “gatilhos” para o início destas complicações. O tratamento varia de conservador a cirúrgico, de acordo com o estágio da necrose óssea. A intervenção odontológica precoce e a manutenção da saúde bucal são fundamentais para prevenir as necroses ósseas.^{36,37}

Consulte o dentista, preferencialmente antes do início da terapia oncológica, para que seja realizado o preparo bucal preventivo!

8. Reabilitação

O tratamento cirúrgico, algumas vezes, leva à perda de parte de estruturas da boca ou da face. Quando isso acontece, o dentista poderá intervir através da confecção de próteses especiais, bucais ou faciais, que devolvem a função e a estética, melhorando a qualidade de vida. Os defeitos bucais podem causar dificuldade na alimentação e fala. Nestes casos, a atuação coordenada entre o cirurgião de cabeça e pescoço, o dentista e o fonoaudiólogo permite a reabilitação com próteses bucomaxilofaciais, restaurando a fala, a alimentação (evitando a necessidade de sondas) e a estética.³⁸



Lembre-se de que a **PREVENÇÃO** é a principal abordagem para reduzir o risco de complicações bucais nos pacientes que iniciarão o tratamento oncológico

A FISIOTERAPIA

O esvaziamento cervical, associado à retirada do tumor, é o procedimento cirúrgico mais utilizado no câncer de cabeça e pescoço. Pode ser realizado de forma radical ou modificada, esta última preservando algumas estruturas de importância funcional para o pescoço. O esvaziamento cervical radical ocasiona uma seqüela estética e funcional importante em praticamente todos os pacientes submetidos a esta operação, levando a uma síndrome dolorosa e a perda funcional do movimento do membro superior ipsilateral ao procedimento, sendo esta uma complicação importante a ser tratada pelo fisioterapeuta.³⁹

De acordo com a literatura, podem-se evidenciar diversas complicações pós-operatórias, sendo que as mais relatadas são:³⁹

- Dor e inabilidade funcional no ombro;
- Limitação na escala de movimento;
- Alteração e/ou perda de força na musculatura do membro superior e pescoço homolateral à cirurgia, podendo ocasionar depressão do ombro com deslocamento anterior;
- Impacto psicossocial.

A seguir descreveremos as complicações mais comuns e o papel da fisioterapia oncológica.

1. Dor

A dor é uma complicação comum, podendo ser aguda – como consequência da cirurgia – ou crônica, como consequência de inabilidade do ombro devido à secção do nervo acessório após esvaziamento cervical. O caráter e a severidade da dor são influenciados pela localização do câncer, pelo tipo de tratamento e tempo de tratamento pós-operatório.³⁹

As técnicas de terapia manual podem ser utilizadas como um recurso para a complementação do alívio da dor, pois produzem estimulação mecânica dos tecidos, através da aplicação rítmica de pressão e estiramento, reduzindo assim a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e auxiliando na redução da ansiedade do paciente, proporcionando uma melhora na qualidade do sono e da qualidade de vida.³⁹

Verificou-se que o uso da estimulação elétrica transcutânea (TENS) diminui em até 47% o uso de morfina. A TENS traz rápidos resultados; todavia, o alívio é variável entre os pacientes.³⁹

Associada às terapias já citadas, podemos usar a fotobiomodulação de forma segura e com resultados promissores.³⁹

2. Fadiga

A fadiga também é uma queixa frequente, chegando a afetar até 70% dos pacientes. Estudos que avaliaram a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço demonstraram substancial queda da funcionalidade geral dos indivíduos e do estado emocional.⁴⁰

A assistência fisioterapêutica, além de tratar e amenizar, por exemplo, a fadiga, a fraqueza muscular e algumas outras complicações, pode também auxiliar na prevenção. Por isso a intervenção/abordagem precoce, treinando, condicionando e orientando os pacientes, antes mesmo do início do tratamento específico (quimioterapia e cirurgia, por exemplo), são de notável valia, melhorando significativamente as condições físicas para enfrentar o tratamento oncológico.

3. Síndrome do ombro doloroso ou síndrome do ombro caído

Todos os pacientes submetidos ao esvaziamento cervical devem iniciar a fisioterapia o mais precocemente possível, na tentativa de minimizar as sequelas causadas pela manipulação e trauma cirúrgico, especialmente sobre o nervo espinhal acessório, resultando em diminuição da amplitude dos movimentos do ombro, devido principalmente à paralisia do músculo trapézio.³⁹

A fisioterapia busca a compensação destas limitações através da mobilização e treinamento de outros grupos musculares. Podemos afirmar que a mais relevante consequência da secção do nervo espinhal acessório é a paralisia do músculo trapézio superior, causando dor e limitação, principalmente dos movimentos de elevação do braço para frente e para o lado.⁴¹

A hipotonicidade do ombro e pescoço está vinculada principalmente à paralisia do músculo trapézio. A incapacidade transitória do trapézio, resultante do dano no nervo acessório e a fraqueza de outros músculos da cintura escapular inervados pelo plexo cervical, cujos ramos podem ser ressecados durante o esvaziamento cervical, prejudicam o equilíbrio das articulações glenoumeral e escapulotorácica, causando dor e prejuízo funcional das habilidades acima da cabeça, especialmente flexão anterior e abdução vertical acima de 90°. ⁴¹

A fisioterapia é recomendada logo no pós-operatório, com o objetivo de manter a amplitude de movimento e a força dos grupos musculares que compensarão o déficit funcional do músculo trapézio que sofreu paralisia. Ela é fundamental para recuperar a mobilidade passiva e evitar a ocorrência de fibrose articular, diminuindo assim as complicações que acometem o ombro e melhorando a qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer de cabeça e pescoço associado ao esvaziamento cervical.⁴¹

O trabalho de alongamento da região cervical e da cintura escapular deve ser iniciado assim que possível, devendo também fazer parte do tratamento a longo prazo, pois a tendência de encurtamento muscular é grande, principalmente pela falta de movimento ativo em sua amplitude máxima. Além da amplitude completa, é preciso recuperar a força e a resistência dos músculos do manguito rotador e dos outros músculos da cintura escapular.⁴¹

4. Trismo

Dentre a atuação fisioterapêutica nas disfunções motoras da face, destacam-se a reabilitação da musculatura da mímica, que pode ser acometida por linfedema, paralisia facial, trismo e disfunção da articulação temporomandibular (DTM).⁴²

Algumas cirurgias de cabeça e pescoço acarretam o trismo, que consiste na incapacidade de abertura da boca. Tal complicação ocorre pelo fato de os músculos que fazem a oclusão da boca terem dez vezes mais força do que aqueles que fazem a abertura. O que predispõe ao trismo em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço são a extensão tumoral (crescimento infiltrativo), a radioterapia e a fibrose pós-operatória.⁴²

As técnicas fisioterápicas utilizadas nos quadros de trismo são: técnicas de massagem, exercícios ativos, passivos e alongamentos, infravermelho, espátulas de madeira, hiperboloide, TheraBite® e similares. Todos com o objetivo de liberar aderências, reduzir a dor e espasmos musculares, restaurar movimentos faciais, melhorar a circulação, melhorar a mobilidade condilar, restaurando a biomecânica articular, propiciando um aumento da amplitude articular da mandíbula. Os exercícios exigem muita cooperação e dedicação por parte do doente.^{26,42}

5. Linfedema

O linfedema de face surge normalmente após a cirurgia de dissecação cervical e/ou após irradiação dos linfonodos cervicais e supra-claviculares, devido a tumores malignos de cabeça e pescoço. O linfedema, se não tratado, pode se tornar incapacitante e indesejado, pois evidencia para o paciente a existência de uma doença oncológica prévia e, do ponto de vista psicológico, é a patologia que mais pode provocar medo e traumas nestes pacientes.⁴³

O método mais indicado para a redução do linfedema de face, segundo a Sociedade Internacional de Linfologia, é a Terapia Descongestiva Linfática, a qual apresenta a drenagem linfática e a compressão como seus principais componentes, visando direcionar o edema para vias que se mantêm íntegras após as incisões cirúrgicas, podendo então, ser reabsorvido.⁴² Os efeitos da compressão de baixa elasticidade promovem uma mudança na hemodinâmica venosa, linfática e tecidual, sendo esta contenção contínua e removida apenas para cuidados como higiene. O curativo compressivo é um recurso de importância primordial, pois além de manter, melhora a absorção do sistema linfático, sendo sempre funcional por permitir a realização de todos os exercícios diários de cinesioterapia associada.⁴⁴

6. Paralisia facial

O nervo facial também é acometido durante procedimentos cirúrgicos, sendo normalmente lesado durante as parotireoidectomias e ressecções do osso temporal, o que resulta em paralisia ou paresia dos músculos da hemiface homolateral à lesão e alteração importante da autoimagem.^{45,46}

A fisioterapia tem como papel eliminar o quadro inflamatório, normalizar bilateralmente o tônus da musculatura facial e fortalecer os músculos lesionados. As orientações domiciliares serão coadjuvantes ao tratamento ambulatorial. O paciente deve estar ciente principalmente dos cuidados com a exposição da córnea, e a realização de alguns exercícios simples em frente ao espelho, visto que estes tornarão mais rápida a recuperação.^{46,47}

Em qualquer uma das complicações e das etapas do tratamento, a fisioterapia tem como principal função restaurar os distúrbios cinéticos funcionais, reduzir a dor, tratar e amenizar as complicações, fazendo com que o paciente possa voltar a sua rotina o mais precocemente possível e com qualidade de vida.⁴⁷

Exercícios para mímica facial, tratamentos com laser e infravermelho de baixa potência, exercícios assistidos e resistidos, manipulações, *taping*, treino de força, drenagem linfática e dispositivos para abertura bucal são alguns dos aliados no processo de reabilitação, uma vez que a fisioterapia tem como principal função restaurar os distúrbios cinéticos funcionais, reduzir a dor, tratar e amenizar as complicações, fazendo com que o paciente possa voltar à sua rotina o mais precocemente possível e com qualidade de vida.^{47,48}

Lembre-se: a fisioterapia é essencial no processo de reabilitação e pode ser iniciada de forma passiva no pós-operatório imediato e ir associando exercícios e novas terapias com o passar dos dias e a retirada do dreno.⁴⁶

Os exercícios devem ser realizados de modo a impedir a redução da amplitude de movimento, fazendo com que os pacientes tenham diminuição das deformidades, motivando-os assim a continuar o tratamento e melhorando a independência e a qualidade de vida.⁴⁶

A ENFERMAGEM

O enfermeiro, na oncologia, exerce um papel essencial, principalmente em seus tratamentos de radioterapia e quimioterapia, auxiliando nas atividades do processo de tratamento e fazendo a ligação entre o paciente e a equipe multidisciplinar através de uma relação de confiança e empatia.⁴⁹

Ao iniciar o tratamento, você passará por uma consulta de enfermagem, que é obrigatória e fundamental, na qual serão abordados assuntos sobre:⁵⁰



Saiba que independentemente do tratamento proposto pelo médico, é importante criar os hábitos de:⁵¹



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



CUIDADOS COM A PELE



ATIVIDADE FÍSICA SEGUINDO ORIENTAÇÃO MÉDICA E/OU FISIOTERAPÊUTICA



BEBER LÍQUIDOS NA QUANTIDADE CORRETA

A associação de quimioterapia e radioterapia produz aumento da toxicidade gerada no seu organismo, onde os efeitos colaterais podem surgir de forma precoce e aguda. Saiba alguns cuidados que você poderá ter durante o tratamento:⁴⁹

Quimioterapia

- Beba muito líquido (água, suco, água de coco, chá);
- Planeje suas atividades diárias, mas reserve um tempo para descansar;
- Evite se expor ao sol;
- Use protetor solar;
- Hidrate o corpo todo;
- Alimente-se várias vezes por dia e em pequenas quantidades;
- Tente identificar fatores que te causem náusea e vômitos;
- Não pule refeições;
- Balas mentoladas podem ajudar na náusea;
- Em caso de relação sexual, use preservativo;
- Após utilizar o banheiro, dê descarga, com a tampa fechada, 3 vezes nos 3 primeiros dias após a quimioterapia;
- Em caso de febre, comunique o seu médico assistente e procure o pronto atendimento.

Radioterapia

- Beba muito líquido (água, suco, água de coco, chá);
- Evite o excesso de alimentos ácidos, apimentados e bebidas alcoólicas;
- Evite fumar;
- Use 3 vezes por dia hidratante em área irradiada, conforme indicado em consulta;
- Evite utilizar produtos sem indicação profissional, principalmente os que contêm álcool na composição;
- Utilize sabonete neutro;
- Prefira a água do banho morna ou em temperatura ambiente;
- Evite coçar ou esfregar a pele irradiada;
- Evite barbear área de tratamento;
- Vá para o tratamento com a pele limpa e seca;
- Evite exposição solar;
- Utilize chapéu e lenços;
- Avise imediatamente o médico ou enfermeiro caso observe alguma alteração de pele.

Os cuidados da enfermagem vão muito além dos sinais e sintomas, uma vez que cada modalidade de tratamento requer cuidados específicos e individualizados.⁵¹



FIQUE ATENTO! Os cuidados não devem ser somente no período de tratamento, podendo variar de dois meses a anos após a conclusão do tratamento. Em caso de dúvidas, fale com seu médico ou enfermeiro

A FONOAUDIOLOGIA

O fonoaudiólogo é o profissional que trabalha com os diferentes aspectos da comunicação humana:⁵²

- Linguagem oral e escrita;
- Fala;
- Voz;
- Audição;
- Funções responsáveis pela deglutição, respiração e mastigação.

As cirurgias que comprometem as estruturas da cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, laringe e hipofaringe e tireoide podem acarretar sequelas temporárias e/ou permanentes, em maior ou menor grau, principalmente em relação à alimentação via oral, fonoarticulação e inteligibilidade de fala. Essas sequelas são consideradas pelos pacientes como importantes do ponto de vista funcional, estético e social.⁵³

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço, submetidos à radioterapia ou cirurgia, podem apresentar dificuldades na fala ou na deglutição, independente da localização do tumor, impactando diretamente o bem estar físico, psíquico e emocional do indivíduo.⁵⁴

As alterações mais frequentes são:⁵⁵

- **Alterações na fala e na voz:**
 - Dificuldade em emitir o som de algumas letras;
 - Dificuldade de articular bem as palavras;
 - Rouquidão;
 - Voz fraca, muito fina ou grossa;
 - Esforço e cansaço ao falar;
 - Dificuldade de ser entendido pelos outros.
- **Alterações na alimentação:**
 - Dificuldade em ingerir sólidos ou líquidos;
 - Tosse;
 - Engasgo frequente;
 - Falta de ar ao alimentar;
 - Saída de líquidos pelo nariz.

De acordo com as Diretrizes Oncológicas, citaremos a reabilitação fonoaudiológica de acordo com a função alterada e presença de complicações orais.

Função/ parâmetro alterado	Avaliação fonoaudióloga	Reabilitação fonoaudióloga
Fonoarticulação (ressonância e articulação)	Fala hipernasal, pastosa ou lenta; articulação imprecisa e/ou com pouca amplitude; inteligibilidade de fala alterada	Foco na postura, tonicidade, sensibilidade e mobilidade das estruturas remanescentes da cavidade oral, otimizar postos e modos articulatorios mais próximos do adequado, objetivando uma fala mais inteligível, adaptação de próteses, implantes e/ou placas obturadoras
Voz/xerostomia	Abuso e mau uso vocal Xerostomia	Revisão e minimização dos hábitos vocais, do tabaco e álcool. Ingesta de 3 litros de água. Saliva artificial
Voz	Qualidade vocal rouca, tensa, soprosa, instável em diferentes graus Incoordenação pneumofonoarticulatória Redução da <i>loudness</i> (intensidade) Ressonância laringofaríngea, redução da extensão da frequência fundamental	Exercícios que visem maior coaptação glótica e diminuição da soprosidade, bem como estímulo para mobilização da mucosa em vibração, e coordenação pneumofônica (exercícios respiratórios, tempo máximo de fonação), otimizar comunicação com a projeção vocal, redução da tensão musculoesquelética e maximização da ressonância. O aumento da hidratação melhora a qualidade vocal e reduz o esforço fonatório
Voz esofágica e traqueoesofágica	Dificuldade de produção da voz, incoordenação pneumofonoarticulatória, voz com <i>loudness</i> reduzido e/ou inteligível	O trabalho fonoaudiológico na produção da voz traqueoesofágica deve ser o de estimular a passagem de ar pela prótese, a coordenação pneumofonoarticulatória e o controle de respiração, obstrução digital do traqueostoma e a articulação efetiva, bem como os cuidados com a prótese. Na voz esofágica a fonoterapia visará por meio de três técnicas a introdução no ar no terço superior do esôfago e seu imediato retorno na forma de som. Dentre as técnicas de deglutição de ar, aspiração de ar e injeção de ar, esta última é a mais estimulada por apresentar melhores resultados e maior velocidade/fluência da voz
Deglutição (fase preparatória/oral)	Dificuldade na preparação do bolo alimentar, mastigação pouco eficaz, dificuldade na transição da fase oral para a fase faríngea, e limitações na propulsão do bolo podem acarretar aspirações	Adequação da deglutição com manobras posturais e otimização funcional da fase preparatória/oral visando maior eficiência no transporte-propulsão do bolo alimentar. Adequação da consistência alimentar pode ser necessária devido a limitações da mastigação. Adesão e programa terapêutico profilático

Função/ parâmetro alterado	Avaliação fonoaudióloga	Reabilitação fonoaudióloga
Deglutição (fase faríngea/ esofágica)	Disfagia em diferentes graus, podendo ocorrer aspiração principalmente para líquidos devido à diminuição da proteção de vias aéreas. Ausculta cervical ruidosa, tosse e engasgos	Retirada da sonda nasoenteral com uma alimentação via oral segura. Otimizar a funcionalidade da fase oral da deglutição associado a manobras posturais de cabeça (especialmente cabeça fletida, <i>mendelsohn</i> e supersupraglótica) visando a diminuição da aspiração. A videofluroscopia pode ser indicada não só para diagnosticar o grau de disfagia, mas também como instrumento facilitador para avaliação de manobras mais eficientes. Possibilitar o fechamento da traqueostomia Exercícios de elevação e anteriorização da laringe remanescente e exercícios de forma glótica que visem melhor coaptação glótica. Adesão e Programa Terapêutico Profilático
Trismo	Dor à palpação, mobilidade reduzida de mandíbula, dificuldade na mastigação e deglutição, redução da amplitude articulatória	Relaxamento e alongamento de musculatura da região cervical e cintura escapular, massagens na região da musculatura elevadora de mandíbula, exercícios isotônicos de lateralidade progressiva, exercícios isotônicos envolvendo musculatura perioral e mobilidade lingual, treino mastigatório
Xerostomia	Disfagia com comprometimento da fase preparatória da deglutição que interfere nas fases seguintes Disfonia	Orientações quanto ao aumento do consumo de água, uso de enxaguantes bucais (sem álcool) e pasta de dente com compostos específicos para hidratação, como por exemplo, a da marca Biotène® Substitutos salivares: o uso de saliva artificial para auxílio da hidratação da mucosa oral. Estimulantes salivares: ácidos orgânicos, ácido ascórtico, ácido málico e ácido cítrico
Mucosite oral Odinofagia	Disfagia com comprometimento da fase preparatória da deglutição que interfere nas fases seguintes Recusa alimentar Queixa de fala	Limpeza oral/acompanhamento odontológico, evitação de alimentos duros, quentes, ácidos e muito condimentados Evitar a ingestão de alimentos sólidos e secos

Adaptada de Diretrizes Oncológicas, 2021.⁵⁶

O fonoaudiólogo deve considerar aspectos multifatoriais, como as condições de saúde, parte psicossocial, as comorbidades e a demanda comunicativa para melhor definição do programa de reabilitação ou readaptação das funções alteradas facilitando o dia a dia do paciente.⁵³

A NUTRIÇÃO

Uma boa alimentação com a ingestão adequada de nutrientes como proteínas, vitaminas e minerais é de extrema importância para preservar o estado nutricional do paciente, minimizar os efeitos colaterais do tratamento e aumentar o seu sucesso terapêutico.⁵⁷

A terapia nutricional durante o tratamento oncológico tem o papel de orientar o paciente com o objetivo de manter ou auxiliar na recuperação do estado nutricional levando em consideração as necessidades nutricionais de cada indivíduo.⁵⁷

Sabemos que ao prevenir a desnutrição e a perda de peso ponderal, melhoramos a resposta imunológica do paciente, aumentamos a tolerância ao tratamento proposto, minimizamos e controlamos os efeitos colaterais do tratamento, podendo diminuir o tempo de hospitalizações, melhorar o prognóstico geral da doença e, o mais importante, melhorar a qualidade de vida do paciente.⁵⁷

Os efeitos colaterais do tratamento são individuais e vão variar dependendo da sensibilidade de cada pessoa, da localização da doença, do tipo de medicamento e da dose prescrita.⁵⁷

1. Em caso de mucosites e outras alterações bucais, recomendamos:⁵⁸

- Modificar a consistência da dieta, conforme o grau de mucosite;
- Evitar alimentos irritantes como: frutas cítricas (ex.: laranja, limão, maçã, morango, uva, abacaxi, kiwi), alimentos condimentados, pimenta, alimentos ácidos, secos e duros;
- Frutas mais aceitas: pera, abacate, banana, mamão, graviola, melão, melancia, manga, pêsego, ameixa;
- Evitar higienizar verduras ou frutas com sabão ou outro produto químico que contenha acidez;
- Dar preferência a alimentos à temperatura ambiente, frio ou gelado;
- Diminuir o sal das preparações.

2. Para amenizar os sintomas da xerostomia (diminuição da saliva), é importante:^{26,59}

- Ingerir líquidos em pequenas quantidades e em maior número de vezes;
- Adequar os alimentos conforme a aceitação, ajustando a consistência;
- Dar preferência a alimentos umedecidos;

- Utilizar gotas de limão nas saladas e bebidas;
- Ingerir líquido junto com as refeições para facilitar a mastigação e deglutição;
- Adicionar molhos e caldos às preparações;
- Usar ervas aromáticas como tempero nas preparações, evitando sal e condimentos em excesso.

3. Falta de apetite e alteração no paladar, o que fazer para melhorar:⁵⁷

- Lembrar da importância de se alimentar, independentemente da inapetência;
- Substituir alimentos pouco tolerados pelos de maior preferência;
- Fracionar mais as refeições, mantendo de 6 a 8 refeições em pequenas porções;
- Modificar a consistência da dieta, conforme aceitação;
- Preparar pratos visualmente coloridos e agradáveis;
- Evitar alimentos muito quentes ou muito gelados;
- Lembrar do sabor dos alimentos antes de ingeri-los;
- Aumentar a variedade de legumes e carnes nas preparações;
- Dar preferência a talheres de plástico para evitar o gosto metálico;
- Mastigar e chupar gelo feito de água, água de coco ou suco de fruta;
- Estimular o consumo de balas ou gomas de limão ou hortelã sem açúcar;
- Aumentar a densidade calórica e proteica das refeições;
- Utilizar temperos naturais nas preparações;
- Quando necessário, fazer o uso da suplementação prescrita pelo seu nutricionista.

4. Preparo cirúrgico

A presença da desnutrição é um importante fator de risco para as complicações pós-operatórias. Sabemos que pacientes desnutridos aumentam o tempo de internação e têm o dobro de chance de ser rehospitalizados após a cirurgia.⁵²

O acompanhamento nutricional é extremamente importante nessa fase do tratamento, a dieta deverá ser prescrita por nutricionista, que irá adequar as quantidades de nutrientes necessários para garantir uma melhor cicatrização e recuperação do paciente.⁵⁴

O uso de suplementação acrescida de nutrientes, como a arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos, confere vantagens adicionais da nutrição perioperatória, como atenuação da resposta inflamatória, estímulo do sistema imunológico e melhor cicatrização, pois a arginina é precursora da prolina, fundamental para síntese de colágeno, conseqüentemente reduzindo o risco de complicações pós-operatória e melhorando o estado nutricional do paciente. O uso desse suplemento por 5 a 7 dias no pré-operatório e, se possível, continuado por até 7 dias no pós-operatório, resulta em redução de cerca de 50% das chances de infecção, além de redução do tempo de internação.⁶⁰

A PSICOLOGIA

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL

O trabalho do psico-oncologista visa melhorar o enfrentamento da situação de tratamento e entendimento cognitivo e emocional de todo o processo que se iniciará dentro da instituição de saúde. Busca minimizar o sofrimento do paciente e familiar neste novo contexto, que inclui cuidados especiais para que o seu estado emocional não seja barreira para o sucesso do tratamento e, também, possibilitar melhor qualidade de vida a todos que estão envolvidos no processo de adoecimento.⁶¹⁻⁶³

Em doenças avançadas, as alterações significativas acarretadas nas funções vitais (alimentação, comunicação e interação social) podem gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes quanto para seus familiares. A avaliação da qualidade de vida auxiliará na execução do projeto terapêutico, objetivando reduzir os efeitos do tratamento na adaptação da rotina pessoal e familiar.⁶³⁻⁶⁵

O suporte da equipe interprofissional, o cuidado com os aspectos físicos, sociais, psicoemocionais e espirituais dos pacientes são relevantes durante o processo de diagnóstico, a fim de promover a adesão do paciente e o prognóstico favorável.^{63,65,66}

QUANDO AGENDAR COM A PSICOLOGIA

A assistência em psico-oncologia é disponibilizada em todas as fases do acompanhamento ao paciente, desde o momento do diagnóstico até a alta do tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Cada fase é um momento específico, assim tanto o paciente quanto seus familiares, incluindo as crianças, vivenciam as alterações acarretadas pelo tratamento. A família necessita de cuidados tanto quanto o paciente, para expor suas dúvidas, medos, preocupações e vislumbrar os cuidados que podem oferecer ao seu ente querido durante o processo de tratamento. O psicólogo é o profissional adequado para esse momento.^{62,63}

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

O atendimento psicológico consiste em realizar uma avaliação para a coleta de dados relativos ao estado emocional do paciente para oferecer atendimento humanizado, integral e personalizado, direcionado às suas necessidades do momento. Serão elencadas algumas das intervenções psicológicas que poderão ser feitas pelo psicólogo, após avaliação realizada durante a consulta psicológica.^{62,63}

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS^{61-63,66-67}

PSICOEDUCAÇÃO

Promove informações e apoio para melhor entender e lidar com a doença.

APOIO PSICOLÓGICO

Visa oferecer uma escuta atenta, ativa e personalizada da questão do momento e auxilia na reflexão para a tomada de decisão.

VISUALIZAÇÃO CRIATIVA E TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO

Minimizam a ansiedade relacionada à consulta, ao tratamento oncológico e demais procedimentos.

RELAXAMENTO FÍSICO E MENTAL

Auxiliam no relaxamento e rebaixamento da ansiedade, além de trazer outros benefícios relacionados ao estado emocional.

PSICOTERAPIA BREVE/FOCAL

Objetiva instrumentalizar emocionalmente o paciente para lidar melhor com momentos estressores por ele elegidos.

HIPNOSE ERICKSONIANA

Um recurso complementar ao acompanhamento psicológico que auxilia pacientes que apresentam ansiedade, medo e fobia durante a tomografia, ressonância magnética e confecção da máscara para o início das sessões de radioterapia e/ou quimioterapia. É focada na solução do problema e auxilia o paciente no enfrentamento de questões relacionadas ao processo de tratamento.

INTERVENÇÃO EM GRUPO

Atendimento a pacientes para facilitar as trocas e entendimentos acerca da doença , e das potencialidades individuais utilizadas no enfrentamento da doença e do processo de adoecimento; outros assuntos podem ser elegidos pelo grupo. São realizados, também, atendimentos ao grupo familiar e casais.

A FAMÍLIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Os familiares são muito importantes para o bom andamento do tratamento do membro familiar, pois são impactados pelas repercussões emocionais relacionadas ao tratamento do seu ente querido. Ocorrem mudanças de papéis familiares, alterações de rotinas e remanejamento de várias atividades para suprir a demanda do membro familiar que está em tratamento. Essas questões, e outras relacionadas às questões familiares, são necessárias para serem abordadas no atendimento psicológico.⁶²⁻⁶⁴

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS^{62,63}

- Pacientes e familiares pós-consulta médica para avaliação psicoemocional.
- Pacientes em tratamento oncológico, que estão se submetendo à radioterapia e quimioterapia, bem como seus familiares e acompanhantes.
- Acompanhamento psicológico para pacientes e ou familiares que apresentam sofrimento (distress) relacionado ao processo de adoecimento.
- Preparo psicoemocional para pacientes que apresentam dificuldade para se submeter à confecção da máscara de radioterapia, que auxilia na imobilização do paciente.
- Preparo psicológico para realização de exames e cirurgias
- *Home care.*
- Cuidados paliativos.

A ASSISTÊNCIA SOCIAL

O câncer de cabeça e pescoço afeta o paciente em seus aspectos biológico, psicológico e social. O assistente social preza pelo bem-estar social e uma melhor qualidade de vida a você e sua família, orientando e atuando na garantia e defesa dos seus direitos.⁷⁰

Atuando em conjunto com a equipe multiprofissional, o assistente social contribui para uma troca de conhecimento sob a realidade social, o que resulta uma posição como mediador de conflitos. Encaminhando para inclusão em recursos, benefícios e direitos, procura trazer uma maior visibilidade para as questões sociais e interligar a conexão de vínculos com a rede envolvida no modo assistencial.⁷¹

Durante o seu tratamento, você pode enfrentar algumas dificuldades, como: mudanças e adaptações na rotina do dia a dia; necessidade de cuidados de terceiros, isolamento e exclusão social, preconceito, entre outras.⁷²

Cada intervenção é individualizada e ocorre de acordo com a necessidade de cada paciente

Em quais situações o paciente deve procurar o assistente social?⁷⁰

- Quando precisar de orientações sobre direitos sociais, previdenciários e assistenciais;
- Encaminhamentos para rede socioassistencial;
- Apoio social para o paciente e a família.

Destacamos abaixo os principais direitos previsto em lei:^{73,74}

- Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)
- Saque do PIS/PASEP
- Compra de veículos adaptados ou especiais
- Isenção do IPI (na compra de veículos adaptados)

- Isenção do ICMS (na compra de veículos adaptados)
- Isenção do IPVA (para veículos adaptados)
- Dispensa do rodízio de automóveis
- Quitação de financiamento de imóvel pelo sistema financeiro de habitação
- Isenção do imposto de renda na aposentadoria
- Aposentadoria por invalidez
- Assistência permanente
- Auxílio-doença
- Transporte coletivo gratuito
- Passe livre interestadual
- Serviço de atendimento ao consumidor em caráter preferencial
- Andamento judiciário prioritário
- Prioridade de atendimento em estabelecimentos comerciais e bancários
- Quitação do financiamento da casa própria

Essas leis evidenciam os direitos sociais da pessoa em tratamento oncológico ou de doenças graves com o intuito de facilitar o entendimento dos pacientes e minimizar os impactos econômicos e sociais durante o tratamento.^{73,74}

Para obtenção dos benefícios e direitos sociais, é necessário se enquadrar nos critérios exigidos pela legislação vigente^{73,74}

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

As práticas integrativas em saúde (PIS) são técnicas que abordam a saúde física, mental, afetiva e espiritual do ser humano, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde. Elas têm mostrado benefícios quando integradas à medicina convencional uma vez que auxiliam no alívio dos sintomas relacionados ao tratamento e à doença, sem acrescentar efeitos colaterais.^{75,76}

PIC	Definição
Acupuntura	Prática milenar, cujo método mais utilizado é o estímulo por meio de agulhas metálicas finas que são manipuladas manualmente. A acupuntura é utilizada para muitos sinais, como por exemplo, alívio da dor, náuseas e ansiedade
Auriculoterapia	Consiste na aplicação de agulhas, sementes de mostarda e materiais metálicos para alívio de sintomas de ansiedade, estresse, dor, dentre outros. Esta técnica também é muito antiga e parece ter sido desenvolvida em paralelo com a acupuntura
Fitoterapia	Utilizam-se plantas medicinais como alternativa para o uso de medicamentos alopáticos e seu uso tem sido incentivado pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de tratamento de sinais e sintomas em diversos campos da área da saúde
Homeopatia	Utiliza substâncias muito diluídas, na tentativa de que o corpo busque o processo de cura. As formas farmacêuticas são individualizadas para cada paciente após a identificação dos sintomas analisados pelo homeopata
Arteterapia e musicoterapia	Utilizam-se de recursos das artes, melodias, ritmos e sons para trazer subsídios de comunicação entre os pacientes e os profissionais que os atendem. Este recurso está alicerçado na prática da psicologia, enfermagem e outras profissões
Meditação	Prática milenar que propõe estado de concentração e relaxamento para regulação do corpo e mente, com efeitos positivos no controle da ansiedade, estresse e qualidade de vida
Osteopatia	Consiste no emprego da mobilização e manipulação das articulações, órgãos e tecidos, com o intuito de melhora da mobilidade e diminuição das queixas dolorosas
Quiropraxia	Utiliza prevenção, diagnóstico e tratamento das disfunções mecânicas no sistema neuromusculoesquelético. Sabe-se que possui efeito no alívio da dor, por meio do alinhamento da coluna vertebral e sua estabilização
Reiki	Realizada por terapeuta habilitado, utiliza-se do toque terapêutico ou da aproximação das mãos para desbloquear nós energéticos e restabelecer o fluxo de energia vital denominado K
Terapia comunitária	Permite a troca de experiências entre pessoas, diminui o isolamento social, promove acolhimento na prevenção do adoecimento e permite a criação de rede de suporte social comunitária. Tem seu escopo de ação na Atenção Básica e utiliza os profissionais da rede, líderes comunitários e outros atores para sua ação
Biodança	Utiliza-se de movimento, música e dança para diminuir situações de estresse e melhorar a comunicação interpessoal. A dança é feita em roda e com movimentos que se ampliam, originária de diversas culturas e utilizada como uma estratégia de tratamento
Massoterapia	Massagem como estratégia de redução do estresse e fatores biológicos, como a dor. Trata-se de recurso simples e com custo reduzido, mas que necessita de profissionais capacitados
Espiritualidade e religiosidade	Prática de suporte ao tratamento com melhora da qualidade de vida e êxito no enfrentamento da doença e tratamento convencional

Elaborada a partir de Ministério da Saúde.⁷⁵

OS CUIDADOS PALIATIVOS

Consistem na assistência promovida por uma equipe multiprofissional, que objetiva a melhoria da qualidade de vida diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e tratamento da dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, baseados nas necessidades, crenças, valores e cultura de pacientes e seus familiares.^{77,78}

É recomendado pelos grupos especialistas que todos os pacientes com câncer de cabeça e pescoço sejam encaminhados ao serviço de cuidados paliativos, independente do estadiamento da doença, pois os cânceres de cabeça e pescoço, tem uma particularidade importante: tanto a doença quanto o tratamento podem afetar o indivíduo em suas as funções fisiológicas (mastigação, deglutição e respiração), sensitivas (paladar, olfato, audição), características pessoais (aparência, voz), psicológicas e espirituais, o que pode impactar negativamente a qualidade de vida de pacientes e seus familiares.^{77,79}

Os cuidados paliativos iniciam logo ao diagnóstico e concomitante ao tratamento da doença, podem facilitar a autonomia e escolhas do paciente. Eles se tornam o tratamento principal quando a doença progride tornando-se incurável e os tratamentos modificadores de doença já não produzem os efeitos esperados. A transição do cuidado com objetivo de cura para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo, e sua dinâmica difere para cada paciente.^{77,80}

A VISÃO DO PACIENTE

Escrever a visão do paciente em um guia de tratamento de câncer de cabeça e pescoço poderia sugerir que aqui estivesse uma pesquisa com vários pacientes e que houvesse uma estatística com depoimentos. Sim, isso seria possível, mas a opção foi pela narrativa de um impacto, que, se não traduz a experiência de muitos, se aprofunda em uma história representativa daquilo que muitos sentem e de tudo que há de comum entre aqueles que passam pela mesma situação.

Descobri em 2018 que estava com um câncer de língua, com metástase para os linfonodos do pescoço. Como normalmente ocorre nesses casos, passei pelos momentos de angústia, dúvidas, medos, questionamentos, incertezas. Mas também de esperança, força e fé! Sim, somos humanos.

Nesse momento em que tudo é uma novidade, o melhor é nos apegarmos àqueles para quem essa nova experiência faz parte de suas rotinas de trabalho e de ajuda.

Tudo parte do conhecimento, da luz, de sair do escuro que se forma quando se descobre algo que se mostra grande. Para isso, há seres que dedicam sua vida a estudar, a pesquisar, a transformar o conhecimento em ação. Os profissionais. E são muitos! Claro, para algo tão complexo, um exército precisa ser formado e os ataques precisam ser feitos de forma estratégica, de todas as formas, cercando o inimigo por todos os lados, até que ele se sinta tão insignificante que desapareça.

Estar segura com os profissionais que nos cercam e nos assistem é fundamental. Entregar-se é um exercício de confiança e esperança desde o diagnóstico até as cirurgias, tratamentos, medicamentos, clínicas e hospitais tão comuns àqueles que se encontram na mesma condição.

Muitas vezes a palavra câncer é muito mais cruel do que a própria doença. No imaginário social que faz parte do conhecimento de muitas pessoas, existe somente um ciclo possível: a doença, o tratamento, muito sofrimento e o fim. Assim, com ponto final! Na verdade, a gente descobre que não é assim, com ponto final, mas com uma vírgula, que não é o fim, mas o começo, o começo do tratamento, da recuperação. Para mudar esse final e chegarmos à vitória é preciso ação. Ação para superar, por isso pensemos em super + ação.

Todos os profissionais a quem me entreguei sempre lidaram com a saúde e com um ser humano em busca de recuperação. Nunca trataram a doença, porque doença a gente não trata, doença a gente elimina, a gente trata mesmo é do ser humano para que ele se livre da doença e chegue à cura.

Nesse caminho há outros pontos de luz, como os amigos, a família e a fé! A fé em Deus que em tudo está, desde a descoberta até a cura.

Os sentimentos são muitos, em ciclos, tantos que escrevi um livro chamado "O sabor da Jaca". Se um dia puder lê-lo, você descobrirá por que decidi chamar o câncer de Jaca e quem sabe ficará inspirado a também escrever a sua história quando tudo isso terminar.

Se você está lendo esse manual é, possivelmente, porque iniciará um processo de cura e eu lhe desejo boa sorte. Acredite... é possível!

Meu nome é Simone Antoniacci Tuzzo. Sou mãe, esposa, filha, professora e vivo hoje muito feliz após superar um câncer de língua e pescoço.

Site: www.simonetuzzo.com

REFERÊNCIAS


1. INCA. O que é câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: jun. 2021.
2. INCA. Todo tumor é câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/todo-tumor-e-cancer>>. Acesso em: jun. 2021.
3. Chaves ALF, Santos M, Quintanilha MA, Barreira CERS. Câncer de cabeça e pescoço. 2018. Disponível em: <https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte4.pdf>. Acesso em: jun. 2021.
4. INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
5. Duvvuri U, Myers JN. Cancer of the head and neck is the sixth most common cancer worldwide. *Curr Probl Surg.* 2009;46(2):114-7.
6. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79(2):239-47.
7. Ministério da Saúde. Portaria N° 516, de 17 de Junho de 2015. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/pub/3_conteudo/DDT_CancerCabecaPescoco_2015.pdf>. Acesso em: jun. 2021.
8. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. Version 3.2021, 2021.
9. Chaves ALF, Moraes ED, Oliveira TB, Junior WWN, Junior GC. Tratamento sistêmico do câncer de cabeça e pescoço, Manual de Oncologia em cabeça e pescoço, 50-6.
10. Hospital Divina Providência. Centro Clínico » Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Disponível em: <<http://divinaprovidencia.org.br/divina/servicos-medicos/centro-clinico/cirurgia-de-cabeca-e-pescoco/>>. Acesso em: jun. 2021.
11. Oncoguia. [ENTREVISTA] Entenda o que é Oncologia Clínica. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/entrevista-entenda-o-que-e-oncologia-clinica/1081/8/>>. Acesso em: jun. 2021.
12. American Cancer Society. Chemotherapy. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy.html>>. Acesso em: jun. 2021.
13. American Cancer Society. Targeted Therapy. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/targeted-therapy.html>>. Acesso em: jun. 2021.
14. Centro de Combate ao Câncer. Guia Prático para pacientes oncológicos. Disponível em: <<https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334403575GuiaPratico.pdf>>. Acesso em: jun. 2021.
15. American Cancer Society. Immunotherapy. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/immunotherapy.html>>. Acesso em: jun. 2021.
16. INCA. Tratamento do Câncer. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia#:~:text=Lembre%2Dse%20de%20que%2C%20antes,n%C3%A3o%20perfumado%2C%20de%20prefer%C3%Aancia%20neutro>>. Acesso em: jun. 2021.
17. American Cancer Society. Radiation Therapy Side Effects. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/radiation/effects-on-different-parts-of-body.html>>. Acesso em: jun. 2021.
18. American Cancer Society. How Radiation Therapy Is Used to Treat Cancer. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/radiation/basics.html>>. Acesso em: jun. 2021.
19. Oncoguia. Radioterapia externa. 2014. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/radioterapia-externa/4626/698/>>. Acesso em: jun. 2021.

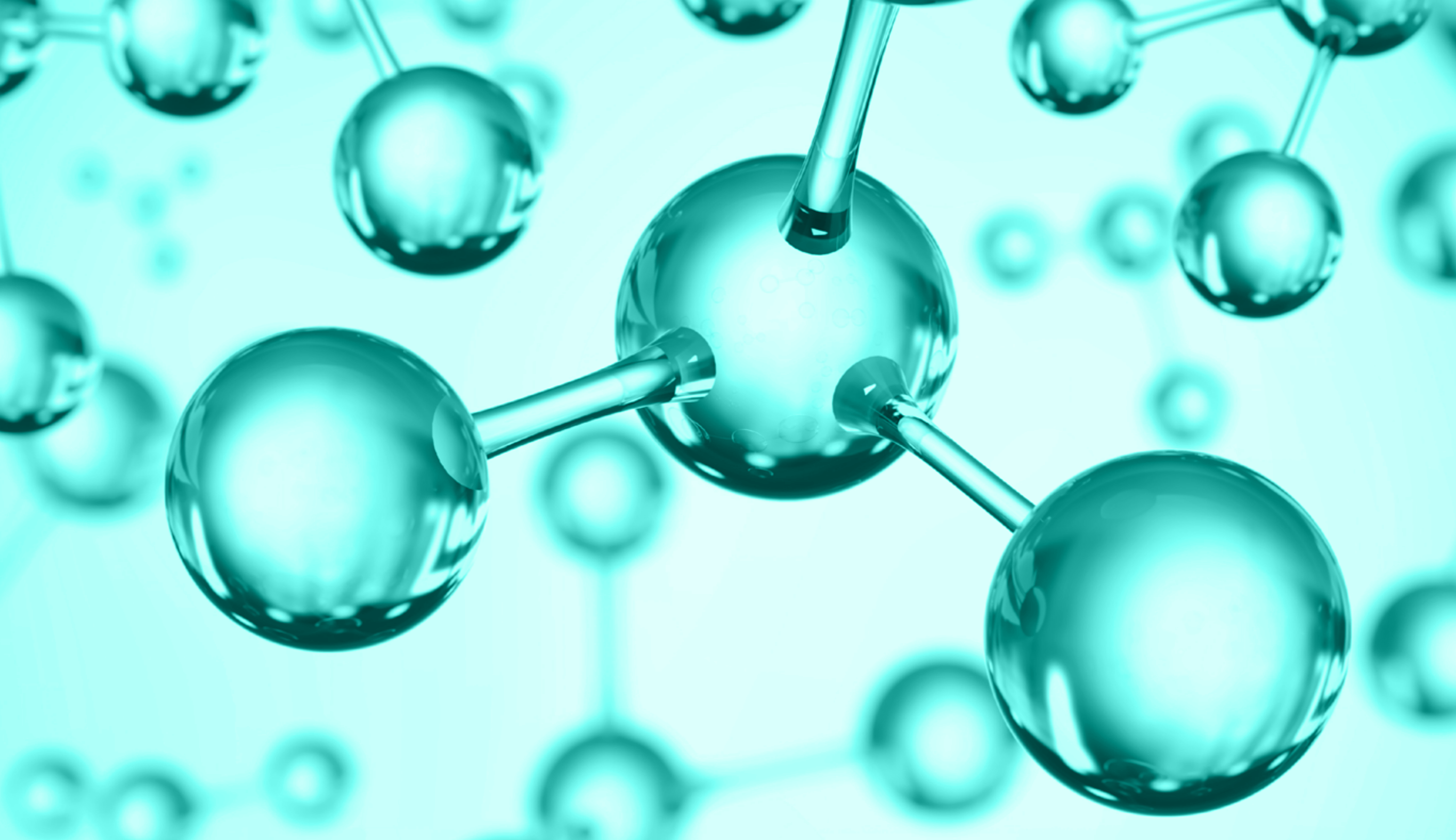
20. Salvador C, Viana E, Dorow FP, Flor RC, Borges LM, Rodrigues PM. Cuidados de Enfermagem Oncológica em Radioterapia. Rev. enfer UFPE online., Recife, 2019;13(4):1071-80.
21. Denardi,Umberto Arieiro. Enfermagem em radioterapia.1º edição. edição Lemar, 2008.
22. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. Odontol. Clín.-Cient. 2011;10(3):207-10.
23. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. Cancer Medicine. 2017; 6(12):2918-31.
24. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM. Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2020.1;126(19):4423-31.
25. Legouté F, Bensadoun RJ, Seegers V, Pointreau Y, Caron D, Lang P, et al. Low-level laser therapy in treatment of chemoradiotherapy-induced mucositis in head and neck cancer: results of a randomised, triple blind, multicentre phase III trial. Radiat Oncol. 2019;14(1):83.
26. National Cancer Institute - NIH. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation (PDQ®): Health Professional. 2016.
27. Lyu X, Zhao C, Yan ZM, Hua H. Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. Drug Des Devel Ther. 2016;10:1161-71.
28. Oncoguia. Boca Seca. 2013. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/boca-seca/1324/109/>>. Acesso em: jun. 2021.
29. Juras DV, Lukac J, Cekić-Arambasin A, Vidović A, Canjuga I, Sikora M, et al. Effects of low-level laser treatment on mouth dryness. Coll Antropol. 2010;34(3):1039-43.
30. Ammajan RR, Joseph R, Rajeev R, Choudhary K, Vidhyadharan K. Assessment of periodontal changes in patients undergoing radiotherapy for head and neck malignancy: a hospital-based study. J Cancer Res Ther. 2013;9(4):630-7.
31. Silva AR, Alves FA, Berger SB, Giannini M, Goes MF, Lopes MA. Radiation-related caries and early restoration failure in head and neck cancer patients. A polarized light microscopy and scanning electron microscopy study. Support Care Cancer. 2010;18(1):83-7.
32. Lu H, Zhao Q, Guo J, Zeng B, Yu X, Yu D, et al. Direct radiation-induced effects on dental hard tissue. Radiat Oncol. 2019;14(1):5.
33. Vasconcellos AFG, Palmier NR, Ribeiro ACP, Normando AGC, Morais-Faria K, Gomes-Silva W, et al. Impact of Clustering Oral Symptoms in the Pathogenesis of Radiation Caries: A Systematic Review. Caries Res. 2020;54(2):113-26.
34. Vissink A, Burlage FR, Spijkervet FKL, et al. Prevention and Treatment of the Consequences of Head and Neck Radiotherapy. Crit Rev Oral Biol Med. 2003;14(3):213-25.
35. Nicolatou-Galitis O, Schiødt M, Mendes RA, Ripamonti C, Hope S, Drudge-Coates L, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: definition and best practice for prevention, diagnosis, and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2019 Feb;127(2):117-35.
36. Manzano BR, Santaella NG, Oliveira MA, Rubira, CMF, Santos PSS. Retrospective study of osteoradionecrosis in the jaws of patients with head and neck cancer. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2019;45:21-8.
37. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw-2014 update. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(10):1938-56.
38. 38. Beumer III, John, Marunick, Mark T., Esposito, Salvatore J. Maxillofacial Rehabilitation: Prosthodontic and Surgical Management of Cancer-Related, Acquired, and Congenital Defects of the Head and Neck, Third Edition, Quintessence, 2011.
39. Mozzini CB, Schuster RC, Mozzini AR. O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007;53(1):55-61.
40. Smets EM, Garssen B, Schuster-Uitterhoeve AL, de Haes JC. Fatigue in cancer patients. Br J Cancer. 1993;68(2):220-4.
41. Fisioonco. Síndrome do ombro caído ou doloroso -lesão do nervo acessório em câncer de cabeça e pescoço. Disponível em: <<https://www.oncofisio.com.br/sindrome-do-ombro-caido-ou-doloroso-lesao-do-nervo-acessorio-em-cancer-de-cabeca-e-pescoco>>. Acesso em: jun. 2021.

42. Brook I. Late side effects of radiation treatment for head and neck câncer. *Radiat Oncol J*. 2020;38(2):84–92.
43. Sleigh BC, Manna B. *Lymphedema*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
44. Godoy JMP, Braile DM, Godoy MDFG. Bandagem co-adesiva e de baixa elasticidade no tratamento do linfedema. *Rev. Angiol. Cir Vasc*. 2003;12(3):87–89.
45. Bittar RF, Ferraro HP, Ribas MH, Lehn CN. Facial paralysis after superficial parotidectomy: analysis of possible predictors of this complication. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(4):447–51.
46. Pereira KJ, Rios MJBL, Silva DR, da Silva MRC, Ribeiro JM, Barbosa IS. Physiotherapy in facial paralysis. *ReonFacema*. 2018;4(4):1339–43.
47. Interfisio. Paralisia Facial Periférica. Disponível em: <<https://interfisio.com.br/paralisia-facial-periferica/>>. Acesso em: jun. 2021.
48. Murthy JMK, Saxena AB. Bell’s palsy: Treatment guidelines. *Ann Indian Acad Neurol*. 2011;14(Suppl1):S70–S72.
49. Gozzo, T. de. O. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico. 1o edição. Cap.3. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.
50. MOC - Manual da Oncologia Clínica, 2020.
51. INCA. ABC do Câncer - Abordagem básica para o controle do câncer. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>>. Acesso em: jun. 2021.
52. Garcia RS, Tavares LRC, Pastore CA. Nutritional screening in surgical patients of a teaching hospital from Southern Brazil: the impact of nutritional risk in clinical outcomes. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013;11(2):147–52.
53. Oncoguia. Fonoaudiologia: a diferença que faz em pacientes com câncer. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/fonoterapia/8225/5/>>. Acesso em: jun. 2021.
54. Saúde Direta. Uma boa alimentação durante o tratamento do câncer. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370297livro_nutricao.pdf>. Acesso em: jun. 2021.
55. Oncoguia. [ENTREVISTA] A importância do Fonoaudiólogo no Tratamento oncológico. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/entrevista-a-importancia-do-fonoaudiologo-no-tratamento-oncologico/318/8/>>. Acesso em: jun. 2021.
56. Diretrizes Oncológicas. Intervenção fonoaudiológica ao paciente oncológico. Disponível em: <https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte44.pdf>. Acesso em: ago. 2021.
57. Oncoguia. Nutrição e Câncer. 2018. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/nutricao-e-cancer/12099/1063/>>. Acesso em: jun. 2021.
58. Harris DJ. Cancer Treatment-Induced Mucositis Pain: Strategies for Assessment and Management. *Ther Clin Risk Manag*. 2006;2(3):251–8.
59. BC Cancer Agency. Nutritional Guidelines For Symptom Management. Disponível em: <<http://www.bccancer.bc.ca/nutrition-site/Documents/Symptom%20management%20guidelines/Xerostomia.pdf>>. Acesso em: jun. 2021.
60. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Programa de Impacto Positivo. Disponível em: <<https://cbc.org.br/educacao-continuada/pip-programa-de-impacto-positivo/>>. Acesso em: jun. 2021.
61. Amaral JA. Trabalho em grupo com pacientes em tratamento do câncer. *As Trilhas do Trabalho de grupos*. 1ed. Curitiba/PR: CRV, 2016, v. 1, p. 175–180.
62. Carvalho MMMJ. Introdução à Psicologia. Campinas: Editorial Psy, 1994. D1. Kovaxs MJ. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos em Estado Avançado da Doença. IN: *Psico-Oncologia no Brasil - Resgatando o Viver*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
63. Kovács MJ, Franco MH, Carvalho VA. *Temas em psico-oncologia*: São Paulo: Summus Editorial, 2008.
64. Amaral J. *Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos - Experiências e relatos do comportamento do indivíduo em tratamento de câncer*. Goiânia: Editora R&F, 2010.

65. Kovaxs MJ. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos em Estado Avançado da Doença. IN: Psico-Oncologia no Brasil - Resgatando o Viver. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
66. Kubler-Ross. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
67. Amaral JA. Psico-oncologia institucional - intervenção em grupo com pacientes portadores de câncer de mama. Saúde Integrativa no Cuidado do Câncer. 1ed. Curitiba/PR: Appris, 2020, v. 1, p. 105-114.
68. Rossi EL. A Psicobiologia da Cura Mente – Corpo. Campinas: Editorial Psy, 1997.
69. Valladares-Torres ACA, Souza JCM. Utilização de técnicas de Arteterapia na reabilitação de pessoas com transtornos induzidos por substâncias. Archives of Health. 2020;1(6):415-31.
70. Barros APB, Arakawa L, Tonini MD, de Carvalho VA. Fonoudiologia em cancerologia. O câncer de cabeça e pescoço e a equipe multidisciplinar. São Paulo, 2000.
71. Oncoguia. [ENTREVISTA] Adelane Araújo, Assistente Social, da Abrale de Fortaleza fala sobre a importância do trabalho do Assistente Social. 2012. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/entrevista-adelane-araujo-assistente-social-da-abrale-de-fortaleza-fala-sobre-a-importancia-do-trabalho-do-assistente-social/323/8/>>. Acesso em: jun. 2021.
72. Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. São Paulo, 2008.
73. INCA. Direitos sociais da pessoa com câncer. 5º edição. Rio de Janeiro, 2020.
74. ACCAMARGO. Cartilha dos direitos dos pacientes com câncer. Disponível em: <<https://www.accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer>>. Acesso em: jun. 2021.
75. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pics>>. Acesso em: jun. 2021.
76. Deng G and Cassileth, BR (2015) Integrative Oncology in Palliative Medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4.17,260-70.
77. Vendrusculo-Fangel LM, Santos M, Silva SM, Colão AF, Vilela RA, Souza JR, et al. Cuidados paliativos. 2018. Disponível em: <https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte48.pdf>. Acesso em: jun. 2021.
78. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care. 2018.
79. NCCN. Head and Neck Cancers, Version 2.2020. 2020. Disponível em: <<https://jncn.org/view/journals/jncn/18/7/article-p873.xml?print&print&print&print>>. Acesso em: jun. 2021.
80. American Cancer Society. Palliative Care. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care.html>>. Acesso em: jun. 2021.

Este conteúdo é oferecido pela MSD como um serviço à comunidade médica. Os pontos de vista aqui expressos refletem a experiência e as opiniões dos autores. As informações relacionadas a produto(s) podem ser divergentes das existentes na bula. Antes de prescrever qualquer medicamento eventualmente citado, recomendamos a leitura da bula completa emitida pelo fabricante.

 © Planmark Editora EIRELI - OS 10678 - out21



CONECTA MSD

0800-0122232
online@merck.com
msd.com.br

Copyright © 2021 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA.
Todos os direitos reservados.
BR-OHN-00091 - PRODUZIDO EM OUTUBRO/2021 - VÁLIDO POR 2 ANOS

Apoio:
 **MSD**