

PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Joyceane Alves de Oliveira (1); Cleydson Araújo Silva (2); Cícero Natan dos Santos Alves (3);
Emanoella Carneiro de Souza (3)

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; ² Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco; ³
Universidade de Pernambuco

Introdução: O câncer de cabeça e pescoço é a quinta neoplasia mais frequente no mundo, com incidência anual de 780 mil novos casos 1. É uma doença associada ao baixo nível socioeconômico, sendo mais incidente em homens que mulheres, por volta da quinta e sexta década de vida. Estão entre os seus maiores fatores de risco o consumo de tabaco e álcool, sobretudo a má higiene oral. **Objetivo:** verificar na literatura a atuação multidisciplinar na reabilitação de pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço. **Metodologia:** Revisão da literatura realizada por consulta nas bases eletrônicas de dados: PUBMED, MEDLINE, SCIELO, LILACS e PEDro empregando os descritores câncer de cabeça e pescoço, equipe multidisciplinar, reabilitação e qualidade de vida, os artigos foram publicados entre 2010 a 2017. **Resultados/Discussão:** Foram selecionados 18 artigos científicos. O processo de adoecimento ocasionado pelo câncer de cabeça e pescoço gera repercussões em áreas fundamentais na vida do paciente no que tange às alterações físicas e funcionais, bem como na forma que ele se reconhece e percebe o mundo em sua volta Atualmente, as medidas mais eficazes para melhorar o prognóstico de tumores malignos são prevenção e diagnóstico precoce. A detecção precoce e o tratamento inicial podem levar à resolução bem-sucedida do tumor. **Conclusões:** A união de profissionais de maneira integrada visará a reabilitação do indivíduo em todos os aspectos de sua vida. Dando suporte para que haja reinserção social e melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer de cabeça e pescoço, equipe multidisciplinar, reabilitação, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) é a quinta neoplasia mais frequente no mundo, com incidência anual de 780 mil novos casos ¹. É uma doença associada ao baixo nível socioeconômico, sendo mais incidente em homens que mulheres (4:1), por volta da quinta e sexta década de vida. Estão entre os seus maiores fatores de risco o consumo de tabaco e álcool, sobretudo a má higiene oral ².

No Brasil, a sua incidência varia por regiões, em relação aos aspectos pessoais, ocupacionais, culturais, geográficos e socioeconômicos nos quais o indivíduo está inserido. A região Sul do Brasil, por exemplo, possui maior incidência de câncer de cavidade oral, com 1.030 casos novos estimados para 2016, atribuídos ao hábito de ingerir bebidas quentes ².

Outros cofatores que podem contribuir para a carcinogênese de cabeça e pescoço incluem a poluição ambiental e certas condições de trabalho associadas a indústrias como a metalurgia e a petroquímica, assim como a nutrição, a má dentição e a predisposição e suscetibilidade genética ³.

Alguns estudos também têm demonstrado que infecção por HPV (Human Papillomavirus), principalmente dos tipos 16 e 18, e Epstein-Barr vírus também desempenham papel na etiologia do HNSCC, especialmente nas regiões nasofaríngea e orofaríngea. Em relação à nutrição, estudos epidemiológicos relatam que o consumo de frutas e vegetais ricos em vitaminas A e C e em betacaroteno estão inversamente relacionados ao risco de câncer oral, enquanto a carne e a pimenta vermelha são consideradas fatores de risco ⁴. Embora seja bem aceito o fato de que há uma elevação da incidência de HNSCC com a idade, sendo 64 anos a média de idade de apresentação da doença, alguns trabalhos relatam aumento do número de casos de câncer oral em jovens, mesmo entre aqueles que não consomem álcool e fumo, o que reforça a participação de outros fatores etiológicos na carcinogênese de cabeça e pescoço como, por exemplo, a predisposição e a suscetibilidade genética ⁵.

Pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço frequentemente desenvolvem lesões múltiplas em diferentes sítios anatômicos, estando esse padrão multifocal de acordo com o modelo proposto por Slaughter et al., em 1953, denominado "cancerização de campo". Esse modelo baseia-se na exposição repetida de um campo aos mesmos fatores de risco, como os carcinógenos presentes no álcool e no tabaco, levando ao desenvolvimento de lesões independentes ⁶. O estabelecimento do planejamento terapêutico e do prognóstico dos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço baseiam-se principalmente em parâmetros clínicos, radiológicos e histopatológicos, os quais

consistem no local do tumor primário e no sistema de estadiamento TNM, ou seja, no tamanho do tumor, na presença de metástase em linfonodos cervicais e de metástase a distância ⁷.

É bastante aceito que a presença de metástase em linfonodos cervicais é o principal fator prognóstico adverso independente. O câncer de laringe, especialmente o supraglótico, frequentemente apresenta infiltração local e metástase em linfonodos cervicais. No entanto, tumores apresentando o mesmo estadiamento clínico podem demonstrar padrões de crescimento e evolução diferentes, sugerindo a necessidade da análise de outros fatores complementares capazes de nortear com maior precisão o prognóstico da doença. Dessa forma, apesar das abordagens de tratamento agressivas e multidisciplinares, o índice de sobrevivência de cinco anos permanece inalterado nos últimos 40 anos e apenas 30% a 40% dos pacientes atingem tal índice ^{8,9}.

As falhas no tratamento ocorrem na forma de recorrência locorregional, a qual afeta aproximadamente 60% dos pacientes, metástase a distância desenvolvida em 15% a 25% dos pacientes, bem como o aparecimento de um segundo tumor primário. Como as neoplasias de cabeça e pescoço consistem em um grupo de tumores muito heterogêneos, com características clínicas diferentes, nos últimos anos, têm sido investigados marcadores moleculares que auxiliem no seu diagnóstico precoce e prognóstico, assim como na identificação de populações de risco e de marcadores que possam ser utilizados como alvos terapêuticos ^{8,10}.

Nesta perspectiva, este tipo de tumor pode resultar em estresse e isolamento social ao modificar a forma como o paciente interage com o ambiente. Sendo assim, há necessidade de um atendimento mais abrangente junto a esses pacientes, incluindo além da reabilitação funcional, precisa também considerar seus aspectos psicossociais, com vistas a uma melhor produção do cuidado e, por consequência, o favorecimento da qualidade de vida. Para que isso ocorra é necessário uma intervenção interdisciplinar com uma equipe multiprofissional ^{11,12}.

Nesse sentido, o presente trabalho tem por objetivo verificar na literatura a atuação multidisciplinar na reabilitação de pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço.

METODOLOGIA

Busca literária

Inicialmente foi realizada a formulação da questão condutora e a seleção dos descritores. Em seguida, bases eletrônicas de dados: PUBMED, MEDLINE, SCIELO, LILACS e PEDro foram

consultadas, determinando abrangência temporal, em que artigos deveriam ter sido publicados acima do ano 2010, empregando os descritores câncer de cabeça e pescoço, equipe multidisciplinar, reabilitação e qualidade de vida; nos idiomas português e inglês; conforme apresentação do vocabulário contido nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como estratégia de busca definiu-se que os descritores deveriam constar no título e/ou resumo dos artigos e para combinação dos descritores empregou-se os operadores lógicos “AND” e “OR”.

Seleção de estudos

Os artigos elegíveis para inclusão nesta revisão foram submetidos aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados ou sem randomização, que abordassem atuação multidisciplinar na reabilitação de pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço, publicados entre 2010 e 2017. Foram excluídos relatos de casos e artigos de revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio de uma avaliação criteriosa, selecionaram-se 11 artigos na PUBMED, 4 na MEDLINE, 1 PEDro, 2 na SCIELO e 0 na LILACS (Quadro 1). Portanto esse estudo compreende a revisão de 18 artigos científicos.

Quadro 1. Resultados da busca literária.

Base de dados	Resultados	Artigos selecionados	Artigos incluídos
PUBMED	1658	65	11
MEDLINE	826	15	4
PEDro	17	7	1
SIELO	56	23	2
LILACS	37	0	0
Total	2594	110	18

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos casos de CCP, a precocidade diagnóstica e terapêutica determina o melhor prognóstico para o paciente ⁶. A morbidade das modalidades terapêuticas empregadas nesse tipo de neoplasia

faz com que o médico planeje cuidadosamente o tratamento desse doente. Em casos iniciais, é possível que as cirurgias sejam mais restritas, mutilando e estigmatizando o paciente em um menor grau.

Ao cirurgião de cabeça e pescoço cabe o papel do diagnóstico (comunicação ao paciente), estadiamento e escolha do tratamento do paciente com CCP, podendo este ser curativo ou paliativo. Os tratamentos incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, ou combinações entre essas modalidades. Seja qual for, a disposição anatômica do tumor faz com que esses tratamentos coloquem em risco funções primordiais do indivíduo, como respiração, alimentação, comunicação, além de afetar drasticamente a estética desse paciente ¹².

Da mesma forma, o enfermeiro oncológico se faz presente no decorrer do tratamento: seja no acolhimento desse paciente, no preparo cirúrgico, na administração de drogas ou nos cuidados hospitalares. Em todos os momentos será esse o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, afetando definitivamente a qualidade de vida futura ¹³.

O acompanhamento fonoaudiológico na fase pré e pós tratamento oncológico, seja ele cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico, visa à preservação ou readaptação da função comunicativa e deglutitória do indivíduo, visando uma maior integração social e familiar. A reabilitação fonoaudiológica se faz necessária junto a esses pacientes, pois são descritas sequelas que envolvem dificuldades na comunicação oral e/ou deglutição, resultando em uma piora da qualidade de vida ¹⁴.

Atuando em conjunto com a equipe de cabeça e pescoço, os nutricionistas integram a equipe multiprofissional com o intuito de detectar precocemente deficiências energético-proteicas e tratá-las com uma terapia específica, visando restabelecer e/ou manter o estado trófico do paciente com câncer ¹⁵, além de estabelecer uma melhoria da resposta inflamatória, requisição especial do período pós-operatório desse paciente ¹⁶.

Os pacientes oncológicos são mais susceptíveis à desnutrição (seja pela própria competição energética entre o tumor e o metabolismo do paciente, seja pela disfagia causada pela progressão tumoral) evoluindo com perdas nutricionais que interferem significativamente no prognóstico, destacando assim a necessidade de ampliação do número de consultas e de profissionais dessa área ¹⁷.

É imprescindível que os pacientes sejam acompanhados antes, durante e após a terapia antineoplásica por um cirurgião-dentista a fim de colaborar dentro do contexto multiprofissional na

prevenção e controle de complicações na cavidade oral. O tratamento dos tumores varia de acordo com o tamanho, localização e condições clínicas do paciente. Para os tumores com estadios mais avançados, é possível a associação da cirurgia com a radioterapia ou desta com quimioterapia sistêmica. Em pacientes oncológicos submetidos à terapia antineoplásica há o desenvolvimento de complicações orais agudas ou tardias^{10,18}. Esses distúrbios se devem ao fato de que a radioterapia e quimioterapia não são capazes de destruir as células tumorais sem lesionar as células normais. As reações agudas são observadas durante o tratamento como a mucosite, xerostomia, disfagia, disgeusia, candidose e radiodermite. As reações crônicas ou tardias ocorrem meses ou anos após a radioterapia e se caracterizam tais como a hipossalivação, o trismo, a osteorradionecrose, doença periodontal e cárie de radiação⁴⁻¹⁰.

Levando em consideração que as complicações orais interferem na qualidade de vida, podem interromper o tratamento e ser um fator predisponente para infecções sistêmicas, é necessária minuciosa avaliação do paciente previamente ao início da radioterapia, promovendo reforço da higiene oral, realizando acompanhamento e, se necessário, intervindo nas complicações durante e após o tratamento antineoplásico a fim de melhorar a atuação dos demais profissionais, diminuir prováveis gastos com internações evitáveis e ocupação de leitos¹⁵.

No que se diz respeito à atuação da fisioterapia oncológica, ressalta-se o seu papel crucial na preservação, desenvolvimento e restauração das alterações cinético-funcionais. No âmbito das disfunções decorrentes dos tratamentos cirúrgicos e adjuvantes propostos para o CCP, destacam-se como complicações mais recorrentes: os edemas e linfedemas de face e pescoço, desenvolvidos em cerca de 50% dos indivíduos submetidos ao esvaziamento cervical, que acarreta a insuficiência linfática mecânica¹⁶, dor, diminuição e/ou perda da força muscular, limitação de amplitude de movimento dos segmentos abordados pela cirurgia e dos sítios doadores, nos casos em que a reconstrução é possível e necessária; disfunções temporomandibulares, comumente apresentadas após a radioterapia; desordens provenientes de lesões nervosas, como a síndrome do ombro doloroso homolateral à cirurgia, presente em 67% dos pacientes com neuropraxia ou ressecção do nervo acessório¹⁷, além da paralisia facial periférica e paralisia do ramo mandibular do nervo facial¹⁸. Em pacientes laringectomizados, o tratamento envolve, sobretudo, as repercussões respiratórias⁴. Também são da competência deste profissional, a avaliação e indicação da prescrição de órteses específicas³.

Aos farmacêuticos são atribuídos papéis importantes na atenção oncológica, as quais não se restringem a dispensação da receita médica ou manipulação dos medicamentos antineoplásicos⁸

Além dessas funções, esses profissionais são responsáveis pela logística do medicamento, ou seja, seleção e padronização de medicamentos e materiais que atendam às exigências legais; assim como realizar auditorias internas com o intuito de adequar os medicamentos às necessidades operacionais e normas estabelecidas pela legislação atual; informar à equipe multidisciplinar sobre questões como a farmacocinética, farmacodinâmica, dentre outros aspectos dos medicamentos, a fim de aperfeiçoar a qualidade das condutas de prescrições e terapia ²⁻⁵.

Mesmo que a importância do farmacêutico já seja estabelecida, essa ainda é uma área relativamente jovem que se encontra em desenvolvimento e a quantidade desses profissionais nos hospitais ainda é pequena ¹².

A atuação do serviço social em oncologia é bastante ampla na prevenção, assistência e cuidados paliativos ³. Atua avaliando as condições sociais, econômicas e culturais dos pacientes e sua família, assim como a condição dessa família em dar suporte frente à doença, possibilitando maior compreensão sobre cada contexto familiar. O quadro da doença também deve ser considerado na questão do grau de sofrimento, ou seja, quanto mais avançada maior é o sofrimento do paciente e dos demais membros da família ⁷.

O processo de adoecimento ocasionado pelo câncer de cabeça e pescoço gera repercussões em áreas fundamentais na vida do paciente no que tange às alterações físicas e funcionais, bem como na forma que ele se reconhece e percebe o mundo em sua volta ⁴. Muitos desses indivíduos passam por procedimentos invasivos que podem causar lesões devastadoras e mudanças significativas na imagem corporal desse sujeito e na confiança e estima que sente por si mesmo ⁹. Em função disso, também se faz indispensável o suporte psicológico e emocional oferecido a esses pacientes e seus familiares que precisam adaptar-se a essa nova realidade. Dessa forma, a atuação do psicólogo oncológico com pacientes com CCP deve proporcionar a esses indivíduos a adaptação dos limites e mudanças que foram impostas pela doença e pelos tratamentos, bem como auxiliar no manejo da dor e do estresse associados à nova condição do paciente ¹⁰.

O psicólogo deve ainda, neste contexto, ajudar os pacientes e familiares na tomada de decisões e no fortalecimento emocional para o enfrentamento das consequências que os diversos tratamentos podem ocasionar. Também atuará como um facilitador na comunicação entre o paciente e a equipe de saúde, melhorando assim a relação entre ambos e otimizando, muitas vezes, o tratamento. Por fim, o principal objetivo do profissional de psicologia, assim como de toda a equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, é promover uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos, atendendo suas necessidades de modo holístico e

integral. Sendo dever e compromisso de todos os profissionais de saúde uma atuação mútua e com a inserção ativa da família e dos cuidadores ^{6, 9, 12}.

Novas abordagens têm ajudado a elucidar conceitos biológicos conhecidos de longa data, porém mal compreendidos, como cancerização de campo, e a explicar padrões clínicos intrigantes como recidiva local após ressecção aparentemente completa⁴. O prognóstico ruim do câncer de cabeça e pescoço deve-se primariamente à detecção da doença em estágio avançado. Assim, o entendimento da cancerização de campo e da genética molecular da doença são essenciais para proporcionar melhores intervenções e abordagens terapêuticas, juntamente com a introdução de vários biomarcadores com possível aplicação no diagnóstico, estadiamento, acompanhamento e prognóstico dos pacientes².

Atualmente, as medidas mais eficazes para melhorar o prognóstico de tumores malignos são prevenção e diagnóstico precoce. A detecção precoce e o tratamento inicial podem levar à resolução bem-sucedida do tumor. A detecção tardia pode requerer tratamentos que variam de cirurgia excisional a radioterapia ou quimioterapia. As principais causas do diagnóstico tardio são desinformação, desconsideração dos sintomas por parte dos pacientes e falta de exames de rotina feitos por profissionais da saúde. Tal contexto leva à oferta de tratamentos mais fortes que podem reduzir a qualidade de vida dos pacientes por ser um tumor agressivo e desfigurante ^{2, 6, 7, 10}.

CONCLUSÃO

O tratamento do paciente com câncer avançado de cabeça e pescoço envolve cirurgias de pequeno e grande porte, combinada ou não com quimioterapia e radioterapia. Para os estadiamentos iniciais o tratamento pode ser com radioterapia exclusiva ou combinada com quimioterapia. Esses tratamentos podem trazer prejuízos funcionais, estéticos e psicossociais. Devido a complexidade das implicações, faz-se necessário que o indivíduo receba instruções e apoio desde o diagnóstico.

A união de profissionais de maneira integrada visará a reabilitação do indivíduo em todos os aspectos de sua vida, trazendo não apenas próteses, adaptações, restaurações, suportes ou prevenções. Mas também dando suporte para que haja reinserção social e melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Alshadwi, A et al. Nutritional considerations for head and neck cancer patients: a review of the literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2013, 71(11): 1853-1860.
2. Campos RJ, Salomão D, Leite ICG. Qualidade de vida e voz pós-radioterapia: repercussões para a fonoaudiologia. *Rev. CEFAC*. 2010, 12(4): 671-677.
3. Calheiros A, Albuquerque CL. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012, 11(2): 94-98.
4. Eduardo AMLN, Dias JP, Santos PK. Atenção farmacêutica no tratamento oncológico em uma instituição pública de montes claros-mg. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2012, 3(1).
5. Freitas DA et al . Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev. CEFAC, São Paulo*. 2011, 13(6): 1103-1108.
6. Loomis D et al. Carcinogenicity of drinking coffee, mate, and very hot beverages. *The Lancet Oncology*. 2017, 17(7): 877-878.
7. Mcgarvey AC et al. Maximizing shoulder function after accessory nerve injury and neck dissection surgery: a multicenter randomized controlled trial. *Head Neck*. 2014, 37(7): 1022-31.
8. Paiva TM, Filho WW, Schleder J, Costa C, Oliveira BV. Incidência de paralisia facial após tratamento cirúrgico de neoplasia de parótida - um estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2010, 39(4): 242-47.
9. Smith BG. et al. Lymphedema outcomes in pacientes with head and neck câncer. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2015, 152(2): 284-91.

10. Liang C, Marsit CJ, Houseman EA, Butler R, Nelson HH, McClean MD, et al. Gene-environment interactions of novel variants associated with head and neck cancer. *Head Neck*. 2012; 34(8):1111-8.
11. Torrente MC, Rodrigo JP, Haigentz M Jr, Dikkers FG, Rinaldo A, Takes RP, et al. Human papillomavirus infections in laryngeal cancer. *Head Neck*. 2011;33(4):581-6.
12. Hans S, Badoual C, Gorphe P, Brasnu D. Transoral robotic surgery for head and neck carcinomas. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012; 269(8):1979-84.
13. Bisht M, Bist SS. Human papilloma virus: a new risk factor in a subset of head and neck cancers. *J Cancer Res Ther*. 2011;7(3):251-5.
14. Boehm A, Wichmann G, Mozet C, Dietz A. Current therapy options in recurrent head and neck cancer. *HNO* 2010;58(8):762-9.
15. Karatzanis AD, Psychogios G, Waldfahrer F, Zenk J, Hornung J, Velegrakis GA, et al. T1 and T2 hypopharyngeal cancer treatment with laser microsurgery. *J Surg Oncol*. 2010;102(1):27-33.
16. Galbiatti ALS et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. *Braz. j. otorhinolaryngol*. 2013,79(2): 239-247.
17. Santos RA, Portugal FB, Felix JD, Santos PMO, Siqueira MM. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(1): 21-29.
18. Pinto FR, Matos LL, Gumz Segundo W, Vanni CM, Rosa DS, Kanda JL. Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):171-6.