

Toxicidades agudas do tratamento com quimiorradioterapia em pacientes com câncer de cabeça-pescoço

Acute toxicities of chemoradiotherapy treatment in patients with head-neck cancer

Toxicidades agudas del tratamiento con quimiorradioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

RESUMO

Objetivo: Identificar e classificar as toxicidades agudas do tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Método: Estudo transversal, quantitativo, descritivo. Foram avaliados 56 pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento quimiorradioterápico no Sul do Brasil, entre maio e julho de 2013. Resultados: 89,3% eram homens, com idade entre 46 e 60 anos (57,1%). Sobre as toxicidades da radioterapia, as estruturas mais afetadas foram faringe e esôfago (94,6%), pele (91,1%) e mucosa oral (76,8%), com predomínio dos graus 3, 1 e 2, respectivamente. Em relação à quimioterapia, a mucosite oral grau 1 (50%), alteração grau 1 em sistema nervoso periférico motor (46,4%) e em rede venosa (37,5%), foram os principais achados. Conclusão: Estes sintomas comprometem a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, sendo necessário monitorização e avaliação regular dos pacientes, a fim de evitar efeitos secundários graves.

DESCRIPTORES: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Quimiorradioterapia; Testes de Toxicidade Aguda; Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify and classify the acute toxicities of the concomitant treatment of chemotherapy and radiotherapy in patients with head and neck cancer. Method: Cross-sectional, quantitative, descriptive study. A total of 56 patients with head and neck cancer undergoing chemoradiation therapy in southern Brazil between May and July 2013 were evaluated. Results: The sample showed that 89.3% were men, aged between 46 and 60 years (57.1%). Regarding radiotherapy toxicities, the most affected structures were pharynx and esophagus (94.6%), skin (91.1%) and oral mucosa (76.8%), with a predominance of grades 3, 1 and 2, respectively. About chemotherapy, grade 1 oral mucositis (50%), grade 1 motor peripheral nervous system alteration (46.4%), grade 1 venous network alteration (37.5%) were the main findings. Conclusion: These symptoms compromise treatment adherence and quality of life, requiring regular monitoring and evaluation of patients, in order to avoid serious side effects.

DESCRIPTORS: Head and Neck Neoplasms; Chemoradiotherapy; Toxicity Tests, Acute; Nursing Assessment.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y clasificar las toxicidades agudas del tratamiento concomitante de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Método: Estudio transversal, cuantitativo, descriptivo. Se evaluaron un total de 56 pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a quimiorradioterapia en el sur de Brasil entre mayo y julio de 2013. Se aplicaron cuestionarios para caracterización sociodemográfica y clínica, evaluación de las toxicidades agudas de la radioterapia y la quimioterapia. Resultados: El 89,3% eran hombres, con edades entre 46 y 60 años (57,1%). En cuanto a las toxicidades de la radioterapia, las estructuras más afectadas fueron faringe y esófago (94,6%), piel (91,1%) y mucosa oral (76,8%), con predominio de los grados 3, 1 y 2, respectivamente. Con relación a la quimioterapia, la mucositis oral grado 1 (50%), el sistema nervioso periférico motor grado 1 (46,4%), la alteración de la red venosa grado 1 (37,5%) fueron los principales hallazgos. Conclusión: Estos síntomas comprometen la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, requiriendo seguimiento y evaluación periódica de los pacientes para evitar efectos secundarios graves.

DESCRIPTORES: Neoplasias de Cabeza y Cuello; Quimiorradioterapia; Pruebas de Toxicidad Aguda; Evaluación de Enfermería.

RECEBIDO EM: 15/06/2022 APROVADO EM: 26/07/2022

Anne Kettley Lacerda de Lima Gonzaga

Enfermeira oncológica. Mestre e Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (EERP-USP).

ORCID: 0000-0002-3705-4825

Maria Júlia Oliveira Ramos

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe-UFS.
ORCID: 0000-0003-4729-4416

Simone Yuriko Kameo

Enfermeira oncológica. Mestre e Doutora em Enfermagem Geral e Especializada. Docente no Departamento de Educação em Saúde de Lagarto (DESL), Universidade Federal de Sergipe-UFS.
ORCID: 0000-0002-0035-2415

Bruna Eloise Lenhani

Enfermeira oncológica. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná-UFPR. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Santa Cruz de Curitiba – UniSantaCruz.
ORCID: 0000-0002-6009-3400

Jéssica dos Santos Costa

Enfermeira. Residente de Saúde da Família da Universidade Federal de Sergipe-UFS.
ORCID: 0000-0003-2404-6604

Glebson Moura Silva

Enfermeiro. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Sergipe-UFS. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da UFS – Campus Lagarto, Sergipe, Brasil.
ORCID: 0000-0002-4977-2787

Andrea Velasco dos Santos Silva

Enfermeira oncológica. Preceptora da Residência Multiprofissional em Cancerologia (área de enfermagem), Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0002-3731-9555

Edenice de Oliveira Santana

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná-UFPR. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Cancerologia, área de enfermagem, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0001-8453-455X

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo. O carcinoma espinocelulares é o tipo histológico mais frequente, e acomete o trato digestivo superior, lábio, cavidade oral, faringe (orofaringe, nasofaringe, hipofaringe), seios maxilares, cavidade nasal e seios etmoidais, glândulas salivares e a glândula tireoide¹. No Brasil, dentre esses tumores, o de cavidade oral, de laringe e orofaringe são os mais incidentes².

No tratamento convencional do CCP, a radioterapia (RT) é a mais utilizada e a sua indicação pode variar de acordo com a ressecabilidade e a localização anatômica do tumor³. A RT pode ser incluída no protocolo clínico neoadjuvante ou adjuvante de forma isolada ou combinada com a quimioterapia (QT). Quando utilizadas concomitantes, é associada a um melhor

controle loco-regional da doença quando comparada com a RT isolada⁴.

Os avanços na terapêutica do CCP acarretaram aumento na taxa de resposta global, sobrevida global, livre de progressão de doença e de desfechos desfavoráveis⁵. Entretanto, o uso de terapia de radiação integrada com QT e/ou terapias-alvo estão relacionados também a um aumento na toxicidade aguda e tardia, apesar dos estudos considerarem esses efeitos aceitáveis^{1,6,7}.

As toxicidades agudas ocorrem em até três meses após o término do tratamento oncológico, na modalidade de QT e RT combinadas, as mais comuns são mucosite, xerodermia, náuseas, disfagia, disgeusia e radiodermite⁶⁻⁹. Esses efeitos causam desconforto e afetam a qualidade de vida do paciente.⁶⁻⁹

O acompanhamento destes pacientes pelo enfermeiro é fundamental, visto que é considerado o gestor do cuidado, exer-

cendo uma influência positiva na condução e adesão do tratamento, na educação em saúde, no gerenciamento dos eventos adversos e até na sobrevida dos pacientes⁸. Dentre as atribuições do enfermeiro oncológico, estão incluídos a identificação das necessidades do cliente de acordo com as suas características biopsicossociais, associadas às suas peculiaridades, além do planejamento e execução de ações voltadas para a prevenção e minimização dos eventos adversos e suas complicações durante todo o tratamento^{8,9}.

Face ao exposto, objetivou-se identificar e classificar as toxicidades agudas do tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

Realizado com 56 pacientes com CCP atendidos em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Sul do Brasil, o qual compuseram uma amostra de conveniência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 07290612.0.0000.0098).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a julho de 2013. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de CCP e tratamento concomitante de RT e QT. Dentre os critérios de exclusão estão: QT e RT prévia e falta de adesão ao tratamento.

Os pacientes eram convidados a participar da pesquisa na primeira consulta de enfermagem no ambulatório de QT ou de RT, todos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados acontecia na segunda semana após início do tratamento, com a aplicação dos seguintes instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica elaborado pelos pesquisadores; roteiro para avaliação e classificação das toxicidades agudas da quimioterapia e radioterapia, sendo eles respectivamente, os critérios de graduação de toxicidade elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁹ e o critério de escore para morbidade aguda por radiação (Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria)¹⁰ elaborado pelo grupo Radiation Therapy Oncology Group (RTOG).

Os critérios de graduação de toxicidade relacionados ao tratamento com quimioterápico utilizam uma escala do grau zero (ausência de toxicidade) ao grau quatro (toxicidade severa). Os efeitos tóxicos agudos da QT são agrupados por sistemas, evidenciados por sinais e sintomas de alterações dermatológicas, cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, gastrointestinais, auditivas, oftalmológicas, imunológicos, geniturinárias.⁹ Já o critério de escore para morbidade aguda por radiação¹⁰, são graduados de zero (ausência de toxicidade) a quatro (toxicidade severa), agrupados por estruturas anatômicas aco-

metidas e irradiadas (pele, membrana mucosa, faringe e esôfago, abdome superior, abdômen inferior e aparelho geniturinário). Neste estudo, para toxicidade da RT, não foram avaliados o abdômen inferior e aparelho geniturinário, pois estas áreas não fazem parte das regiões irradiadas no planejamento de RT do CCP.

Os dados foram armazenados e tabulados eletronicamente no Microsoft Office Excel 365, exportados para o Statistical Package for the Social Sciences™ (SPSS for Windows, versão 19.0. As variáveis foram analisadas com estatística descritiva.

RESULTADOS

Dos 56 participantes avaliados, houve

predomínio de pacientes do sexo masculino (89,3%); com idade entre 46 e 60 anos (57,1%), com ensino fundamental completo (55,4%). Quanto aos fatores de risco para CCP, 78,6% foram etilistas em algum momento da vida, sendo que 57,2% fizeram uso de álcool por 20 anos ou mais, e 56,8% referiram ter abandonado este vício há pelo menos 5 anos. Em relação ao consumo de tabaco, a maioria afirmou ter feito uso (87,5%), com 79,6% afirmando ter fumado por um período maior que 20 anos, e 75% haviam suspenso o tabagismo há um ano, e 16,1% continuaram fumantes mesmo após o diagnóstico oncológico. Os dados referentes à caracterização sociodemográfica e ao consumo de álcool e tabaco estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e de hábitos de etilismo e tabagismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento quimiorradioterápico. Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 30 anos	1	1,8
30 a 45 anos	5	8,9
46 a 60 anos	32	57,1
61 a 75 anos	17	30,4
Maior que 76 anos	1	1,8
Sexo		
Masculino	50	89,3
Feminino	6	10,7
Escolaridade		
Não alfabetizado	1	1,8
Fundamental incompleto	13	23,2
Fundamental completo	31	55,4
Médio incompleto	1	1,8
Médio completo	7	12,5
Superior completo	3	5,4
Hábito de Etilismo		
Não etilista	12	21,4
Ex-etilista	41	73,2
Etilista	3	5,4

A média de dose de radiação recebida foi de 50,4 Gy, que variou de 22 a 70 Gy (desvio-padrão=11,8). Dentre as comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente (84,2%). Outras características clínicas estão apresentadas na Tabela 2.

O detalhamento da graduação da toxicidade aguda de acordo com a estrutura anatômica pode ser observado na tabela 3. Sobre a severidade, as estruturas farínge e esôfago foram as mais afetadas, já que apresentaram uma frequência de toxicidade maior no grau 3 (57,1%) quando comparada as outras estruturas, porém nenhum participante do estudo desenvolveu o grau 4. Na pele, 90% apresentaram radiodermatite, sendo o grau 1 mais prevalente, ou seja, apresentavam eritema leve, descamação seca e epilação¹⁰.

Sobre as toxicidades agudas da terapia com QT, houve predomínio da mucosite oral (60,7 %), constipação (55,4 %), alteração em sistema nervoso periférico motor (SNP) (51,8%), náuseas (46,4%) e rede venosa alterada (42,9%). O grau zero retrata a ausência de toxicidade, ressaltando-se que nenhum participante desenvolveu o grau 4 relacionado a QT, a distribuição da graduação dessas toxicidades mais prevalentes pode ser visualizada na tabela 4.

DISCUSSÃO

O CCP é um termo genérico definido para descrever tumores malignos localizados, principalmente, em cavidade oral, laringe, faringe e seios paranasais¹¹. Cerca de 40% dos CCP ocorrem na cavidade oral, 15% na faringe, 25% na laringe e o restante nos demais sítios remanescentes (glândulas salivares, tireoide)¹². Nesta pesquisa, as localizações tumorais de maior prevalência foram a língua (28,6%), a laringe (19,6%) e a orofaringe (16,1%).

No Brasil, esse conjunto de tumores estão entre os dez mais incidentes na população masculina acima dos 40 anos de idade, e, para a população feminina, na mesma faixa etária, entre as vinte mais frequentes¹³. Em concordância com estes dados, o sexo masculino prevaleceu

Hábito de Tabagismo	n	%
Não tabagista	7	12,5
Ex-tabagista	40	71,4
Tabagista	9	16,1
Total	56	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes oncológicos avaliados de acordo com a caracterização clínica pertinente ao diagnóstico e tratamento quimiorradioterápico. Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Diagnóstico histológico		
Carcinoma de células escamosas	56	100
Estadiamento clínico		
II	3	5,3
III	17	30,4
IV	36	64,3
Localização tumor		
Amígdala	4	7,1
Boca	2	3,6
Esôfago	3	5,4
Hipofaringe	1	1,8
Lábio inferior	1	1,8
Laringe	11	19,6
Língua	16	28,6
Orofaringe	9	16,1
Seio piriforme	4	7,1
Trígono retromodular	3	5,4
Valécua	2	3,6
Comorbidades		
Ausência de comorbidades	37	66,0
Uma ou mais comorbidades	19	34
Técnica Radioterápica		
2D- RT	53	94,6
RT de intensidade modulada (IMRT)	3	5,4
Protocolo Quimioterápico		
Cisplatina	4	7,1
Cisplatina+5-Fluorouracil	49	87,5
Carboplatina	3	5,4

Legenda: 2D-RT: bidimensional convencional; IMRT: radioterapia de frequência modulada.
Fonte: Dados da Pesquisa.

(89,3%); com faixa etária entre 46 e 60 anos (57,1%) e com ensino fundamental completo (55,4%).

Quando diagnosticado precocemente, é observado um melhor prognóstico ao tratamento do CCP nos pacientes. O tempo diagnóstico influencia diretamente no estadiamento e na regressão do tumor inicial, de forma que quanto mais avançados os estádios, maior a taxa de mortalidade¹⁴. Enquanto estudos franceses e japoneses apontaram os estádios mais avançados da doença como predominantes (73,7% e 76,6% das amostras); em um estudo italiano, 58% estavam em estágios iniciais^{15,16,17}. Nos achados desta pesquisa, 94,7% apresentavam estadiamento III e IV, convergindo com resultados de outros estudos.

Entre os principais fatores carcinogênicos, o uso de tabaco e de álcool, combinados aumenta em 30 vezes as chances de desenvolver algum dos CCP¹³. Um estudo brasileiro de caso-controle, com pacientes com diagnóstico de CCP, inferiu que 74,5% dos 2.886 casos analisados, podem ser atribuídos ao tabagismo e ao consumo alcoólico. Dado significativo ao considerar que o uso de tabaco associado à quimiorradioterapia aumenta o risco de surgimento de novos tumores⁵.

A exposição contínua ao fumo e ao álcool aumentam proporcionalmente o risco de desenvolver CCP. O acetaldeído, metabólito do álcool, interfere na síntese e no reparo do DNA, promovendo a desregulação da síntese dele e a consequente replicação cancerosa^{11,18}. Quanto aos elementos do cigarro, as nitrosaminas e os hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos, a longo prazo, também podem alterar o perfil molecular dos indivíduos e causar mutações. Entretanto, nem todos que fazem uso dessas substâncias desenvolvem CCP, indicando a presença de variação individual da suscetibilidade genética^{3,18}. Nesta pesquisa, 77,3% eram etilistas em algum momento da vida e 87,5%, fumante. Um dado importante diz respeito a 16,1% dos entrevistados que permaneciam como tabagistas ativos no período da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento concomitante, conforme estrutura anatômica e graduação das toxicidades da radioterapia. Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Variáveis	Grau 0		Grau 1		Grau 2		Grau 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abdômen superior	15	26,8	6	10,7	33	58,9	2	3,6
Faringe e Esôfago	3	5,4	9	16,1	12	21,4	32	57,1
Mucosa oral	13	23,2	17	30,4	25	44,6	1	1,8
Pele	5	8,9	28	50	19	33,9	4	7,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4- Distribuição da graduação das toxicidades agudas mais frequentes do tratamento com QT, Curitiba, PR, Brasil, 2013.

Variáveis	Grau 0		Grau 1		Grau 2		Grau 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mucosite oral	22	39,3	28	50	4	7,2	2	3,6
Constipação	25	44,6	13	23,2	16	28,6	2	3,6
Sistema nervoso periférico motor	26	46,4	26	46,4	4	7,2	0	0
Náuseas	30	53,7	12	21,4	13	23,2	1	1,7
Rede venosa	32	57,1	21	37,5	3	5,4	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

O tratamento de RT e QT concomitante é o padrão de escolha para o CCP localmente avançado, principalmente ao relacionar a cisplatina (CDDP) com a RT, pois melhora significativamente a sobrevida global, sobrevida livre de progressão e controle loco-regional em comparação ao observado com radioterapia isolada em pacientes com CCP localmente avançado²⁰. Observou-se semelhança com dados desta pesquisa, pois 53 pacientes utilizaram CDDP com RT, destes quatro pacientes usaram somente CDDP, os demais estavam associados com a fluoracilina (5FU).

Destaca-se que em casos de contraindicação para o uso da CDDP, pode ser indicado a carboplatina, como ocorreu em três pacientes deste estudo. Em uma pesquisa retrospectiva que avaliou 25 pacientes com CCP que receberam carboplatina e RT concomitante, mostrou que a resposta completa foi observada em

70% dos pacientes, com duração da sobrevida livre de progressão com mediana de 42,7 meses, portanto pode ser uma opção para paciente não elegíveis para CDDP²¹.

Em pesquisa indiana que avaliou 109 pacientes com CCP, 35 foram submetidos a QT e RT concomitante e apresentaram como toxicidades mais frequentes: mucosite aguda, toxicidade de pele, xerostomia, perda de peso, e trismo. Resultados análogos neste estudo foram observados, assim destaca-se a necessidade de orientar a importância da manutenção dos cuidados nutricionais e de higiene oral²⁴.

As toxicidades causadas pelos quimioterápicos relacionam-se à sua inespecificidade pelas células tumorais e os efeitos citotóxicos nas células normais. Esses eventos predominam nas células que estão em constante divisão celular, como as do tecido hematopoiético, do tecido germinativo, do folículo piloso e do revestimento gastrointestinal. Apesar de

umentar a sobrevida, influenciam negativamente na qualidade de vida devido as toxicidades^{25,26}.

A mucosite oral é uma manifestação que surge após tratamento QT ou RT de CCP, devido à mielossupressão, citotoxicidade direta dos quimioterápicos, supressão imunológica ou hiper-reatividade²⁰. Caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, que se torna edemaciada, eritematosa e friável, resultando em dor, desconforto, disfagia e debilidade sistêmica^{7,20,21}.

Nesta pesquisa a toxicidade que afeta a mucosa oral foi a mais relatada pelos pacientes na QT, sendo que 50% apresentavam grau I (presença de eritema e dor); e em relação a RT, foi considerada como a terceira toxicidade que mais incomodava os pacientes, porém o grau mais frequente foi o 2 (presença de eritema e úlceras, porém alimenta-se normalmente). De forma similar, ocorreu em um estudo realizado na região sudeste do Brasil, no qual os autores descreveram a mucosite como a complicação de maior prevalência no tratamento combinado com QT e RT²⁷.

A constipação foi encontrada em 31 pacientes, grau 2 o mais prevalente, com 28,6%. Destaca-se que a CDDP, carboplatina e 5FU são quimioterápicos que induzem a sintomas gastrointestinais, como náusea, vômitos e diarreia^{5,21}. Infere-se a este resultado a possibilidade dos pacientes estarem em uso de opióide para alívio da dor oncológica, e desta forma, causando a constipação. Outro motivo que pode inferir-se, seria a diminuição da ingestão alimentar em consequência da mucosite e náusea.

Ao abordar a modalidade de RT, 53 pacientes foram submetidos a RT convencional (2D-RT) e três receberam a radioterapia de intensidade modulada (IMRT). A IMRT tem sido empregada desde 1995, representa um grande avanço terapêutico para os pacientes que foram submetidos a essa técnica, conferem a habilidade de se criar campos de tratamento com intensidade variada de feixes radioativos através do uso do planejamento inverso e da otimização interativa de

algoritmos²². Além disso, são liberadas doses mais baixas de radiação nos tecidos normais, enquanto mantém ou aumenta a dose nas áreas alvo, sendo a opção mais apropriada em comparação com a 2D-RT e com a radioterapia conformada tridimensional, por esse motivo causa menos toxicidades²². Porém no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), este procedimento de alto custo ainda não foi incorporado ao rol de tratamentos disponíveis para esse tipo de tumor em fases iniciais e localmente avançados²³, ressalta-se que a presente pesquisa teve como cenário um hospital filantrópico, onde 95% dos atendimentos são destinados aos usuários do SUS.

Embora a QT e RT concomitantes tenham resultados clínicos adequados, observa-se que os pacientes são acometidos por toxicidades, destacando-se a radiodermatite e a disfagia²⁸. A radiodermatite é definida como um conjunto de lesões cutâneas provocadas por uma exposição excessiva à radiação ionizante, a qual leva à desidratação da pele e pode ocasionar complicações como ulceração ou infecção local⁶. Considera-se que 80 a 90% dos pacientes tratados com RT desenvolvem alguma forma de reação de pele²⁹.

Neste estudo, 91% dos pacientes apresentaram algum tipo de radiodermatite, sendo a mais prevalente o grau I. Quanto a prevenção e o tratamento há recomendações sobre o uso de ácidos gaxos essenciais (AGE), placas de hidrocoloide, produtos à base de Aloe vera e de Calendula officinalis. Além disso, o uso de tecnologia de luz como a biofotomodulação apresenta bons efeitos na cicatrização, diminuição da dor e diminuição da inflamação²⁹.

A toxicidade de faringe e esôfago correspondem a disfagia ou odinofagia grave com desidratação, sendo necessário uso de sonda nasogástrica ou enteral para alimentação, e em casos mais graves a nutrição parenteral²⁸. Foi encontrada em 94,6% dos pacientes deste estudo, a disfagia é uma seqüela comum em CCP durante e após a quimiorradioterapia. 70% apresentam disfagia após 12 meses do término do tratamento, causando pro-

blemas de deglutição e impacto negativo na qualidade de vida³⁰.

Destaca-se que estes eventos adversos podem ser prevenidos ou minimizados, por meio de orientações de autocuidado personalizadas aos pacientes e acompanhantes, de acordo com suas peculiaridades biopsicossociais, sobre aspectos específicos da sua terapêutica, aliados a um aporte nutricional adequado, implementação de protocolo clínicos de intervenções precoces, fundamentados em evidências científicas^{8,12}.

CONCLUSÃO

As estruturas faringe e esôfago, pele e mucosa oral foram as mais afetadas pela radiação ionizante. Já em relação a terapia com quimioterápicos, a mucosite oral, alteração em SNP motor evidenciada pela sensação de fraqueza subjetiva, constipação e náusea, foram os sintomas mais frequentes. Logo, as toxicidades agudas com maior destaque, decorrentes do tratamento concomitante, foram a disfagia, mucosite oral e radiodermatite; com níveis variáveis, porém nenhum participante desenvolveu o nível mais severo.

A presença de toxicidades decorrentes do tratamento concomitante pode influenciar na adesão a terapêutica e qualidade de vida dos pacientes com CCP. Estes pacientes devem ser acompanhados e avaliados periodicamente, a fim de prevenir e diminuir o grau de severidade dos eventos adversos, evitando complicações e possíveis interrupções do tratamento, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida relacionada a saúde destes indivíduos.

Os resultados desta investigação podem contribuir para a prática clínica do enfermeiro na oncologia, proporcionando embasamento para uma atividade fundamentada em evidências, auxiliando no planejamento e gerenciamento do cuidado desta clientela. Todavia, a realização de novas pesquisas sobre a temática deve ser incentivada.

REFERÊNCIAS

- . Rocha BQC, Erneas L, Oliveira RG, Verner FS, Junqueira RB. Características epidemiológicas de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia em Juiz de Fora - MG. *HU Revista*. 2017 Jan/Jun;43(1):71-5.
2. Kfoury SA, Eluf NJ, Koifman S, Curado MP, Menezes Ana, Daudt AW et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2018 [acesso 2022 jun 26];21: e180005.
3. Silva FA, Rousseq SC, Tavares MGS, Souza CPF, Mozzini CB, Benetti M, Dias M. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. *Revista Brasileira Cancerologia*. 2020 Mar;66(1):e-08455.
4. Ghosh-Laskar S, Kalyani N, Gupta T, Budrukkar A, Murthy V, Sengar M, et al. Conventional radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy versus accelerated radiotherapy in locoregionally advanced carcinoma of head and neck: Results of a prospective randomized trial. *Head Neck* [Internet]. 2016 [acesso 27 mai 2022];38(2):202-7.
5. Felippu AWD, Freire EC, Silva RA de, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impacto da demora no diagnóstico e tratamento no câncer de cabeça e pescoço. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2016, Mar/Abr;82(2):140-3.
6. Russi EG, Moretto F, Rampino M, Benasso M, Bacigalupo A, De Sanctis V, et al. Acute skin toxicity management in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and chemotherapy or EGFR inhibitors: Literature review and consensus. *Crit rev oncol hematol*. 2015 Feb;96(1):167-82.
7. Buglione M, Cavagnini R, Di Rosario F, Sottocornola L, Maddalo M, Vassalli L, et al. Oral toxicity management in head and neck cancer patients treated with chemotherapy and radiation: Dental pathologies and osteoradionecrosis (Part 1) literature review and consensus statement. *Crit rev oncol hematol*. 2015 Jan;97:131-42.
8. Hortense FT P, Bergerot CD, Domenico EBL de. Qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: estudo clínico randomizado. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2020;54:e03546.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed rev. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
10. Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *Int j radiat oncol biol phys*. 1995;31(5):1341-6.
11. Marur S, Forastiere AA. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2016;91(3):386-96.
12. Sousa AR, Koury GV, Hennemann EBLB, Cavalcante HA, Araújo CNF. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2016 [acesso 2022 jun 30];14(98):129-32.
13. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
14. Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2001;37:94-8.
15. Guizard AV, Dejardin O, Launay L, et al. What are the real waiting times for therapeutic management of head and neck cancer: a study in the general population in the north-west of France. *Eur arch otorhinolaryngol*. 2016;273(11):3951-3958.
16. Martini S, Iorio GC, Arcadipane F, et al. Prospective assessment of taste impairment and nausea during radiotherapy for head and neck cancer. *Medical Oncology*. 2019;36(5):44.
17. Ueno T, Zenda S, Konishi T, et al. The post hoc analysis comparing the severity grades of chemoradiotherapy-induced oral mucositis scored between the central and local assessors in a multicenter, randomized controlled trial of rebamipide for head and neck cancer. *Int J Clin Oncol*. 2019;24(3):241-247.
18. Duffy AM, Halaki M, Spigelman A, Chin V, Gallagher RM, Flood VM. Nutritional parameters associated with hospital admissions in patients being treated for head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2020;28(1):341-349.
19. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tipos de câncer [Internet]. Rio de Janeiro:INCA, 2019 [acesso 2022 jun 19]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>.
20. Fu ZZ, Li K, Peng Y, et al. Efficacy and toxicity of different concurrent chemoradiotherapy regimens in the treatment of advanced cervical cancer: A network meta-analysis. *Medicine*. 2017;96(2):e5853.
21. Hamauchi S, Yokota T, Onozawa Y, Ogawa H, Onoe T, Kamijo T, et al. Safety and efficacy of concurrent carboplatin plus radiotherapy for locally advanced head and neck cancer patients ineligible for treatment with cisplatin. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(12):1116-1121.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) para Tumores de Cabeça e Pescoço. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
23. BRASIL. Portaria nº 16, de 11 de abril de 2017. Dispõe sobre os procedimentos de gestão de documentos, processos e arquivos pelo Sistema Eletrônico de Informações - SEI, no âmbito do Instituto Nacional de Tecnologia de Informação - ITI. *Diário Oficial da União* 13 abr 2017; Seção 1.
24. Chakrabarti S, Mishra A, Agarwal JP, Garg A, Nair D, Chaturvedi P. Acute toxicities of adjuvant treatment in patients of oral squamous cell carcinoma with and without submucous fibrosis: A retrospective audit. *J Cancer Res Ther*. 2016;12(2):932-937.
25. Gozzo TDO, Moysés AMB, Silva PR Da, Almeida AM De. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Rev gaúcha enferm*. 2013;34(3):110-6.
26. Sawada NO, de Paula JM, Sonobe HM, Zago MM, Guerrero GP, Nicolussi AC. Depression, fatigue, and health-related quality of life in head and neck cancer patients: a prospective pilot study. *Support Care Cancer*. 2012;20(11):2705-2711.
27. Oliveira KM, Koeppel GBO, Oliveira PP, Marta C.B., Peregrino AAF, Cerqueira LCN. (2020). Epidemiologia e complicação associada ao tratamento oncológico em Cabo Frio-RJ: conhecendo a realidade da região. *Saúde Coletiva* (Barueri). 2020; 9(48),1296-1303. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i48p1296-1303>.
28. Lee JY, Suresh K, Nguyen R, Sapir E, Dow JS, Arnould GS, et al. Predictors of severe long-term toxicity after re-irradiation for head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2016;60:32-40.
29. Costa CC, Lyra JS, Nakamura RA, Sousa CM de. Radiodermatites: Análise dos Fatores Preditivos em Pacientes com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2019 Jul;65(1):e-05275.
30. Van Nuffelen G, Van den Steen L, Vanderveken O, et al. Study protocol for a randomized controlled trial: tongue strengthening exercises in head and neck cancer patients, does exercise load matter?. *Trials*. 2015;16:395.