Brasília, DF | Outubro de 2026

Relatório de Recomendação

nº 1.160

PROTOCOLOS & DIRETRIZES

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço

Conitec
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

SUS 35 ANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

2026 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Conitec.

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - SCTIE
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS
Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2848
Site: https://www.gov.br/conitec/pt-br
E-mail: conitec@saude.gov.br

Elaboração
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS

Comitê Gestor
Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS
Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT

Grupo Elaborador
Ana Gabriela Costa Normando – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Camila Francisca Tavares Chacarolli – CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS
Dalila Fernandes Gomes – CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS
Fabíola Furtuoso Zarpelão – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Fernando Zanghelini – Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (UATS/HAOC)
Gabriela Baptista Vieira – INCA/SAES/MS
Laiane Batista de Sousa – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Layssa Andrade Oliveira – UATS/HAOC
Ludmila Peres Gargano – UATS/HAOC
Maiara Silva Araujo – UATS/HAOC
Paula Elaine Diniz dos Reis – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Raimunda das Candeias – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Rejane Leite de Souza Soares – CGCAN/DECAN/SAES/MS
Renata Erthal Knust – INCA/SAES/MS
Rosa Camila Lucchetta – UATS/HAOC
Tassiane Cristine Santos de Paula – UATS/HAOC

Revisão
Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT
Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
Marta da Cunha Lobo Souto Maior – Coordenadora Geral CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS

Supervisão
Marta da Cunha Lobo Souto Maior - CGPCDT/DGITS/SCTIE/MS
Luciene Fontes Schluckebier Bonan - DGITS/SCTIE/MS

Marco Legal

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei n° 12.401, que alterou a Lei nº 8.080 de 1990, dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

As diretrizes clínicas são documentos baseados em evidências científicas, que visam a garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS, tais como protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, protocolo de uso e diretrizes brasileiras ou nacionais. Podem ser utilizadas como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

As diretrizes clínicas devem incluir recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que se tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A lei reforçou a análise baseada em evidências científicas para a elaboração desses documentos, destacando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde.

O Anexo XVI Portaria de Consolidação GM/MS n° 1, de 28 de setembro de 2017, instituiu na Conitec uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as competências de analisar os critérios para priorização da atualização de diretrizes clínicas vigentes, contribuir para o aprimoramento das diretrizes metodológicas que norteiam a elaboração de diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, acompanhar, em conjunto com as áreas competentes do Ministério da Saúde, a elaboração de diretrizes clínicas, indicar especialistas para elaboração e revisão de diretrizes clínicas, dentre outras.

A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT é composta por representantes de Secretarias do Ministério da Saúde interessadas na elaboração de diretrizes clínicas: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Saúde Indígena e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE).

Após concluídas as etapas de definição do tema e escopo das diretrizes clínicas, de busca, seleção e análise de evidências científicas e consequente definição das recomendações, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Comitê de PCDT, com posterior disponibilização deste documento para contribuição de sociedade, por meio de consulta pública (CP) pelo prazo de 20 dias antes da deliberação final e publicação. Esse prazo pode ser reduzido a 10 dias em casos de urgência. A consulta pública é uma importante etapa de revisão externa das diretrizes clínicas.

O Comitê de PCDT é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de diretrizes clínicas. É composto por dezessete membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo presidido pelo representante da SCTIE – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária –

Anvisa, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Conselho Federal de Medicina – CFM, Associação Médica Brasileira – AMB, Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – NATS, pertencente à Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - Rebrats e organização da sociedade civil, constituída há mais de 2 (dois) anos e atuante na área da respectiva especialidade ou patologia. Cabe à Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), a gestão e a coordenação das atividades da Conitec.

Conforme o Decreto n° 7.646/2011, o Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação em Saúde deverá submeter as diretrizes clínicas à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação a ele relacionado antes da sua publicação e disponibilização à sociedade.

Apresentação

A proposta de elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço (CECP) é oriunda da alteração de formato e da atualização das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do CECP e atende ao artigo 26 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a competência do Ministério da Saúde de atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A atualização faz-se necessária devido às mudanças nos parâmetros de cuidado dos pacientes com a doença no Brasil, incluindo o diagnóstico, tratamento e o acompanhamento dos pacientes.

Deliberação inicial

Os membros do Comitê de PCDT presentes na 154ª Reunião da Conitec, realizada no dia 06 de agosto de 2026, deliberaram para que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à publicação deste Protocolo.

Consulta Pública

A Consulta Pública nº 82/2026, do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço, foi realizada entre os dias 18 de agosto de 2026 e 08 de setembro de 2026. Foram recebidas 94 contribuições, sendo a maioria de profissionais de saúde (n=62, 66%), organização da sociedade civil (n=13, 14%), paciente (n=10; 11%), interessados no tema (n=5, 5%), empresa (n=2, 2%), familiar, amigo ou cuidador de paciente (n=1, 1%). Adicionalmente, foram enviados 16 anexos relacionados às contribuições.

A maior parte dos participantes era mulher cisgênero (n=61, 66%), branco (n=57, 61%), de 40 a 59 anos de idade (n=58, 62%) e proveniente da região Sudeste do Brasil (n=62, 66%). A maioria dos participantes ficou sabendo da consulta pública por meio de amigos, colegas ou profissionais de trabalho (n=30,32%), redes sociais (n=27; 29%), associação/entidade de classe (n=21, 22%), site da CONITEC (n=10, 11%), diário oficial da união (n=3, 3%), outros meios (n=2, 2%) e e-mail (n=1,1%).

Os participantes responderam a três perguntas: a) “O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?” (94 respostas, 100% das contribuições); b) “Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto?” (45 respostas, 48% das contribuições); c) “Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?” (38 respostas, 40% das contribuições).

A primeira pergunta apresentava opções pré-definidas como resposta e a maioria dos participantes consideraram a proposta do PCDT como muito boa (n=64, 68%), boa (n=24, 26%), regular (n=4, 4%), ruim (n=1, 1%). e muito ruim (n=1, 1%). As contribuições para as perguntas b e c foram quantitativamente e qualitativamente avaliadas, considerando as seguintes etapas: i) leitura de todas as contribuições, ii) identificação e categorização das ideias centrais, iii) resposta às principais contribuições e iv) adequação do texto do PCDT. Ainda, 16 anexos foram enviados e analisados.

O Quadro I apresenta um resumo da análise das contribuições recebidas. O conteúdo integral das contribuições se encontra disponível na página da CONITEC em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/contribuicoes/2026/cp-82-2026-pcdt-do-cancer-epidermoide-de-cabeca-e-pescoco.pdf/@@display-file/file

Quadro I. contribuições recebidas na CP nº 82/2026.

Contribuição	Resposta
Contribuições iniciais/gerais	
INTRODUÇÃO	
"*o protocolo abrange topografias que não define, não estadia e não trata.*" *"(...) Introdução (p. 6): define o CECP como as neoplasias "localizadas na faringe e laringe" — cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares ficam de fora."*	Sugestão acatada. As topografias de cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares não estão contempladas neste PCDT e as menções foram excluídas.
"Na 'Introdução,' (...) É essencial que este protocolo acrescente o papel dos cirurgiões-dentistas/odontologistas no desempenho deste papel rastreador e orientativo, juntamente com os médicos e agentes comunitários (...)."	Sugestão acatada. Informação inserida na seção 1 - Introdução.
"Na página 7 do documento, em seu último parágrafo (...) Creio que haja um erro neste texto ao afirmar que: 'a combinação da terapia cognitivo-comportamental e da farmacoterapia reduziu significativamente a taxa de cessação do tabagismo entre pacientes com câncer de cabeça e pescoço.' Creio que na verdade estas ações na verdade AUMENTAM significativamente a taxa de cessação do tabagismo (...)".	Sugestão acatada. Foi realizada alteração no texto do protocolo.
Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	
"que o escopo do Protocolo seja delimitado às topografias efetivamente contempladas por suas Recomendações, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe". *"recomenda delimitar o escopo às topografias efetivamente contempladas pelas recomendações — cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe —, retirando cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares, e registrando que essas topografias serão objeto de diretriz específica."*	Sugestão acatada. As topografias de cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares não estão contempladas neste PCDT, e as menções foram excluídas.
"Inclusão do CID 10 C76.0 que trata de tumores de origem primária desconhecida na região da cabeça e pescoço". "*recomenda a inclusão dos códigos C30 e C31 na seção de classificação estatística internacional de doenças, em coerência com os critérios de inclusão do Protocolo e com a descrição do procedimento 03.04.04.006-1, ou, alternativamente, o ajuste dos critérios de inclusão para que o escopo declarado e a relação de códigos coincidam.* *"(...) Coerência entre escopo clínico e classificação: solicitamos verificação de que a lista de códigos da CID adotada no protocolo contemple integralmente todas as topografias declaradas nos critérios de inclusão, em especial as localizações da cavidade nasal e dos seios paranasais, se estas integrarem o escopo pretendido (...)".*	Sugestão acatada. Os critérios de inclusão foram ajustados conforme códigos adotados no PCDT.
DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO	
Sugestão de inclusão "*A avaliação clínica deve ser complementada por exames objetivos de imagem funcional, Videofluoroscopia ou Videoendoscopia da Deglutição (VED), sempre que clinicamente necessário."*	Sugestão parcialmente acatada. Foi incluída orientação de que a realização seriada de radiografia de esôfago com contraste pode auxiliar na avaliação funcional da deglutição, sempre que clinicamente necessário.

Contribuição	Resposta
4.1. Detecção precoce, rastreamento e prevenção secundária *"1. consolidar na seção 4.1, a partir do conteúdo já presente no documento, uma relação objetiva de sinais e sintomas que devem motivar suspeição e investigação — entre eles lesão ou úlcera oral que não cicatriza em até 15 dias, rouquidão persistente por mais de três semanas, disfagia, odinofagia, otalgia reflexa unilateral e massa cervical —, especialmente nos indivíduos com o perfil de risco descrito na Introdução;* *2. estabelecer que a inspeção da cavidade oral e da orofaringe integre o atendimento de rotina dos indivíduos de alto risco — usuários de tabaco e de álcool e portadores de desordens potencialmente malignas —, por cirurgião-dentista ou médico.* *3. definir a conduta de monitoramento das condições pré-malignas que a seção 4.1 menciona: quem acompanha, com que periodicidade e em que situação a lesão deve ser biopsiada;"* *(...) alterar o texto do PCDT para diferenciar o rastreamento populacional do exame periódico em indivíduos de alto risco, garantindo a inspeção oral anual em tabagistas e etilistas na Atenção Primária, o encaminhamento em até 15 dias para lesões suspeitas (conforme a Lei nº 13.896/2019) e o alinhamento do protocolo à evidência científica de redução de mortalidade nesse subgrupo.*	Sugestões acatadas. As informações referentes as alterações sugeridas foram inseridas na seção correspondente.
"Incluir na seção 4.1 uma Figura 4 — Fluxo de detecção e encaminhamento, representando: (i) suspeição na Atenção Primária ou na atenção odontológica; (ii) critérios de encaminhamento para o serviço especializado; (iii) confirmação diagnóstica e estadiamento na alta complexidade; (iv) porta de entrada no serviço habilitado em Oncologia."	Sugestão não acatada. Os fluxos entre os serviços não são escopo do PCDT.
4.2. Diagnóstico *"ajustar a frase sobre a preferência pela ressonância magnética para referir-se apenas à nasofaringe, retirando "seios paranasais" e "fossas nasais".*	Sugestão acatada. Seios paranasais e fossas nasais foram excluídas, mantendo apenas a indicação para nasofaringe.
"- p. 10: substituir "e radiografia de tórax" por "e TC de tórax", uniformizando com o parágrafo anterior; *- p. 25 e 26: substituir "radiografia de tórax" por "TC de tórax" e explicitar que, em pacientes de alto risco por tabagismo, essa avaliação pode ser cumprida pela TC de baixa dose anual já recomendada, evitando duplicidade de exames."* *- "Há imprecisões que alteram decisão clínica. (...); radiografia de tórax convivendo com tomografia (...)".* *"(...) uniformizar o estadiamento e o seguimento torácicos em tomografia computadorizada, eliminando a radiografia de tórax que convive com a TC para a mesma finalidade nas seções 4.2 e 8." (...) "A seção 4.2 recomenda tomografia de tórax para estadiamento sistêmico, mas, no mesmo item e no monitoramento, remete à "radiografia de tórax", conforme a norma de 2015."*	Sugestões não acatadas. O texto do PCDT contempla as duas alternativas, radiografia e tomografia de tórax, considerando a disponibilidade dos serviços e facilitando o acesso, uma vez que ambas têm a mesma finalidade. Para pacientes de alto risco pelo tabagismo, a possibilidade de realização de TC de baixa dose já está prevista no PCDT.
"Página 10. "...relacionando-a ao status do HPV quando este for positivo." Não há clareza nesta frase se o teste específico deve ser realizado. Sugerimos a seguinte frase: "que é um marcador da possível relação causal com o HPV. O teste específico pode ser solicitado se disponível para tal confirmação".	Sugestão acatada e revisada. Informação alterada no texto do PCDT.
4.3. Estadiamento *"Ajuste em Exames e PET-CT: Uniformizar a indicação de Tomografia Computadorizada de tórax para o estadiamento e incluir o posicionamento/disponibilidade do PET-CT no SUS para estadiamento de doença localmente avançada, busca de tumor oculto e avaliação de resposta pós-quimiorradioterapia (evitando esvaziamentos cervicais desnecessários)"*	Sugestão não acatada. A indicação de tomografia de tórax já consta no PCDT.

Contribuição	Resposta
"O documento não se posiciona sobre a PET-CT, que tem papel definido no estadiamento da doença localmente avançada, na pesquisa do tumor primário oculto e, sobretudo, na avaliação de resposta após quimiorradioterapia, em que a vigilância guiada por PET-CT às 12 semanas evita esvaziamentos cervicais desnecessários com sobrevida equivalente, conforme ensaio randomizado. Sugere-se que o PCDT declare a conduta recomendada e a disponibilidade do exame no SUS para essa indicação. *"considerar incluir PET/CT para pacientes com doença localmente avançada (T3/T4 ou >=N1).*	Sugestões acatadas. Foram incluídas orientações para realização da PET-CT, se disponível, com a informação inserida na seção 7.1.1.2.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
Seção 5, critérios de inclusão (p. 10): retirar "cavidade nasal e seios paranasais", passando a redação a "[...] neoplasias malignas de diferentes localizações nessa área do corpo (cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe)". (...) incluir, ao final da seção 5, o registro expresso de que "as neoplasias malignas de cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares não são objeto deste Protocolo, em razão de suas particularidades histológicas, de estadiamento e de conduta terapêutica, devendo ser objeto de diretriz específica".	Sugestão acatada. Os termos cavidade nasais e seios paranasais foram excluídos.
ABORDAGEM TERAPÊUTICA	
7.1. Tratamento não medicamentoso 7.1.1. Abordagem cirúrgica *"Página 11. A realização da cirurgia não implica em exclusão da eligibilidade a radioterapia como dito no parágrafo em um segundo momento. Sugerimos revisar o trecho do primeiro parágrafo e considerar: "A cirurgia e a radioterapia são as bases do tratamento locoregional curativo. A cirurgia tem a vantagem de permitir o estadiamento patológico e determinar a dose e a indicação da radioterapia adjuvante".*	Sugestão acatada. O texto do primeiro parágrafo da seção 7.1.1. foi ajustado para harmonizar as modalidades terapêuticas, esclarecendo que a cirurgia e a radioterapia são modalidades locorregionais complementares e integradas.
7.1.1.1. Doença localizada (estádio I e II) <u>CECP de cavidade oral:</u> ... destaca inadequações conceituais importantes entre espessura tumoral e profundidade de invasão (DOI), além de corrigir incongruências internas de pontos de corte e critérios isolados no estadiamento da cavidade oral, propõem sugestões de correção. Outras contribuições também sugerem: *"(...) harmonizar a seção 7.1.1.1, que indica esvaziamento eletivo para tumores orais com "espessura superior a 3 mm", com o critério de profundidade de invasão (DOI) da 8ª edição do TNM, adotado no próprio Material Suplementar.* Ainda na Seção 7.1.1.1 (p. 11) destaca que a informação que sobre a margem de segurança de 1 cm apresentada como requisito universal, deve ser alterada *"A margem cirúrgica planejada não corresponde à margem histopatológica final: retração tecidual, orientação e processamento da peça e efeito da cauterização reduzem sistematicamente a medida obtida no exame anatomopatológico. O que determina risco de recidiva e indicação de adjuvância é a margem microscópica, classificada como comprometida (< 1 mm), próxima (1 a 5 mm) ou livre (> 5 mm)".*	Sugestões acatadas, o texto da seção 7.1.1.1 (Doença localizada) foi alterado conforme sugestão.
<u>CECP de orofaringe</u>: os termos "equivalentes" e esvaziamento cervical "sempre" são formulações mais fortes que a evidência apresentada. E propõe as seguintes substituições: - *Substituir "são equivalentes" por: "podem constituir estratégias terapêuticas alternativas em pacientes selecionados, devendo a escolha considerar extensão tumoral, status de p16, anatomia, possibilidade de ressecção adequada, necessidade prevista de tratamento adjuvante e resultado funcional esperado".*	Sugestão acatada, informações ajustadas e inseridas nas seções 7.1.1.1 (Doença localizada e 7.1.1.2. (Doença localmente avançada).

Contribuição	Resposta
- Substituir "deve sempre ser realizado" por "deve ser realizado, observadas a lateralização da lesão e a extensão à linha média, e considerada a modalidade de tratamento adjuvante prevista.	
CECP de nasofaringe: destaca contradição interna, onde a frase sobre cirurgia associada a esvaziamento cervical deve ser suprimida, e substituída por: *"A cirurgia não tem papel no tratamento primário do carcinoma de nasofaringe, ficando reservada às situações de resgate por persistência ou recidiva locorregional após o tratamento definitivo, conforme item 7.1.1.3."* *"suprimir, no item de nasofaringe localmente avançada, a menção à cirurgia associada ao esvaziamento cervical, que contradiz a p. 12 e a prática consolidada de reservar a cirurgia ao resgate (...)".*	Sugestão acatada, informações inseridas na seção 7.1.1.2. (Doença localmente avançada).
CECP de laringe: destaca contradição interna, onde o T4a não aparece entre as indicações de laringectomia total. *"Os ensaios que fundamentam a preservação laríngea excluíram tumores com invasão grosseira de cartilagem, e o próprio Protocolo reconhece isso na página seguinte, ao exigir para o tratamento não cirúrgico "tumores localmente avançados de pequeno volume, sem invasão grosseira de cartilagens e/ou da base da língua" (p. 16). Essa ressalva, porém, está na seção de radioterapia — e é a seção 7.1.1.2 que orienta a conduta cirúrgica."* E sugere acréscimo dessas informações. Outra contribuição destaca a importância em: *"(...) explicitar o T4a entre as indicações de laringectomia total, hoje condicionada apenas à disfunção do órgão".* *"explicitar, na seção 7.1.1.2, que a definição entre laringectomia total e protocolo de preservação de órgão, bem como entre cirurgia e quimiorradioterapia na doença localmente avançada ressecável, deve ser tomada com a participação do paciente;*	Sugestão acatada, informações inseridas na seção 7.1.1.2. (Doença localmente avançada).
Seção 7.1.1.1 (p. 12): *"Recomenda-se reabordagem cirúrgica como conduta inicial em casos de margens positivas ou próximas nas topografias da cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe e glândulas salivares." O Protocolo não traz nenhuma recomendação terapêutica para tumores de cavidade nasal, de seios paranasais ou de glândulas salivares: nenhum dos itens 7.1.1.1 a 7.1.1.3 os contempla, o Material Suplementar não apresenta as respectivas categorias TNM, e a busca de evidência ldescrita no Apêndice 2 não abrangeu essas topografias. Acrescentar as CIDs produziria um Protocolo que autoriza o registro de pacientes cuja conduta ele não define.* Desta forma, *"Solicita-se que o escopo do Protocolo seja delimitado às topografias efetivamente contempladas por suas recomendações — cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe —, com as seguintes alterações: "Seção 7.1.1.1 (p. 12): retirar "e glândulas salivares" da relação de topografias em que se recomenda reabordagem cirúrgica por margens comprometidas."*	Sugestão acatada, a topografia 'glândulas salivares' foi excluída da seção 7.1.1.2. (Doença localmente avançada).
7.1.1.2 – Doença localmente avançada (estádio III e IV) ...destaca uma lacuna estrutural ao que se refere a Avaliação da resposta após quimiorradioterapia, visto que o Protocolo não incorpora o papel do PET-CT. "*Trata-se, portanto, de intervenção que reduz simultaneamente morbidade e custo — combinação incomum, e particularmente relevante para o SUS, dado que o esvaziamento cervical é procedimento de custo e morbidade elevados, com impacto documentado pelo próprio Protocolo sobre função de ombro, mobilidade cervical e retorno à alimentação oral."* "*Página 14, item 7.1.1.2. A avaliação de resposta a quimiorradioterapia deve ser realizada ao redor de 12 semanas após o término de tratamento. O uso de tomografia ou ressonância de pescoço é recomendado, bem como o PET CT que demonstra um alto valor preditivo negativo para doença residual*	Sugestão acatada. Informações inseridas no texto na respectiva seção.

Contribuição	Resposta
e pode evitar dissecções cervicais em doença inicial N2 ou N3 (N Engl J Med 2016;374:1444-1454)"	
(...) omissão quanto a doença oligometastática, considerando que a metastasectomia não é a única terapia local, e reforça que: "*O parágrafo restringe a abordagem da doença oligometastática à cirurgia, deixando fora as terapias ablativas locais — em especial a radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) —, que atendem pacientes sem condição clínica para ressecção ou com lesões de acesso cirúrgico desfavorável. Como o Protocolo é o documento que orienta a autorização do procedimento, a omissão tende a se traduzir em indisponibilidade na prática*.", e, portanto, sugere a substituição da metastasectomia por radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) e solicita *"que o Protocolo explicite, na seção 9, a situação da SBRT na Tabela de Procedimentos do SUS para esta indicação, de modo que a recomendação seja exequível."*	Sugestão acatada. A SBRT é uma técnica e os procedimentos de radioterapia são organizados por topografia. Assim, os procedimentos existentes não vedam o uso dessa técnica.
(...) destaca lacunas na fundamentação e escopo das recomendações cirúrgicas. *(...) "Não foi formulada nenhuma questão relativa ao tratamento cirúrgico, e praticamente todas as condutas cirúrgicas dos itens 7.1.1.1 e 7.1.1.2 são referenciadas a uma única fonte, a diretriz de uma sociedade de oncologia clínica (referência 34)". "(...) que as recomendações cirúrgicas sejam referenciadas às fontes primárias e às diretrizes de sociedades cirúrgicas, que a composição do painel elaborador (a ser divulgada apenas no relatório final) contemple cirurgiões oncológicos e de cabeça e pescoço".*	Sugestões acatadas. Referências de artigos primários e outras diretrizes foram incluídas.
... destaca sobre a pesquisa do linfonodo sentinela. *O item 7.1.1.1 afirma que "este Protocolo não recomenda a técnica de pesquisa de linfonodo sentinela", com justificativa restrita à necessidade de cortes seriados e imuno-histoquímica. Essa redação não reflete a evidência atual: ensaio clínico randomizado de fase III demonstrou não inferioridade da biópsia do linfonodo sentinela em relação ao esvaziamento cervical eletivo no carcinoma de cavidade oral cT1– N0, com menor morbidade, e a técnica consta das diretrizes internacionais como alternativa em centros com medicina nuclear e patologia habilitadas. Sugere-se substituir a contraindicação por redação que reconheça a técnica como opção em centros com experiência, ou que a registre expressamente como tecnologia a ser avaliada para incorporação, evitando que o PCDT crie barreira normativa a uma conduta validada.* *"Pesquisa do Linfonodo Sentinela: Substituir a contraindicação atual da biópsia do linfonodo sentinela por texto que a reconheça como opção válida e menos mórbida no carcinoma de cavidade oral precoce (cT1-2N0) em centros habilitados, ou que a registre para futura incorporação no SUS."*	Sugestão acatada. O texto foi ajustado excluindo a contraindicação, e registrando a técnica como alternativa válida ao esvaziamento cervical eletivo em tumores iniciais (cT1-T2 cN0).
... destaca que *"O documento admite que a cirurgia radical da cavidade oral pode incluir mandibulectomia ou maxilectomia e que as ressecções acarretam disfunção da deglutição, mas não menciona a reconstrução microcirúrgica com retalhos livres nem a reconstrução mandibular, que são parte inseparável do tratamento moderno e determinam o resultado funcional. Sugere-se incluir a reconstrução como componente do tratamento cirúrgico, com garantia de acesso no SUS. (...)* *"(...) Incluir expressamente a reconstrução microcirúrgica (com retalhos livres) e mandibular como parte integrante do tratamento cirúrgico no SUS, além de prever a avaliação odontológica prévia à radioterapia, suporte nutricional precoce e suporte para cessação de tabagismo/etilismo."*	Sugestão não acatada. Informações sobre reconstrução microcirúrgica com retalhos livres e a reconstrução mandibular, bem como sua garantia no SUS, fogem ao escopo do PCDT.
7.1.2 - Radioterapia *"Recomenda-se considerar, quando clinicamente indicado e em articulação com a equipe de Radioterapia, a oferta de dispositivos intraorais*	Sugestão acatada. Incluído o seguinte trecho: Deve-se considerar, quando clinicamente indicado, a oferta de

Contribuição	Resposta
individualizados para pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço."	dispositivos intraorais individualizados para pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. Esses dispositivos, também conhecidos como próteses temporárias, stents intraorais ou moldeiras, são aparelhos personalizados feitos por um cirurgião-dentista para afastar tecidos saudáveis da área que receberá radiação no tratamento de câncer de cabeça e pescoço.
7.1.2.2. Radioterapia adjuvante destaca um erro conceitual referente a Profundidade de invasão de 4 mm e WPOI-5 como indicações de radioterapia adjuvante, gerando confusão entre fator prognóstico e fator preditivo. *"O Protocolo relaciona, em lista aparentemente equivalente, fatores com pesos prognósticos e forças de evidência muito distintas, e — mais grave — converte associação prognóstica em indicação terapêutica. São coisas diferentes: um fator prognóstico identifica pacientes com maior risco de recidiva; um fator preditivo identifica pacientes que se beneficiam de determinada intervenção. Só o segundo justifica indicar tratamento." (...) A literatura disponível associa profundidade de invasão a risco de metástase cervical oculta — o que sustenta o esvaziamento eletivo, não a irradiação adjuvante. O mesmo vale para o WPOI-5, cuja evidência é prognóstica, e cuja referência no Protocolo (referência 68) é material de apresentação de congresso, e não ensaio clínico ou diretriz."* *- Retirar a profundidade de invasão de 4 mm da relação de indicações isoladas de radioterapia adjuvante, mantendo-a, se for o caso, como elemento de composição do risco global.* *- Esclarecer expressamente que a evidência relativa ao WPOI-5 é prognóstica, não havendo demonstração de benefício terapêutico da radioterapia adjuvante orientada por esse marcador, e evitar que sua menção seja lida como indicação independente de tratamento.* *- Hierarquizar os fatores de risco, distinguindo o grupo de alto risco — margem comprometida e extensão extranodal patológica — do grupo de risco intermediário, com indicação da força de evidência que sustenta cada item.*	Sugestões parcialmente acatadas. O texto foi ajustado para definir DOI ≥ 4 mm e WPOI-5 como fatores prognósticos (risco de recidiva), eliminando sua indicação como critério isolado para radioterapia adjuvante. Substituiu-se a referência anterior, por artigo (Brandwein-Gensler et al., 2010) e diretrizes do NCCN. Contudo, as informações sobre DOI de ≥ 4mm e WPOI-5 foram mantidas no texto como componentes do risco histopatológico global. O grupo de alto risco (margem comprometida e extravasamento extranodal) não foi inserido na seção 7.1.2.2 por esta tratar apenas de radioterapia isolada, permanecendo restrito à subseção de terapia combinada (quimiorradioterapia).
Importância da linguagem categórica onde a evidência não a sustenta, destacando que: *"Três formulações do Protocolo empregam linguagem absoluta em situações que a evidência descreve como associação, e não como limiar biológico. Como um PCDT do Ministério da Saúde converte-se em regra assistencial, critério de auditoria e parâmetro de financiamento, a escolha vocabular tem consequência prática." Ex.: termos como "mandatória" e "para garantir eficácia".*	Sugestões acatadas. Os termos foram substituídos conforme sugeridos no respectivo texto.
7.1.2.1. Doença localizada (estádios I a II) A participação do paciente nas decisões terapêuticas com consequências funcionais distintas - "*O Protocolo estabelece, na seção 7.1.2.1, que nos estádios iniciais tanto a cirurgia quanto a radioterapia podem ser empregadas isoladamente e que "a escolha por uma ou outra modalidade terapêutica é baseada, primordialmente, na morbidade e sequelas funcionais decorrentes do tratamento proposto, sendo imprescindível a avaliação adequada da real extensão da doença antes do início do tratamento, bem como discussão em cenário multidisciplinar". Na seção 7.1.1.1, ao tratar dos tumores iniciais de laringe, o texto vai além e registra que cirurgia*	Sugestões parcialmente acatadas. Foi incluída seção sobre o cuidado oncológico integral. A decisão compartilhada com paciente percorre todo o algoritmo de tratamento. Ao inclui-la em fluxograma pontualmente pode haver a interpretação de que, apenas nesses momentos, a decisão deve ser compartilhada. Assim, a sugestão não

Contribuição	Resposta
conservadora e radioterapia "apresentam taxas de cura semelhantes, sendo a escolha baseada na preferência do paciente e na experiência da equipe". *1. estender à seção 7.1.2.1 a formulação já adotada na seção 7.1.1.1, de modo que a escolha entre modalidades com desfechos funcionais distintos considere expressamente a preferência do paciente, ao lado da morbidade esperada e da experiência da equipe;* *3. estabelecer que a decisão sobre a modalidade terapêutica, quando houver mais de uma alternativa com resultado oncológico* *equivalente, seja registrada em prontuário com indicação de que as opções foram discutidas com o paciente;* *4. incluir, nas Figuras 1 e 2, referência à participação do paciente nos pontos do fluxo em que o próprio Protocolo apresenta modalidades alternativas.*	foi acatada.
7.1.2.4. Considerações adicionais Desfechos Centrados no Paciente (PROs / PROMs) – sugere-se a Inclusão formal de métricas de qualidade de vida (*Patient-Reported Outcome Measures*) no PCDT para avaliar dor, xerostomia, disfagia, alterações de imagem corporal e saúde mental. *"Nesse sentido, contribuímos para que o PCDT incorpore de forma mais explícita desfechos relatados pelos pacientes (Patient-Reported Outcomes – PROs) e instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde."*	Sugestões parcialmente acatadas. Foram incluídas informações sobre a qualidade de vida. No entanto, o PCDT não preconiza métricas e instrumentos específicos de qualidade de vida.
<u>Inclusão de fotobiomodulação</u> *"Página 17, item 7.1.2.4. Considerar a inclusão da fotobiomodulação como medida de tratamento profilático e terapêutico para mucosite induzida por radioterapia. Trata-se de modalidade recomendada por sociedades internacionais (MASCC/ISOO e NICE).* Outras contribuições propõem: *"(...) a incorporação da fotobiomodulação (PBM) como estratégia a ser considerada para prevenção e/ou manejo da mucosite oral relacionada ao tratamento oncológico, especialmente em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, conforme indicação clínica e protocolos validados. (...)* *(...) inclusão da fotobiomodulação como estratégia a ser considerada para prevenção e/ou manejo da mucosite oral, conforme indicação clínica, protocolos validados e parâmetros técnicos estabelecidos".*	Sugestão acatada. Já existe procedimento referente à fotobiomodulação na Tabela do SUS.
<u>Equipe multidisciplinar</u> Acréscimo de *"subseção de avaliação multiprofissional pré-tratamento, que defina o momento em que essas avaliações devem ocorrer."* *"Recomenda-se que a assistência ao paciente com Carcinoma Epidermoide de Cabeça e Pescoço (CECP) seja operacionalizada por meio de uma <u>linha de cuidado integrada e contínua, superando o modelo de encaminhamento pontual pós-complicação</u>. Propõe-se a <u>tomada de decisão compartilhada</u> desde o diagnóstico entre Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Clínica, Radioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia."* *"O cuidado multiprofissional é declarado, mas normatizado apenas para a fonoaudiologia. Odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e enfermagem aparecem quase exclusivamente dentro de listas de profissões, sem conduta, sem critério de encaminhamento e sem periodicidade definida."* *(...) As propostas que se seguem pedem que as demais categorias profissionais (...), sejam normatizadas no mesmo padrão já adotado nas páginas 26 a 31."*	Sugestões parcialmente acatadas. Informações sobre equipe multidisciplinar são abordadas na seção 8 – Monitoramento. A elaboração de linha de cuidado não é escopo do PCDT.

Contribuição	Resposta
"(...) sugiro acrescentar um item entitulado atuação multiprofissional separadamente para reforçar a importância do manejo odontológico ao longo de todo o tratamento oncológico". (...) *"garantido cuidado multiprofissional, incluindo fonoaudiologia, nutrição, odontologia, fisioterapia, psicologia e assistência social., O câncer de cabeça e pescoço pode comprometer atividades essenciais, como falar, engolir, alimentar-se, respirar, trabalhar e conviver socialmente. Por isso, o cuidado precisa ir além do tratamento do tumor, garantindo reabilitação, saúde mental, autonomia, qualidade de vida, apoio aos familiares e cuidadores e continuidade do acompanhamento (...).* *"Sugere-se que o PCDT do Câncer de Cabeça e Pescoço estabeleça uma linha de cuidado integrada no SUS que defina com clareza a conduta pós-cirúrgica e a entrega imediata de insumos e próteses indispensáveis, como filtros HME, próteses vocais, próteses bucomaxilofaciais e nutrição enteral por gastrostomia, aliando cirurgia de ponta, diagnóstico preciso e suporte multiprofissional contínuo da triagem à reabilitação."* *"Protocolo indique a composição mínima da equipe multidisciplinar exigível para a execução de cada modalidade terapêutica, com remissão às portarias de habilitação que já a preveem, de modo a dar parâmetro objetivo ao serviço e à auditoria, e que o Ministério da Saúde informe por qual instrumento essa equipe é custeada".*	
<u>Odontologia</u> *"Recomenda-se que a assistência odontológica/estomatológica seja integrada à linha de cuidado do paciente com CECP desde a avaliação inicial e o planejamento terapêutico, durante o tratamento oncológico e no seguimento após o tratamento. (...)"* Acréscimo de: *"subseção de cuidado odontológico, com avaliação prévia ao início do tratamento, prevenção de cárie de radiação, manejo da xerostomia e do trismo, vigilância de osteorradionecrose (...) para prevenção da mucosite oral.* *"(...) Recomenda-se que pacientes submetidos à radioterapia com envolvimento dos maxilares sejam avaliados quanto ao risco individual de osteorradionecrose antes, durante e após o tratamento."* *"(...) avaliação odontológica/estomatológica prévia à radioterapia, com estratificação individualizada de risco e planejamento preventivo, sem indicação automática de extrações ou procedimentos padronizados".* *"Como cirurgiã dentista e estomatologista reconheço que o PCDT preliminar do CECP reconhece a participação da Odontologia na equipe multiprofissional e contempla complicações orais relacionadas ao tratamento, como mucosite, xerostomia, osteorradionecrose, trismo e complicações dentárias."* *"(...) Recomenda-se, entretanto, explicitar a necessidade de avaliação e acompanhamento odontológico/estomatológico dos pacientes que apresentarem hipofunção salivar ou xerostomia."* *"Propõe-se, portanto, que a participação da Odontologia/Estomatologia seja descrita de forma mais explícita e integrada desde o planejamento terapêutico até o seguimento de longo prazo, fortalecendo a integralidade e a continuidade do cuidado no SUS."* *"Na página 17, no ítem 7.1.2.4. Considerações adicionais chama a atenção o fato de se abordar a necessidade da equipe multidisciplinar no tratamento das sequelas da radioterapia, mas não se aborda a necessidade desta equipe, principalmente da odontologia, no tratamento prévio às sessões de radioterapia (...)."*	Sugestões não acatadas. Cabe ressaltar que a linha de cuidado não é definida pelo PCDT, tratando-se de documento diferente. As informações sobre as principais complicações e a atuação da odontologia já constam nas seções 7.1.2.4 e 8.
<u>Nutrição</u>	Sugestões parcialmente acatadas.

Contribuição	Resposta
Lacunas identificadas/ Recomendações prioritárias: *"- Instituir triagem nutricional sistemática desde a avaliação inicial.* *- Definir avaliação e intervenção nutricional especializada para pacientes em risco.* *- Estruturar acompanhamento nutricional durante radioterapia.* *- Incluir cuidado nutricional perioperatório e pós-operatório precoce.* *- Estabelecer metas energético-proteicas individualizadas e monitoramento da adequação.* *- Incorporar avaliação de massa muscular/sarcopenia quando clinicamente indicada.* *- Definir indicadores mínimos para monitoramento nutricional e seguimento."* Acréscimo de: *"subseção de cuidado nutricional, com triagem, critérios de via alternativa de alimentação e de indicação de gastrostomia (...).* *"1. explicitar quais são as vias alternativas de alimentação contempladas por este Protocolo;* *2. definir os critérios objetivos de indicação de cada uma delas;* *3. estabelecer que a discussão sobre a via alternativa de alimentação ocorra antes do início do tratamento nos subgrupos de maior risco;* *4. estabelecer a triagem nutricional no primeiro contato com o serviço especializado, com instrumento validado.*	A seção Cuidado Oncológico Integral foi incluída abordando aspectos nutricionais.
Terapia nutricional *"A terapia nutricional deve ser individualizada conforme ingestão alimentar, sintomas de impacto nutricional, estado nutricional, capacidade de deglutição, tratamento oncológico, condições clínicas e contexto psicossocial." Quando a ingestão oral for insuficiente para atender às necessidades, devem ser consideradas estratégias de aconselhamento, fortificação alimentar e suplementação oral. (...)."* *"sugere uma nova seção (...) contemplando os seguintes aspectos (...):* *1. Aconselhamento nutricional individualizado;* *2. Critérios explícitos de indicação de via alternativa de alimentação;* *3. Critérios de indicação de gastrostomia, com decisão multidisciplinar e articulada com a fonoaudiologia, dado o risco de desuso da deglutição;* *4. Acompanhamento nutricional no seguimento de longo prazo".* Integração entre disfagia, alimentação e nutrição *"Nos pacientes com disfagia ou outros sintomas que comprometam a alimentação, o manejo deve ser interdisciplinar, envolvendo, conforme necessidade, fonoaudiologia e nutrição (...)."* Cuidado perioperatório e durante radioterapia *"A assistência nutricional deve ser integrada ao cuidado perioperatório e ao tratamento com radioterapia. (...) Durante a radioterapia, recomenda-se acompanhamento nutricional regular, com frequência determinada pelo risco nutricional e pela presença de sintomas de impacto nutricional, podendo ser semanal nos pacientes de maior risco."*	Sugestões parcialmente acatadas. A seção Cuidado Oncológico Integral foi incluída abordando aspectos nutricionais.
Linha de cuidado nutricional criação de uma Linha de Cuidado Nutricional Especializado no SUS e a garantia de acesso à Terapia Nutricional Domiciliar (TND/TNE) para pacientes incapacitados de suprir suas necessidades por via oral convencional, associando essas medidas à adoção obrigatória da Avaliação Global Subjetiva Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) do diagnóstico à alta (...). *"Recomenda-se que toda pessoa com câncer epidermoide de cabeça e pescoço seja submetida à triagem do risco nutricional na avaliação inicial e em momentos definidos ao longo do tratamento e da recuperação (...)".*	Sugestões não acatadas. A criação de uma linha de cuidado nutricional especializada, bem como indicadores de monitoramento, foge ao escopo do PCDT.

Contribuição	Resposta
"Recomenda-se que a assistência nutricional seja obrigatoriamente conduzida por nutricionista com formação em nutrição oncológica, integrado à equipe multiprofissional (...)." Indicadores de monitoramento *"O acompanhamento nutricional deve considerar, conforme aplicabilidade clínica, ingestão alimentar, trajetória ponderal, sintomas de impacto nutricional, classificação/diagnóstico nutricional, necessidade e tolerância de terapia nutricional, capacidade de atingir necessidades nutricionais, evolução da deglutição e, quando indicado, massa muscular, força e desempenho físico."* *"Triagem e intervenção nutricional precoce (ASG-PPP) e adequação bucal pré-radioterapia (prevenção de osteorradionecrose e mucosite severa)."*	
Inclusão do enfermeiro e procedimentos correspondentes *"Gostaria de enfatizar que a Enfermagem tem uma a atuação importante diversos tipos de câncer epidermóide de cabeça e pescoço, principalmente nos cuidados pós-operatório imediato na laringectomia total: cuidados com a traqueostomia, a pele, deglutição e comunicação e essa assistência foi pouca enfatizada no protocolo."* Explicitar a Estomaterapia no cuidado ao estoma, considerando a lacuna identificada: *"o protocolo avança ao contemplar o cuidado ao estoma cervical e o uso de dispositivos, mas recomendamos que a especialidade de Estomaterapia seja nomeada nos pontos de cuidado pertinentes.* Proposta de redação: *explicitar a participação do enfermeiro com formação ou capacitação em Estomaterapia no cuidado ao estoma e à pele periestomal, na indicação e adaptação de dispositivos, na educação para o autocuidado, no manejo de complicações e na transição hospital-domicílio."* *Outras contribuições também destacam sobre a inclusão do enfermeiro estomaterapeuta, integração aos serviços de estomias e continuidade do cuidado e insumos.*	Sugestões parcialmente acatadas. Entendemos a importância das considerações apresentadas. Ressalta-se que a seção 8 já contempla a importância da enfermagem em todas as fases do cuidado.
Cuidado psicossocial acréscimo de *"subseção de cuidado psicossocial, com rastreio de sofrimento psíquico (...)."* *"destaca a importância do cuidado psicossocial e (...) sugere uma nova seção denominada Cuidado Psicossocial contemplando os seguintes aspectos:* 1. *Rastreio de sofrimento psíquico com instrumento validado;* 2. *Critérios explícitos de encaminhamento;* 3. *Menção expressa ao risco aumentado de suicídio na seção 8 (Monitoramento);* 4. *Encaminhamento estruturado para tratamento do tabagismo e do uso de álcool, e não apenas orientação verbal."*	Sugestão parcialmente acatada. Foi incluída seção de Cuidado Oncológico Integral. Os fluxos de encaminhamento não são escopo do Protocolo.
Atenção do social – inclusão do assistente social "Proposta de redação: incluir o assistente social entre os profissionais da equipe multidisciplinar (...)". *"A composição da equipe multidisciplinar descrita na p. 31 não inclui o serviço social (...). Propõe-se a inclusão da categoria na relação de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar."* *"no que tange a equipe multidisciplinar gostaria que fosse incluíssem os profissionais da assistência social, terapia ocupacional e da psiquiatria (...)".*	Sugestões acatadas. Informação inserida na seção 8 do PCDT.
Reabilitação voz e comunicação *"A estratégia de reabilitação da comunicação após laringectomia total deve ser individualizada e pode incluir voz traqueoesofágica, voz esofágica e laringe eletrônica.* Sugestão de inclusão: *Treinamento pré-operatório, uso da laringe eletrônica com adaptador intraoral no pós-operatório e diretrizes de*	Sugestões parciamente acatada. Foram incluídas informações sobre a laringe eletrônica e a prótese fonatória traqueoesofágica.

Contribuição	Resposta
indicação de PFT e voz esofágica (...) "*A laringe eletrônica é um dispositivo externo e não invasivo que possibilita comunicação oral funcional e pode ser introduzido desde o pós-operatório precoce. Pode ser utilizada por contato na região cervical ou facial e, nos modelos compatíveis, por meio de adaptador oral, inclusive durante a fase inicial de cicatrização, quando edema, curativos, drenos ou sensibilidade cervical dificultarem seu posicionamento no pescoço. Deve ser considerada modalidade temporária, complementar, de backup ou permanente, conforme a indicação individual, sempre com orientação e acompanhamento fonoaudiológico."* Sugestão de inclusão: Protocolo para troca da Prótese Fonatória Traqueoesofágica (PFT) em nível ambulatorial, estabelecendo a periodicidade e prevendo mecanismos de reembolso e financiamento de procedimentos ambulatoriais no SUS. "*A voz traqueoesofágica por meio de prótese vocal é considerada* *método de referência para reabilitação da comunicação após laringectomia total, com resultados favoráveis de inteligibilidade e qualidade vocal. Sua indicação deve ser avaliada precocemente, preferencialmente no planejamento cirúrgico. A punção traqueoesofágica pode ser primária, realizada no momento da laringectomia, ou secundária (...) A indicação deve ser compartilhada entre paciente e equipe multiprofissional, com acompanhamento fonoaudiológico especializado."* "*A voz esofágica permanece como modalidade de reabilitação da comunicação e pode ser oferecida conforme avaliação individualizada. Entretanto, sua aquisição prévia não deve constituir requisito para avaliação ou acesso à prótese traqueoesofágica ou à laringe eletrônica. Nos pacientes em treinamento de voz esofágica, exames complementares podem ser solicitados quando houver indicação clínica ou funcional."*	Questões específicas sobre a troca da PFT e mecanismos de reembolso não são escopo do PCDT.
<u>Reabilitação motora</u> *"destaca a importância da reabilitação motora e fisioterapia e (...) propõe contemplar os seguintes aspectos:* *1. Encaminhamento para fisioterapia no pós-operatório de esvaziamento cervical;* *2. Exercícios de abertura bucal para prevenção e tratamento do trismo;* *3. Avaliação e manejo do linfedema cervicofacial no seguimento;* *4. Orientação de atividade física."* *"incluir a avaliação e o manejo do linfedema cervicofacial e a conduta de reabilitação motora após o esvaziamento cervical, com critérios de encaminhamento à fisioterapia, especialmente nos casos de manipulação ou sacrifício do nervo espinhal acessório;"*	Sugestão parcialmente acatada. Foi incluída seção Cuidado Oncológico Integral, que aborda a reabilitação.
<u>7.2.2. Quimioterapia de indução (prévia)</u> destaca a ausência de precisão técnica quanto a quimioterapia de indução: a caracterização da evidência como ausência de benefício contradiz as recomendações apresentadas na sequência do próprio Protocolo. *"O papel da indução antes da quimiorradioterapia no CECP não nasofaríngeo localmente avançado deve ser distinguido das estratégias de preservação de órgão e, sobretudo, do carcinoma de nasofaringe, no qual a quimioterapia de indução possui fundamentação e papel terapêutico próprios — conforme o próprio Protocolo reconhece na seção 7.1.1.2, ao indicá-la como tratamento recomendável nessa topografia."* Propõe: *Substituir o período que caracteriza a evidência como ausência de benefício inequívoco por: "Os estudos que avaliaram a adição de quimioterapia de indução à quimiorradioterapia concomitante apresentam resultados controversos, sem demonstração consistente de benefício em*	Sugestões acatadas. As informações foram ajustadas para refletir a controvérsia da literatura sobre o benefício da quimioterapia de indução em pacientes não selecionados, delimitar seu uso a cenários específicos e destacar a cautela na extrapolação de dados entre CECP não nasofaríngeo e carcinoma de nasofaringe.

Contribuição	Resposta
sobrevida global que justifique sua utilização rotineira em pacientes não selecionados. A quimioterapia de indução pode, entretanto, ser considerada em cenários clínicos específicos, conforme sítio primário, extensão da doença, objetivo de preservação de órgão e estratégia terapêutica subsequente" e acrescentar *"As evidências devem ser interpretadas de acordo com o contexto clínico, não sendo apropriada sua extrapolação indistinta entre CECP não nasofaríngeo, estratégias de preservação de órgão e carcinoma de nasofaringe."*	
7.2.2. Quimioterapia de indução (prévia) *"Página 19, item 7.2.2 "nos casos de orofaringe em estádio clínico IV" considerar mudar a frase ou colocar entre parêntesis 'doença localmente avançada' visto que para pacientes com imunohistoquímica positiva para p16 o estádio IV limita-se a pacientes com doença metastática a distância".*	Sugestões acatadas. Incluiu-se o termo 'doença localmente avançada' nos casos de orofaringe.
<u>7.2.3. Quimioterapia Paliativa</u> *"O Protocolo registra a não incorporação da imunoterapia, mas não apresenta a evidência nem prepara a rede para reavaliá-la".* Sugestão: - Ampliar o parágrafo da seção 7.2.3, a atualização e contextualização histórica da não incorporação das imunoterapias (pembrolizumabe/nivolumabe) e do cetuximabe ao SUS por razões econômicas; - Recomendação de testagem e registro do biomarcador PD-L1 (CPS) no SUS para dimensionamento epidemiológico da população elegível; - Estabelecimento de uma cláusula de reavaliação programada das tecnologias pela CONITEC frente a futuras reduções de custo (vencimento de patentes a partir de 2028 e entrada de biossimilares). *"Acho que a imunoterapia deve ser sim incluida no tratamento dos carcinomas de cabeca e pescoco, assim como ja praticado em muitos locais no mundo! Tambem reintero a importancia dos filtros, adesivos e proteses fonatorias para a reabilitacao dos pacientes submetidos a laringectomia total por neoplasia avancada de laringe introduzindo-os a socializacao!"* *"Necessidade de imunoterapia neoadjuvante e adjuvante e paliativa. (...) O tratamento proposto com quimioterapia está bem aquém do oferecido fora do ambiente sus".*	Sugestões parcialmente acatadas. O texto foi ajustado para detalhar os esquemas terapêuticos e explicitar a fundamentação das decisões de não incorporação pela Conitec, e por isso não recomendados neste PCDT. A recomendação sistemática da determinação do CPS por imuno-histoquímica não foi abordada pois o PCDT não recomenda tratamento associado a esse biomarcador financiado no SUS. Não há previsão legal para reavaliação programadas pela Conitec e o tema foge ao escopo do PCDT.
<u>7.2.4. Algoritmos de tratamento</u> o protocolo tem 3 fluxogramas de tratamento e nenhum de acesso. *"As Figuras 1, 2 e 3 cobrem exclusivamente a decisão terapêutica por estádio. Não há representação do percurso do paciente entre os níveis de atenção: quem suspeita, quem confirma, quem encaminha, em quanto tempo e para onde."* "*os algoritmos apresentados são terapêuticos. Não identificamos representação do percurso completo do paciente na rede, nem indicadores de tempo entre suspeita e início do tratamento.* (...) "*incluir figura que represente a jornada assistencial completa, incluindo a identificação da suspeita na Atenção Primária, o encaminhamento, a avaliação especializada, a biópsia, o laudo anatomopatológico, o estadiamento, o acesso à unidade habilitada em oncologia, o tratamento, a reabilitação, o seguimento e a contrarreferência, e recomendar o monitoramento dos seguintes intervalos, observados os prazos legais vigentes: da suspeita clínica à avaliação especializada; da avaliação especializada à realização da biópsia; da biópsia à emissão do laudo anatomopatológico; do diagnóstico ao início do tratamento."* ... sugere representar os cuidados paliativos, nas Figuras 1, 2 e 3, desde o início do tratamento e de forma concomitante às terapias modificadoras da doença.	Sugestão não acatada. O fluxo de acesso, a elaboração de linha de cuidado e os indicadores não são escopo do PCDT. Sobre os cuidados paliativos, uma vez que ele deve ser iniciado a partir do diagnóstico do paciente, entendeu-se pela não inclusão no fluxo de tratamento.

Contribuição	Resposta
MODIFICAR — Revisar as Figuras 1, 2 e 3 para assegurar concordância com as recomendações do texto, especialmente quanto ao tratamento do pescoço, papel restrito da quimioterapia de indução, estratégias de preservação de órgão, prioridade cirúrgica nos tumores T4a de laringe e hipofaringe, tratamento da nasofaringe e manejo da doença recorrente/metastática. Sugestão substituir a Figura 1 apresentando uma figura para cada topografia, da seguinte forma: *7.2.4.1 – CECP – estádios I e II - "MODIFICAR — Substituir o fluxo atual por algoritmo organizado segundo o sítio primário, explicitando as particularidades do tratamento do pescoço.".* 7.2.4.1.1 – Cavidade oral - *MODIFICAR — Nos tumores iniciais da cavidade oral, manter a cirurgia como modalidade preferencial. No pescoço cN0, a indicação de tratamento eletivo deve considerar a profundidade de invasão (DOI), em vez de utilizar apenas a espessura tumoral.* 7.2.4.1.2 – Orofaringe - *MODIFICAR – a indicação da lateralidade do tratamento do pescoço. INCLUIR — Avaliar p16/HPV quando disponível. A indisponibilidade do teste não deve impedir ou retardar o tratamento.* 7.2.4.1.3 – Nasofaringe - *MODIFICAR — Explicitar que a radioterapia definitiva constitui o tratamento de escolha. Nos pacientes T2N0M0, pode ser considerada terapia sistêmica concomitante na presença de características clínicas de maior risco. A cirurgia não deve aparecer como modalidade habitual de tratamento primário.* CAF – *"Página 22, algoritmo de nasofaringe sugerimos manter somente quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia por se tratar de pacientes com doença localmente avançada."* 7.2.4.1.4 – Laringe - *MODIFICAR — Apresentar cirurgia conservadora ou radioterapia como modalidades definitivas nos tumores iniciais. Nos tumores T1N0 glóticos, não indicar tratamento eletivo do pescoço. Nos tumores supraglóticos tratados cirurgicamente, incluir tratamento eletivo do pescoço.* 7.2.4.1.5 – Hipofaringe - *MODIFICAR — Para T1N0 e T2N0 selecionados, apresentar radioterapia definitiva ou cirurgia conservadora por abordagem aberta. Quando o tratamento primário for cirúrgico, incluir esvaziamento seletivo do pescoço.*	Sugestão não acatada. A substituição da Figura 1 por cinco figuras independentes não foi acatada por razões de padronização e simplificação gráfica do documento. As especificidades anatômicas e funcionais de cada sítio estão apresentadas na seção 7.1.1.1 – Doença localizada (estádios I e II).
Substituição da Figura 2, apresentando uma figura para cada topografia, da seguinte forma: 7.2.4.2 –CECP localmente avançado – estádios III e IV - *MODIFICAR— Substituir a bifurcação genérica baseada apenas em "candidato à cirurgia?" por fluxos específicos por sítio primário, considerando ressecabilidade, extensão da doença, função do órgão, resultado funcional esperado e condições clínicas.* 7.2.4.2.1 – Cavidade oral - *INCLUIR — Na presença de margem histologicamente comprometida, considerar nova ressecção quando tecnicamente factível e sem morbidade ou prejuízo funcional desproporcional. Extensão extranodal e/ou margem positiva não passível de nova ressecção configuram alto risco para recidiva e portanto necessitam de quimiorradioterapia adjuvante.* 7.2.4.2.2 – Orofaringe - *MODIFICAR — A quimioterapia de indução não deve constituir um terceiro braço terapêutico rotineiro; pode ser considerada apenas em situações selecionadas.* *INCLUIR — Avaliar p16/HPV quando disponível; a indisponibilidade não deve atrasar o tratamento. Tumor HPV associado, isoladamente, não constitui indicação para redução de intensidade fora de protocolos de pesquisa.*	Sugestão não acatada. A substituição da Figura 2 por cinco figuras independentes não foi acatada por razões de padronização e simplificação gráfica do documento. As especificidades anatômicas e funcionais de cada sítio estão apresentadas na seção 7.1.1.2 – Doença localmente avançada (estádios III e IV).

Contribuição	Resposta
7.2.4.2.3 – Nasofaringe - *RETIRAR — Retirar cirurgia associada ao esvaziamento cervical como modalidade habitual de tratamento primário. A cirurgia deve ficar reservada principalmente ao resgate de doença persistente ou recorrente.* 7.2.4.2.4 – Laringe - *INCLUIR — A indicação de preservação de órgão deve considerar preservação funcional da voz, deglutição e proteção da via aérea, e não apenas preservação anatômica.* 7.2.4.2.5 – Hipofaringe - *INCLUIR — A indicação de preservação de órgão deve considerar a expectativa de preservação funcional.*	
Substituição da Figura 3, apresentando uma figura para cada estádio doença persistente, recorrente ou metastática), da seguinte forma: 7.2.4.3 –Doença persistente, recorrente ou metastática - *MODIFICAR — Reorganizar o algoritmo para que a primeira decisão seja a possibilidade de tratamento locorregional com intenção curativa, em vez de iniciar pela separação entre nasofaringe e outros sítios.* 7.2.4.3.1 – Doença locorregional recorrente/persistente *MODIFICAR — Na ausência de doença metastática, a cirurgia de resgate deve constituir a opção preferencial quando a doença for ressecável e o paciente apresentar condições clínicas adequadas. MODIFICAR — A reirradiação pode ser considerada em pacientes selecionados previamente irradiados, particularmente quando não houver possibilidade de resgate cirúrgico, considerando intervalo desde a radioterapia prévia, volume da doença, doses previamente administradas, órgãos de risco, condições clínicas e risco de toxicidade.* 7.2.4.3.2 – Tratamento sistêmico paliativo - *INCLUIR — Cuidados paliativos e medidas de controle de sintomas devem ser integrados ao tratamento sistêmico conforme as necessidades do paciente. RETIRAR — Não recomendar metastasectomia pulmonar ou tratamento local de oligometástases como estratégia geral para CECP mucoso.*	Sugestão não acatada. A substituição da Figura 3 por cinco figuras independentes não foi acatada por razões de padronização e simplificação gráfica do documento. As especificidades de cada estágio da doença estão apresentadas nas seções correspondentes.
Alteração no algoritmo diagnóstico 7.2.4.2.6 – Manejo do pescoço após quimiorradioterapia definitiva. *INCLUIR — Quando disponível, utilizar FDG-PET/CT a partir de aproximadamente 12 semanas após o tratamento; na indisponibilidade, utilizar TC e/ou RM.* *RETIRAR — Retirar recomendação de linfadenectomia rotineira entre 4 e 12 semanas após quimiorradioterapia.* 7.2.4.4 – Princípios transversais a serem mantidos nos algoritmos *INCLUIR — Nos pacientes com CECP localmente avançado submetidos a tratamento cirúrgico do tumor primário, associar o tratamento do pescoço com esvaziamento cervical. A extensão e a lateralidade devem ser definidas conforme sítio primário, extensão da doença e comprometimento linfonodal.* *INCLUIR — Evitar tratamento trimodal (Cirurgia + RT + QT) sempre que uma estratégia oncologicamente adequada puder alcançar controle da doença com menor morbidade.* *INCLUIR — As decisões dos algoritmos devem considerar controle oncológico, função esperada do órgão, morbidade, condições clínicas e preferência do paciente.*	Sugestão parcialmente acatada. Considerando que a PET-CT não está incorporada ao SUS, ela não é abordada nos fluxogramas. As demais informações transversais são apresentadas ao longo do PCDT.
7.4. Cuidado farmacêutico A seção 7.4 tem título incompatível com o conteúdo apresentado, e propõem *"alterar o título da seção 7.4 de "7.4. Cuidados paliativos" para "7.4. Cuidado farmacêutico", revisando a numeração e as remissões internas conforme necessário.* *"corrigir o título da seção 7.4, hoje denominada "Cuidados paliativos", cujo conteúdo trata integralmente do cuidado farmacêutico, de modo a evitar duas*	Sugestão acatada.

Contribuição	Resposta
seções consecutivas com títulos praticamente idênticos e conteúdos distintos."	
MONITORAMENTO	
Cessação do tabagismo e do consumo de álcool: do aconselhamento ao tratamento estruturado *"1. substituir, na seção 8, a orientação de esclarecimento pelo encaminhamento formal ao programa estruturado de tratamento do tabagismo previsto no PCDT do Tabagismo, com registro do encaminhamento;* *2. estabelecer que a avaliação da dependência de tabaco e de álcool integre a avaliação inicial do paciente, e não apenas o seguimento pós-tratamento;* *3. prever o encaminhamento para tratamento do uso problemático de álcool, articulado com a Rede de Atenção Psicossocial, hoje ausente do documento;"*	Sugestões acatadas. Informação inserida na seção 8 do PCDT.
Cirurgia oncológica e encaminhamento para centros de referência *"solicita a inclusão explícita da cirurgia oncológica entre as especialidades habilitadas ao tratamento e ao seguimento do CECP (...). Solicita, ainda, que o protocolo incorpore a evidência que associa o volume cirúrgico e a experiência da equipe a melhores desfechos oncológicos e funcionais, orientando o encaminhamento preferencial das ressecções ampliadas, das reconstruções, das cirurgias de resgate e dos casos localmente avançados a centros de referência."* *"Incluir explicitamente a especialidade de Cirurgia Oncológica entre as habilitadas para o tratamento e acompanhamento do paciente, além de prever o encaminhamento preferencial de casos complexos e ressecções ampliadas a centros de referência de alto volume."*	Sugestões não acatadas. Ressalta-se que a seção 8 já contempla a atuação da equipe multidisciplinar, incluindo cirurgiões. Quanto à habilitação, a sugestão foge ao escopo do PCDT.
Periodicidade e seguimento para os pacientes e toxicidades *"estabelecer, na seção 8, para cada toxicidade tardia relacionada na seção 7.1.2.4, quem monitora, com que periodicidade e qual a conduta diante de sua identificação (...);"* *"Que a seção 8 explicite, para cada toxicidade tardia listada na p. 17, ao menos: quem monitora, com que periodicidade e qual a conduta em caso de identificação. Hoje a seção 8 é rigorosa quanto à vigilância oncológica — recorrência e segundo tumor primário — e silenciosa quanto à vigilância funcional, embora o próprio Protocolo afirme, na abertura da seção, que o seguimento deve incluir "avaliação e gerenciamento de efeitos físicos e psicossociais tardios e de longo prazo".* *. O texto apresenta algumas inconsistências quanto a recomendação de seguimento. Sugerimos a manutenção das recomendações de exame físico e considerar para o seguimento por imagem:* *– Pacientes estádios I e II, exames de imagem pós-tratamento são recomendados a cada 6 meses após o tratamento inicial, por 2 anos, após anualmente até completar 5 anos de seguimento.* *– Pacientes estádios III e IV, exames de imagem 8 a 12 semanas após o término do tratamento. Posteriormente frequência semestral nos primeiros três anos e anual até completar 5 anos de seguimento.*	Sugestões não acatadas. Ressalta-se que a seção 8 já contempla recomendações quanto à periodicidade do seguimento dos pacientes, independentemente do estadiamento, as quais estão alinhadas com outras diretrizes, com as do NCCN.
Dosagem sérica de TSH O hipotireoidismo foi descrito como toxicidade tardia, ausente do monitoramento. *"A p. 17 lista o hipotireoidismo entre as toxicidades tardias da radioterapia. A seção 8 detalha a periodicidade do exame físico, da nasofibrolaringoscopia e dos exames de imagem, além do rastreamento de segundo tumor primário — e não menciona a dosagem de TSH. É o exame de menor custo e maior rendimento de toda a seção."*	Sugestão acatada.

Contribuição	Resposta
Propostas: *"Dosagem sérica de TSH a cada 6 a 12 meses nos pacientes submetidos a irradiação cervical, mantida indefinidamente, dada a incidência de hipotireoidismo pós-radioterapia e a inespecificidade de sua apresentação clínica nesta população."*	
a avaliação de resposta e vigilância de rotina são apresentadas sem distinção. *"As duas orientações não são incompatíveis, mas o Protocolo não distingue avaliação de resposta ao tratamento (...). Sem essa distinção, o primeiro exame de vigilância tende a ser confundido com a avaliação de resposta, com risco de decisão sobre esvaziamento cervical em momento inadequado. Recomenda-se separar as duas finalidades em parágrafos próprios, articulando a avaliação de resposta ao item correspondente sobre PET-CT, e reservando a vigilância periódica ao seguimento de longo prazo."*	Sugestão acatada. A Seção 8 (Monitoramento) foi reorganizada estruturalmente com subtítulos para delimitar os momentos do acompanhamento, conforme sugerido.
Atuação/ reabilitação fonoaudiológica *"Reorganizar o conteúdo fonoaudiológico do PCDT como uma linha longitudinal de cuidado funcional, incluindo uma avaliação de base antes do tratamento, as possibilidades de acompanhamento durante a cirurgia, radioterapia e quimioterapia, monitoramento audiológico da ototoxidade, reabilitação da deglutição, voz, fala, comunicação, olfato e proteção pulmonar."* *"Sugere-se que o paciente seja avaliado pelo fonoaudiólogo antes do início da radioterapia, quimiorradioterapia ou cirurgia, com acompanhamento e reavaliações durante e após o tratamento, conforme o risco, os efeitos adversos apresentados e a evolução clínica. (...)* *"De forma geral a presença do fonoaudiologoa em todas as etapas do tratamento permitindo um monitoramento continuo ao paciente para que as funções de deglutição e voz (comunicação oral) sejam maximizadas (...)"* *"A atuação fonoaudiológica deve abranger todas as localizações anatômicas contempladas pelo protocolo (cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe), respeitando as especificidades de cada tratamento. Inclusão de avalições de pré-tratamento, acompanhamento e pós-tratamento; monitoramento e diagnóstico funcional da deglutição, bem como a integração com a terapia nutricional."* *"O acesso à Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA [...]), outras formas de comunicação e dispositivos necessários (...), bem como seguimento das sequelas tardias e dos desfechos relatados pelos pacientes, devem ser previstos nos serviços que serão responsáveis por essas etapas do cuidado."* Acompanhamento audiológico *"Uma sugestão de inclusão é o acompanhamento audiológico no PCDT para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamentos com potencial ototóxico e/ou à radioterapia com exposição da região auditiva. Recomenda-se a realização de avaliação audiológica antes do tratamento, monitoramento durante o tratamento, quando indicado, e acompanhamento após seu término, possibilitando a identificação precoce de perda auditiva, zumbido e outras alterações relacionadas à ototoxicidade, bem como a adoção oportuna de medidas de intervenção e reabilitação auditiva.,"* *- "(...) incluir a avaliação audiológica de base, antes do início do tratamento com cisplatina, e no seguimento dos pacientes que a receberam, de modo coerente com o critério de elegibilidade já adotado na seção 7.2.1;*	Sugestão parcialmente acatada. Linhas de cuidado são documentos complementares ao PCDT. Entendemos a importância das considerações apresentadas. Ressalta-se que a seção 8 já contempla a importância da fonoaudiologia em todas as fases do cuidado. Foi incluída informação sobre avaliação audiológica.
"Substituir o termo exame (de fonoterapia), na p. 26 do documento, que está usado de maneira equivocada no contexto do documento, uma vez que não existe um "exame de fonoterapia ou de deglutição" em particular, com essa nomenclatura. A Fonoaudiologia realiza avaliação, diagnóstico, terapia, mas não há um exame de fonoterapia."	Sugestão acatada. Termo substituído por avaliação clínico-funcional da deglutição e da voz na seção correspondente.

Contribuição	Resposta
Reabilitação após procedimento de laringectomia total *Foi proposto estruturar no PCDT uma linha de cuidado integrada e contínua no SUS para o Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço, garantindo cirurgia oncológica com reconstrução, suporte multiprofissional (nutrição, fonoaudiologia e odontologia), diagnósticos precisos (PET-CT e linfonodo sentinela) e reabilitação integral do paciente laringectomizado (incluindo HME e próteses vocais).* *"Recomenda-se que a reabilitação da pessoa submetida à laringectomia total seja apresentada em tópico próprio, e não como subtópico exclusivo de deglutição. Esse tópico deve abordar, de forma integrada e multiprofissional: reabilitação da comunicação e da voz, reabilitação pulmonar, cuidados com o traqueostoma e com a pele periestomal, deglutição, nutrição e autocuidado, educação perioperatória e seguimento funcional'.* *"(...) Além dos aspectos relacionados à deglutição e à voz, é importante incluir informações sobre a reabilitação respiratória e olfatória no pós-operatório de pacientes submetidos à laringectomia total. Essas funções são diretamente impactadas pela cirurgia, com repercussões significativas na qualidade de vida (...)".*	Sugestão parcialmente acatada. Linhas de cuidado são documentos complementares ao PCDT. A PET-CT não está incorporada ao SUS para esta indicação e, portanto, não é preconizada pelo Protocolo. Aspectos sobre a reabilitação foram incluídos no PCDT.
"Na página 29, onde se lê: O laringectomizado total conviverá com a traqueostomia de forma, permanente, logo o cuidado pulmonar também é foco de preocupação para esse grupo de pacientes, SUGIRO TROCAR O TERMO TRAQUEOSTOMIA PARA TRAQUEOSTOMA, uma vez que o laringectomizado total ficará com o traqueostoma de forma permanente, mas não necessariamente com uma cânula de traquestomia."	Sugestão acatada. Informação inserida na seção 8 do PCDT.
- Estruturar a reabilitação bucomaxilofacial Lacuna identificada: *"o protocolo menciona próteses obturadoras e rebaixadoras de palato, mas recomendamos que a reabilitação protética bucomaxilofacial seja organizada como eixo próprio.* Proposta de redação*: "incluir subtópico que contemple o planejamento reabilitador conjunto entre as equipes cirúrgica e odontológica, as próteses intraorais e extraorais, a reconstrução de grandes defeitos de maxila e mandíbula, e o impacto dessas intervenções sobre fala, mastigação, deglutição e imagem corporal."* - Incorporar deficiência, direitos e reinserção como componentes da reabilitação Lacuna identificada: *a reabilitação descrita no protocolo é predominantemente clínica e funcional. A dimensão social da reabilitação não está estruturada.* Proposta de redação: *"reconhecer como componentes da reabilitação integral: a avaliação da deficiência resultante do tratamento e o encaminhamento para os direitos correspondentes; a orientação sobre direitos já assegurados em lei; o suporte ao cuidador; e o processo de retorno às atividades sociais e produtivas."*	Sugestões parcialmente acatadas. A seção 8 já contempla o encaminhamento ao dentista para avaliação de próteses obturadoras. As orientações sobre direitos e legislação para cuidadores, bem como sobre o retorno às atividades sociais e produtivas, fogem ao escopo do PCDT. Foi incluído um trecho relatando que esses pacientes podem ter direitos sociais.
Acesso a insumos *1. explicitar, na seção 9, a via de fornecimento dos dispositivos, órteses e insumos recomendados na seção 8 — filtros e adesivos para estomizados, espessantes alimentares, prótese traqueoesofágica, laringe eletrônica e próteses obturadora e rebaixadora de palato —,* *indicando a codificação aplicável na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;* *2. registrar expressamente, quando não houver codificação correspondente, que se trata de lacuna a ser submetida à avaliação,* *de modo que a recomendação assistencial e a condição de oferta caminhem juntas;*	Sugestões não acatadas. A definição de modalidades de acesso a insumos e dos pontos da rede em que estão disponíveis não é competência do PCDT.

Contribuição	Resposta
3. definir o ponto da rede responsável pela dispensação e pela reposição periódica desses insumos, cujo uso é continuado e não se esgota na alta hospitalar; *4. incluir a orientação sobre a obtenção desses itens entre os conteúdos da alta hospitalar já previstos no Protocolo.* Outras contribuições destacam: *"É fundamental que o PCDT também assegure o acesso aos insumos necessários para a reabilitação após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço (...)"* *"A interrupção do acesso aos HMEs compromete diretamente os resultados alcançados, podendo levar ao retorno de sintomas respiratórios, complicações e piora da qualidade de vida (...)"* *"considero fundamental destacar o papel dos dispositivos de troca de calor e umidade (HME), os cuidados permanentes com o estoma respiratório e as opções de reabilitação vocal, especialmente a prótese traqueoesofágica e a eletrolaringe, conforme indicação clínica, disponibilidade e preferência do paciente".* "*Propõe-se a inclusão de um item específico de avaliação para uso dos filtros HME e adesivos, de modo a assegurar que o cuidado pulmonar seja contemplado no acompanhamento pós-operatório, ao lado das avaliações da deglutição e da voz já previstas (...)."*	
<u>Cuidados pré e pós-operatórios</u> As contribuições destacam a necessidade de iniciar a abordagem multiprofissional ainda na fase pré-operatória, combinando acolhimento, educação em saúde e preparo funcional: *"(...) orientar o paciente e seus familiares sobre as modalidades de reabilitação da comunicação após laringectomia total, incluindo voz traqueoesofágica por meio de prótese vocal, voz esofágica e laringe eletrônica. A escolha deve ser individualizada e compartilhada com a equipe multiprofissional, considerando condições clínicas, anatômicas, funcionais e as preferências do paciente",* *"Explicar a respeito da anatomia e fisiologia da produção vocal, deglutição e respiração (...) dos métodos de reabilitação pulmonar, da comunicação, paladar, olfato e deglutição. (...) Propõe-se a inclusão da função respiratória e da reabilitação pulmonar entre as orientações pré-operatórias." (...) poderiam incluir avaliações e exercícios preparatórios para a adaptação de funções no pós-operatório."* *"No item *8. Monitoramento"", sugiro que seja aprescentada a recomendação pré- e pós-operatório: * Avaliação de dentária e periodontal, com vistas à remoção dos focos de infecção mas visando a preservação dos dentes saudáveis sempre que possível* Em ""Deglutição"", acrescentar avaliação de fluxo salivar, pois o paciente pode necessitar de saliva artificial. "* As contribuições reforçam o início precoce da reabilitação e a indicação criteriosa de exames complementares (videofluoroscopia): *"Pós-operatório: iniciar precocemente a reabilitação da comunicação e definir o método ou a combinação de métodos mais adequada para cada paciente. A indicação de videofluoroscopia ou de outros exames complementares deve decorrer da avaliação clínica e funcional, não sendo condicionada exclusivamente à ausência de aquisição da voz esofágica após período predeterminado."* Pós-operatório (laringectomia total): *1. Avaliação clínica da deglutição na primeira sessão e, após liberação médica, iniciar com consistências líquidas; 2. Avaliação instrumental por videodeglutograma, também chamado de*	Sugestões parcialmente acatadas. Informações sobre o acompanhamento fonoaudiológico pré/pós, acolhimento e videofluoroscopia já constam na seção 8. Função respiratória e reabilitação pulmonar foi incluída em pré-operatório, e avalição do fluxo salivar em pós-operatório. A indicação e a periodicidade de exames complementares de alta complexidade (como videofluoroscopia e endoscopia) devem seguir a avaliação e o julgamento clínico individualizado do médico assistente e da equipe multiprofissional.

Contribuição	Resposta
videofluoroscopia da deglutição (indicado em casos isolados de disfagia não associada à estenose); 3. Casos de estenose ou fístulas — encaminhamento médico para endoscopia e/ou videofluoroscopia da deglutição; 4. Para avaliação vocal o paciente deve estar em terapia para aquisição de voz esofágica e, após 1 mês sem nenhuma produção esofágica, deve-se encaminhar para videofluoroscopia para diagnóstico de motilidade de esfíncter (hipertônico, hipotônico) (...)".	
"A reabilitação vocal pode ser realizada por meio da voz esofágica, da laringe eletrônica ou da prótese traqueoesofágica (PTE) (...) recomenda-se que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas reconheça explicitamente que a pessoa laringectomizada total necessita de uma abordagem integral e longitudinal, contemplando simultaneamente a reabilitação vocal e a reabilitação pulmonar, com garantia de acesso aos dispositivos e insumos necessários para ambos os eixos terapêuticos." *"Acredito que sejam necessárias adequações (...) Considerando que já existem, no Brasil, serviços estruturados e profissionais capacitados para a reabilitação vocal com o uso da prótese traqueoesofágica, é fundamental incluir a avaliação conjunta, pela equipe de Fonoaudiologia e pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da elegibilidade do paciente para a realização da punção primária (...)".*	Sugestão parcialmente acatada. Foram incluídas a seção sobre Cuidado Oncológico Integral, abordando a reabilitação vocal e pulmonar.
REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR	
o *Quadro 3, procedimentos (p. 32): o procedimento 03.04.04.006-1 é nominalmente "Quimioterapia do carcinoma epidermoide de seio paranasal, laringe, hipofaringe, orofaringe e cavidade oral".*	Foram excluídas as menções a procedimentos.
registrar a necessidade de revisão da denominação do procedimento 03.04.04.006-1 da Tabela SUS, que menciona "seio paranasal", de modo a compatibilizá-la com o escopo do Protocolo e a evitar recusa de autorização por incompatibilidade entre procedimento e CID." *"que a seção 9 explicite a situação do PET-CT na Tabela de Procedimentos do SUS para esta indicação. Registre-se que se trata de estratégia associada a redução de custo, e não a incremento de despesa — argumento que deve constar expressamente da fundamentação."*	Sugestão não acatada, pois alteração de procedimentos foge ao escopo do PCDT.
"A seção 9, intitulada "Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor", trata apenas de CNES, APAC, SIGTAP e auditoria — é sobre faturamento, não sobre acesso. Não há menção à Lei nº 12.732/2012 (início do tratamento em até 60 dias) nem à Lei nº 13.896/2019 (exames diagnósticos em até 30 dias), embora o próprio Protocolo identifique o diagnóstico tardio como a principal causa da mortalidade nesta doença." *"Acrescentar à seção 9 parágrafo que vincule expressamente esse fluxo aos prazos das Leis nº 12.732/2012 e nº 13.896/2019, com indicação de que o tempo entre suspeição e início do tratamento seja monitorado como indicador de qualidade — lógica que o Protocolo já adota para o intervalo entre cirurgia e radioterapia adjuvante (p. 16)."*	Sugestão acatada.
"o Protocolo reúna a reabilitação em seção própria e transversal", e sugerem incluir seção própria de Reabilitação, numerada como 9, com renumeração das subsequentes, e com o seguinte texto de abertura: *"A reabilitação integra o cuidado do paciente com CECP desde a fase pré-tratamento e compreende a reabilitação bucomaxilofacial e protética, a reabilitação fonatória e da deglutição e a reabilitação respiratória e pulmonar. O serviço habilitado assegura o acesso a essas modalidades durante o tratamento e no seguimento de longo prazo, conforme os procedimentos descritos nesta seção."*	Sugestão parcialmente acatada. Foram incluídas informações sobre o tema.

Contribuição	Resposta
"que o Protocolo registre a radioterapia de intensidade modulada como técnica preferencial, e não apenas como recomendável quando disponível, e que o Ministério da Saúde informe, na reunião de deliberação final da Conitec, como registrá-la na Tabela SUS e qual o cronograma de sua disponibilização na rede habilitada no âmbito do plano de expansão da radioterapia.	Sugestão não acatada. Foi incluída informação de que o Protocolo preconiza as tecnologias incorporadas ao SUS e que, de maneira complementar, serviços podem ofertar outras tecnologias. A definição de procedimentos da Tabela do SUS não é competência do Protocolo.
"que o Protocolo defina a responsabilidade pela execução do seguimento depois de encerrado o tratamento sistêmico, distinguindo o que cabe ao serviço habilitado do que cabe à Atenção Primária, e que o Ministério da Saúde informe o instrumento de registro e de custeio de cada exame, inclusive da tomografia anual de baixa dosagem.	Sugestão não acatada. O fluxo de atendimento dos pacientes deve ser definido pela gestão local e não é escopo do PCDT. A definição de custeio e registro não são escopo do PCDT.
MATERIAL SUPLEMENTAR - ESTADIAMENTO	
Erros objetivos nas tabelas de estadiamento TNM, no Material Suplementar (Quadros I e XII), e propõe: *- Quadro I: corrigir T3 para "Tumor > 4 cm, ou tumor de qualquer tamanho com profundidade de invasão > 10 mm" e retirar de T4a o critério de tamanho e profundidade, mantendo apenas a invasão de estruturas adjacentes.* *- Quadro XIII: corrigir pN2 para "Metástase em mais de 4 linfonodos".* *- Material Suplementar: revisão integral dos Quadros I a XVI contra a 8ª edição do TNM da UICC."*	Sugestões parcialmente acatadas, as informações foram verificadas e ajustadas de acordo com a 8ª edição TNM (2017).
Erros materiais no Apêndice 1 e no texto do Protocolo *"Revisão editorial do documento antes da publicação, com a correção dos rótulos trocados, da grafia e das doses ausentes no Apêndice 1, a distinção dos títulos das seções 7.3 e 7.4 conforme o respectivo conteúdo e a atualização da fonte do Quadro 3.*	Sugestões parcialmente acatadas. Informações corrigidas no texto, e a referência atualizada. Os esquemas constantes nos Quadros foram definidos conjuntamente com o painel de especialistas convidado.
Imprecisões conceituais com repercussão terapêutica quanto a 'extensão extranodal' e 'uso do p16', caracterizando como erros conceituais. Extensão extranodal - *Os quadros de classificação patológica definem pN3b como "metástase em um único ou múltiplos linfonodos com extensão extranodal clínica" — a mesma definição empregada nos quadros clínicos. (...) Uma categoria patológica não pode ser definida por critério clínico. (...) A imprecisão reaparece no corpo do Protocolo, que utiliza alternadamente "extravasamento extracapsular", "extensão extranodal" e "extensão extranodal clínica" em contextos diferentes.* Uso do p16 – *"O Protocolo estabelece que "o tumor é considerado HPV-relacionado quando há expressão forte e difusa de p16 em 70% ou mais das células neoplásicas". A afirmação é correta para a orofaringe, onde o p16 é marcador substituto validado, mas o documento emprega a expressão "HPV-relacionado" de forma ampla. A positividade de p16 não deve ser interpretada como evidência de etiologia viral em tumores de outros sítios — cavidade oral, laringe e hipofaringe —, onde não altera estadiamento nem conduta."* *- Substituir, nos quadros de classificação patológica, "extensão extranodal clínica" por "extensão extranodal patológica", com a respectiva definição histopatológica em nota.*	Sugestões acatadas. Os termos destacados foram harmonizados durante o texto, e as informações sobre p16 e HPV-relacionado foram inseridas no texto.

Contribuição	Resposta
- Uniformizar a terminologia no corpo do Protocolo, adotando "extensão extranodal" e explicitando, em cada ocorrência, se clínica ou patológica. *- Restringir expressamente a determinação de p16 e a designação "HPV-relacionado" aos carcinomas de orofaringe.*	
OUTRAS CONTRIBUIÇÕES	
"Com relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS), seria importante indicar responsabilidade pela referência e contrarreferência entre UNACON/CACON, serviços de reabilitação, CER, atenção domiciliar e APS. Apenas recomendar "encaminhamento para a Fonoaudiologia" não garante acesso, continuidade, concessão nem reposição de insumos. O ideal seria realizar o matriciamento entre as equipes, em especial com a APS."	Sugestão não acatada, pois foge ao escopo do PCDT.
"ressaltamos a necessidade de considerar as desigualdades regionais e a continuidade do cuidado. A disponibilidade de serviços especializados, anatomia patológica, cirurgia oncológica, *radioterapia, tratamento sistêmico e profissionais de reabilitação é desigual no território nacional. Assim, a efetividade do PCDT dependerá não apenas da qualidade das recomendações, mas da* *capacidade de sua implementação na rede. Sugerimos o monitoramento de indicadores de mundo real, incluindo tempo até o diagnóstico e tratamento, estágio ao diagnóstico, acesso às modalidades terapêuticas, interrupções, complicações, hospitalizações, resultados funcionais, qualidade de vida e sobrevida."* *"Atualmente, observa-se uma importante desigualdade de acesso entre regiões do país. Como exemplo, em Pernambuco, mesmo em serviços de referência para laringectomia total, pacientes frequentemente enfrentam limitações no acesso a dispositivos para reabilitação vocal, incluindo próteses e laringe eletrônica (...).",*	Reconhecemos a importância do tema. Contudo, as sugestões fogem ao escopo do PCDT.
A implementação deve respeitar a capacidade instalada dos serviços do SUS e utilizar as metas de energia e proteína como referências orientadoras. A indicação, o acompanhamento e o desmame da Terapia Nutricional Enteral (TNE), incluindo a Terapia Nutricional Domiciliar (TND) e a decisão de retirada da sonda, devem ser individualizados, pautando-se pela segurança da deglutição, pela adequação hídrico-nutricional e pelo contexto psicossocial do paciente, e não por metas isoladas.	Reconhecemos a importância do tema. Contudo, as sugestões fogem ao escopo do PCDT.
"Faltam intervenções de suporte com evidência forte, com destaque para a fotobiomodulação na prevenção da mucosite oral — recomendação com nível de evidência I para pacientes submetidos a quimiorradioterapia de cabeça e pescoço, ausente do documento. "Esta é a lacuna mais consequente do Protocolo, porque o documento descreve todos os desfechos que o cuidado odontológico previne e não prescreve nenhuma medida preventiva." Sugere ainda, uma nova subseção 7.1.3 – Cuidado odontológico e saúde bucal, incluindo: - Avaliação odontológica obrigatória antes do início do tratamento oncológico; - Programa de prevenção de cárie de radiação; - Fotobiomodulação intraoral para prevenção da mucosite oral; - Manejo da hipossalivação e da xerostomia crônica; - Prevenção e tratamento do trismo; - Vigilância de osteoradionecrose.	Sugestões parcialmente acatadas. Recomendações especificas sobre cuidado odontológico já estão apresentadas no texto. Foram excluídas do PCDT as menções aos procedimentos da Tabela do SUS.
Inclusão do CECP de sítio primário/oculto com metástase cervical *"(...) solicitamos avaliação técnica quanto à pertinência de contemplar, na classificação adotada, a situação de metástase cervical de sítio primário*	Sugestão acatada, com a inclusão do código da CID-10 C76.0.

Contribuição	Resposta
desconhecido, situação clinicamente frequente nesta população e relevante para o registro e a regulação do acesso."	
"Recomenda-se revisar condutas universais ou excessivamente prescritivas, como número fixo de sessões, uso de espessante para todos os pacientes com disfagia para líquidos e indicação indiscriminada de laringe eletrônica, substituindo-as por critérios clínicos individualizados e decisão compartilhada." *"A segurança para a alimentação, fala, comunicação funcional, audição e zumbido podem ser consideradas tecnologias em saúde, com a intenção de manter ou retornar à convivência social e ao trabalho, a satisfação com a reabilitação, o acesso aos insumos necessários para a continuidade do cuidado."*	Sugestão não acatada, pois foge ao escopo do PCDT.
Avaliação de tecnologias *entendemos ser importante tanto reavaliar as tecnologias já avaliadas - à luz de novas evidências e de novas condições de oferta - quanto avaliar novas tecnologias para as mesmas indicações.* *- Radioterapia de intensidade modulada (IMRT).* *- Imunoterapia e cetuximabe na doença recidivada ou metastática* *- PET-CT na avaliação de resposta após quimiorradioterapia.* *- Fotobiomodulação para prevenção da mucosite oral* *- Radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) na doença oligometastática.* *- Dispositivos e insumos de reabilitação".*	Sugestões não acatadas. Essas tecnologias não foram priorizadas para avaliação no âmbito deste PCDT, com exceção do cetuximabe, que foi avaliado, mas não incorporado, podendo ser reavaliado futuramente à luz de novas evidências. A IMRT, a fotobioestimulação já estão contemplados neste PCDT.
"(...) Embora o videodeglutograma seja considerado padrão-ouro para a avaliação instrumental da deglutição, esse exame não faz parte da realidade da maioria dos serviços de saúde. Seu acesso é limitado, sobretudo para os pacientes que realizam todo o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)." *"(...) Considerando que a laringe eletrônica foi incorporada à tabela SIGTAP, torna-se fundamental garantir ao paciente o acesso a esse recurso no pós-operatório imediato, evitando que permaneça privado da comunicação oral. Seu uso não exclui nem impossibilita a continuidade do processo terapêutico para a aquisição da voz esofágica."*	Sugestão parcialmente acatada. Foram incluídas informações sobre a realização seriada de radiografia de laringe com contraste. O acesso à laringe eletrônica ultrapassa o escopo do PCDT.
Agradecimentos *"Celebramos MUITO a presente entrega. Parabéns à Conitec! E fica ainda mais simbólico registrar a nossa contribuição no Dia da Independência, pois é justamente isso que a ACBG Brasil sempre buscou para os pacientes de câncer de cabeça e pescoço: independência e dignidade por meio da reabilitação oncológica."*	Agradecemos o comentário.

Fonte: elaboração própria. **Nota:** O texto das contribuições foi retirado das respostas do formulário ou dos anexos, sendo destacadas as principais contribuições, apresentando a supressão de texto por (...), e transcritos como enviado à consulta pública, sem alterações ou correções.

Deliberação Final

Os membros do Comitê de PCDT, presentes na 156ª Reunião da Conitec, realizada no dia 09 de outubro de 2026, deliberaram, por unanimidade, recomendar a aprovação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço. Foi assinado o Registro de Deliberação nº 1.161/2026. O tema será encaminhado para a decisão da Secretária da SCTIE/MS nos termos do Decreto nº 7.646/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 94, 20 DE OUTUBRO DE 2026.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE E A SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhes conferem o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Fica revogada a Portaria SAS/MS nº 516, de 17 de junho de 2015, publicada no Diário Oficial da União n. º 114, de 18 de junho de 2015, Seção 1, pág. 61.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

FERNANDA DE NEGRI

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO CÂNCER EPIDERMOIDE DE CABEÇA E PESCOÇO

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermoide é o tipo histológico mais comum das neoplasias malignas da cabeça e pescoço quando localizadas na cavidade oral, faringe e laringe, excluindo-se as neoplasias malignas da pele e da tireoide. É uma das principais causas de morbidade e mortalidade por neoplasia maligna no Brasil, em razão da maioria dos casos ter diagnóstico tardio [1].

Globalmente, o carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço (CECP) é responsável por mais de 700.000 novos casos diagnosticados e mais de 350.000 mortes a cada ano, representando 4% de todos os novos cânceres na Europa e América do Sul[1]. Há uma tendência mundial de crescimentos desses cânceres, particularmente, os casos de câncer de orofaringe [1]. Estima-se que a incidência do CECP deverá aumentar em 30%, ou seja, um milhão de novos casos anuais, até 2030 [2,3]. A alta prevalência do CECP em regiões como Sudeste Asiático e Austrália está associada ao consumo de produtos específicos contendo carcinógenos, enquanto taxas crescentes de infecção orofaríngea por Papilomavírus Humano (HPV) têm contribuído para a alta prevalência do CECP nos EUA e Europa Ocidental [2,3].

Em geral, os homens têm risco duas a quatro vezes maior do que as mulheres para desenvolver CECP. A mediana de idade no diagnóstico do CECP não associado à infecção viral é de 66 anos, enquanto para o câncer de orofaringe associado ao HPV e câncer de nasofaringe associado ao vírus Epstein-Barr (EBV) é de 53 anos e 50 anos, respectivamente. Os sintomas clássicos de apresentação do CECP dependem tanto do local anatômico do tumor primário quanto da etiologia do tumor (carcinógenos ambientais, HPV ou EBV) [4,5].

No Brasil, o CECP também é mais comum entre homens, com idade entre 40 anos e 69 anos, tabagistas ou etilistas [6]. Em um estudo observacional transversal baseado em dados secundários do Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer do Brasil, que incluiu 145.365 casos de câncer de cabeça e pescoço, 78,2% dos pacientes foram diagnosticados em estágios avançados (III ou IV). A maior proporção de tumores avançados foi observada na hipofaringe (91,3%), seguida pela orofaringe (86,6%), cavidade oral (75,1%) e laringe (69,5%). Os autores identificaram ainda uma tendência de aumento anual de tumores diagnosticados em estágio avançado na cavidade oral e na orofaringe, com incrementos de 0,29% e 0,38% ao ano, respectivamente. Idade inferior a 50 anos, baixa escolaridade, localização primária do tumor na hipofaringe ou orofaringe e consumo de álcool e tabaco foram fatores associados de forma independente à apresentação em estágio avançado da doença. No período de 2000 a 2008, os sítios de doença mais comuns foram a cavidade oral (46,9%), laringe (23,3%) e orofaringe (18,5%), com doença diagnosticada predominantemente em estágios avançados [6].

O desenvolvimento do CECP é resultado da interação de fatores ambientais e herança genética, sendo, portanto, multifatorial. Os principais fatores de risco para CECP são o uso de tabaco e o consumo de álcool, particularmente em combinação. A evidência mostra que o perfil do paciente com CECP, em geral, é tabagista, etilista e com histórico de problemas relacionados a

enfisema ou infarto. A desnutrição e a baixa escolaridade estão associadas a 50% e 80% dos casos, respectivamente. Dessa forma, a doença possui elevada associação a fatores de risco socioeconômicos e comportamentais [1,7].

Há evidências de associação entre dieta e desenvolvimento de câncer, indicando que há uma provável relação causal para um risco diminuído do CECP devido ao consumo de vegetais sem amido, frutas e alimentos contendo carotenoides. Escores mais altos de padrão alimentar, com alto consumo de frutas e vegetais e baixo consumo de carne vermelha, foram associados a risco reduzido de CECP [1,8]. Uma alta ingestão de carne branca também foi associada a menores taxas de CECP [1].

Outros fatores, individualmente ou em combinação, podem desempenhar um papel no desenvolvimento do CECP devido à modulação da toxina e do metabolismo carcinogênico, tais como: exposição a agentes cancerígenos, reduzida higiene bucal, formação de placa dentária, irritação crônica da mucosa oral histórico familiar, baixo índice de massa corporal e exposição à luz ultravioleta [8].

A infecção pelo HPV é um fator de risco independente para CECP, principalmente para carcinoma epidermoide de orofaringe. Além disso, os tipos de HPV de alto risco oncogênico são fatores de risco em cerca de 25% dos CECP, independentemente de outros fatores de risco conhecidos, como o consumo de álcool e tabaco. A maioria dos casos HPV-positivos ocorre na orofaringe (30%), com porcentagens muito menores em outros subsítios como laringe (2,3%) e cavidade oral (2,1%). Embora o modo de transmissão do HPV no câncer de cabeça e pescoço não tenha sido determinado, o comportamento sexual tem sido associado a um risco aumentado [8].

A sobrevida dos pacientes com CECP melhorou modestamente desde a década de 1990, sendo parcialmente atribuída aos casos de CECP associado ao HPV, que apresentam melhor prognóstico. Dados atuais do programa *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program* (SEER) mostram que a sobrevida relativa global em cinco anos para cânceres de cavidade oral e faringe alcançou aproximadamente 69,9%, de 2016 a 2022 [9]. Para câncer de laringe, entretanto, a melhora permanece mais discreta. Dados do SEER mostram sobrevida relativa em cinco anos de aproximadamente 62,5% entre 2016 e 2022, reforçando a percepção histórica de estagnação prognóstica relativa desse sítio anatômico quando comparado aos tumores HPV-relacionados da orofaringe [9].

Uma análise subsequente do programa SEER, incluindo a avaliação tecidual para HPV, observou melhora na sobrevida em pacientes com CECP HPV-positivo, mas não naqueles com CECP HPV-negativo [10]. Além das mortes causadas diretamente pelo CECP, os sobreviventes desse câncer têm a segunda maior taxa de suicídio (63,4 casos por 100.000 indivíduos) após aqueles com câncer de pâncreas (86,4 casos por 100.000 indivíduos), em comparação com os sobreviventes de outros cânceres (23,6 casos por 100.000 indivíduos). O sofrimento psicológico e o comprometimento da qualidade de vida (QV) são provavelmente os principais fatores subjacentes ao suicídio [5].

Campanhas com orientações sobre a adoção de hábitos saudáveis, incluindo estratégias para evitar e cessar o tabagismo, são consideradas medidas essenciais para prevenção do CECP. Neste sentido, considera-se que a maioria dos casos de CECP pode ser evitável com a eliminação global bem-sucedida do uso do tabaco [11] e a implementação da vacinação contra o HPV [3]. Uma revisão sistemática que avaliou a efetividade de intervenções para cessação do tabagismo concluiu que a combinação da terapia cognitivo-comportamental e da farmacoterapia aumentou significativamente a taxa de cessação do tabagismo entre pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Já estratégias baseadas no aconselhamento por especialistas e folhetos educativos para parar de fumar apresentaram resultados inferiores [12].

O controle do consumo excessivo do álcool também é uma estratégia para prevenir diversos tipos de câncer. Indivíduos que consomem 50 gramas ou mais de álcool por dia (3,5 ou mais doses/dia) têm risco duas a três vezes maior de desenvolver câncer de cabeça e pescoço quando comparado aos que não consomem [13]. A vacinação também é considerada uma estratégia preventiva para este tipo de câncer. As vacinas contra o HPV têm mostrado potencial de evitar o aumento dos casos de câncer de orofaringe, mas ainda não foram testadas em grandes ensaios clínicos [14].

No Brasil, 78,2% dos casos são diagnosticados em estágio avançado [15,16]. A demora para a identificação do CECP dificulta o tratamento, além de elevar a taxa de mortalidade. Por isso, a triagem médica e odontológica, incluindo uma oroscopia detalhada, facilita o diagnóstico precoce do câncer, assim como o acompanhamento por equipes multidisciplinares no processo diagnóstico [14]. No contexto brasileiro, médicos de família, agentes comunitários de saúde e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP)[17] podem desempenhar um papel fundamental nas consultas ou visitas domiciliares, por meio do rastreamento, orientação de pacientes em situação de risco ou com lesões orais, e encaminhamento aos centros especializados quando necessário. Além disso, esses profissionais têm importante papel nas ações de educação em saúde, orientando sobre a adoção de mudanças no estilo de vida, aconselhamentos e estimulando práticas coletivas que visem a saúde da comunidade [18].

A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, exerce papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na identificação de fatores de risco e na detecção precoce, oportunizando, desta forma, a promoção de intervenções oportunas e o encaminhamento adequado para o nível especializado de atenção à saúde quando necessário. O vínculo contínuo com os usuários e a atuação direta no território, princípios e diretrizes basilares da APS, possibilitam uma abordagem longitudinal e integral, favorecendo, por conseguinte, melhores desfechos terapêuticos e o prognóstico dos casos, além de fortalecer a coordenação do cuidado ao longo do tempo.[19].

Este PCDT visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos do CECP e visa a uniformizar o estabelecimento de protocolos terapêuticos com base em evidências que garantam a segurança, a efetividade e a reprodutibilidade, para orientar condutas e protocolos assistenciais. O Protocolo abordará os procedimentos e esquemas terapêuticos atualmente disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns medicamentos citados no texto não possuem recomendação favorável de incorporação e, portanto, não estão indicados como alternativas terapêuticas no SUS. Os esquemas terapêuticos já incorporados ao SUS estão destacados nos quadros de acordo com as linhas de tratamento. As novas tecnologias em fase de avaliação ou que serão demandadas para análise pela Conitec serão incluídas nas versões subsequentes para garantir a sua atualização constante. Instituições que disponham de outras tecnologias para diagnóstico, tratamento e monitoramento, fornecidos por meio de recursos próprios, podem ofertá-las de modo complementar, sem que a sua realização constitua requisito para a autorização dos medicamentos e procedimentos preconizados pelo Protocolo.

2. METODOLOGIA

O processo de desenvolvimento desse PCDT seguiu recomendações das Diretrizes Metodológicas de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde [19]. Uma descrição mais detalhada da metodologia está disponível no Apêndice 2. Além disso, o histórico de alterações deste Protocolo encontra-se descrito no Apêndice 3.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- C00 Neoplasia maligna do lábio;
- C01 Neoplasia maligna da base da língua;
- C02 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua;
- C03 Neoplasia maligna da gengiva;
- C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca;
- C05 Neoplasia maligna do palato;
- C06 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca;
- C09 Neoplasia maligna da amígdala;
- C10 Neoplasia maligna da orofaringe;
- C11 Neoplasia maligna da nasofaringe;
- C12 Neoplasia maligna do seio piriforme;
- C13 Neoplasia maligna da hipofaringe;
- C14 Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definida, do lábio, cavidade oral e faringe;
- C32 Neoplasia maligna da laringe;
- C76.0 Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço.

4. DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

4.1 Detecção precoce, rastreamento e prevenção secundária

A detecção precoce do câncer é dividida em duas estratégias principais: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce é voltado para a identificação do câncer em estágio inicial em indivíduos que já apresentam sinais e sintomas iniciais da doença; enquanto o rastreamento visa a identificar as lesões pré-cancerígenas ou o câncer em estágio pré-clínico, por meio de exames de rotina numa população-alvo assintomática [20].

O câncer oral geralmente é assintomático, dificultando o seu diagnóstico precoce. No entanto, com a evolução da doença, podem surgir manifestações como dor, sugerindo possível comprometimento de regiões adjacentes. Destaca-se, portanto, a importância de suspeição por parte de odontologistas e médicos, e da investigação de lesões que não cicatrizam em um período de até 15 dias [21,22].

O diagnóstico precoce do câncer envolve a inspeção visual detalhada dos tecidos orais para identificar possíveis alterações. Indivíduos com condições pré-malignas necessitam de monitoramento contínuo, uma vez que essas condições estão associadas a maior risco de câncer. Portanto, é essencial que esses pacientes sejam conscientizados sobre tal associação e a importância de consultas regulares com um cirurgião-dentista para acompanhamento de sua saúde oral [23,24].

Não há evidências que sustente o rastreamento populacional do câncer oral em população assintomática de risco habitual, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) [20]. Há, contudo, evidência de benefício do exame periódico da cavidade oral em indivíduos de alto risco, usuários de tabaco e/ou álcool e portadores de desordens potencialmente malignas, derivadas de ensaio clínico randomizado por conglomerados com redução de mortalidade por câncer oral nesse subgrupo [25]. Recomenda-se, portanto, que a inspeção da cavidade oral e da orofaringe seja realizada ao menos anualmente nesses indivíduos, por cirurgião-dentista ou médico da Atenção Primária, integrada às ações já existentes de saúde bucal e de controle do tabagismo. Deve-se assegurar a investigação diagnóstica agilizada diante dos seguintes sinais e sintomas de alerta: lesão ou úlcera oral que não cicatrize em até 15 dias, rouquidão persistente por mais de 3 semanas, disfagia, odinofagia, otalgia reflexa unilateral ou massa cervical. Os casos identificados com tais características ou com desordens potencialmente malignas devem ser encaminhados para investigação diagnóstica com definição clara de critérios para biópsia e acompanhamento, observados os prazos da Lei nº 13.896/2019.

4.2 Diagnóstico

O diagnóstico do CECP é confirmado mediante uma combinação da história clínica, exame físico (que inclui inspeção, palpação, visualização direta ou indireta) e biópsia do tumor primário (seja direta ou guiada por videonasofaringolaringoscopia). Apesar de apresentar sensibilidade inferior, a biópsia percutânea por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de gânglio linfático é uma alternativa à biópsia convencional, em situações onde se identifica a presença de massa cervical. Nos tumores de orofaringe é crucial avaliar a imunoexpressão de p16 na biópsia por meio de imunohistoquímica, que é um marcador da possível relação causal com o HPV. O teste específico pode ser solicitado se disponível para tal confirmação [23].

Em geral, recomenda-se a tomografia computadorizada (TC) de face e pescoço para estadiamento do tumor primário e avaliação de comprometimento linfonodal cervical, além de TC de tórax para estadiamento sistêmico. A ressonância magnética (RM) pode ser particularmente útil em certos casos, especialmente quando há necessidade de discernir o comprometimento de tecidos moles, invasão perineural e invasão da base do crânio. Em caso de tumores localizados na nasofaringe, a RM é o exame preferencial [23,24].

Em pacientes com histórico de tabagismo e etilismo, o risco de desenvolver um segundo tumor primário é alto. Assim, nesse subgrupo de pacientes, é aconselhável considerar a realização de exames adicionais como videonasofibrolaringoscopia, endoscopia digestiva alta (EDA) e broncoscopia, a fim de descartar a presença de tumores sincrônicos [23,24].

Na ausência de tumor primário visível, indica-se biópsia de quaisquer massas cervicais, seguido de novo exame locorregional sob anestesia e biópsias adicionais, se necessário [19]. Pacientes com neoplasia maligna confirmada devem ser submetidos à avaliação da extensão da doença por meio de TC ou RM de pescoço, com uso de contraste, e radiografia de tórax [19]. A indicação de

exames endoscópicos adicionais (endoscopia digestiva alta e broncoscopia) deve ser reservada para indivíduos com sintomas sugestivos de acometimento adicional do trato aerodigestivo [19].

A avaliação clínica deve ser complementada por exames objetivos de imagem funcional, como a realização seriada de radiografia de laringe com contraste, sempre que clinicamente necessário.

4.3 Estadiamento

Compreender o estadiamento patológico juntamente aos valores prognósticos é essencial para a tomada de decisão terapêutica. O estadiamento dos tumores de cabeça e pescoço se faz pelos critérios da Classificação de Tumores Malignos, que utiliza as categorias T (tamanho e extensão do tumor primário), N (acometimento linfonodal) e M (metástase a distância), chamada simplificadamente de classificação TNM, da União Internacional Contra o Câncer (UICC) [26]. Os critérios variam a depender do tumor primário, sendo obtidos a partir de informações clínicas, endoscópicas e de métodos de imagem. Somente para os carcinomas de orofaringe, recomenda-se a avaliação da expressão de p16 por imuno-histoquímica para fins de estadiamento. O tumor é considerado HPV-relacionado quando há expressão forte e difusa de p16 em 70% ou mais das células neoplásicas. A positividade de p16 não deve ser interpretada como evidência de etiologia viral em tumores de outros sítios, cavidade oral, laringe e hipofaringe, onde não altera estadiamento nem conduta. O sistema TNM é extensivamente utilizado para estadiamento e notificação de cânceres e é apresentado no Material Suplementar.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e suspeita ou diagnóstico do CECP, que compreende neoplasias malignas de diferentes localizações nessa área do corpo e estruturas adjacentes (cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, laringe.).

6. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Pacientes que apresentem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação a medicamento ou procedimento preconizado neste Protocolo deverão ser excluídos do uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizado.

7. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

7.1. Cuidado Oncológico Integral

O cuidado ao paciente com câncer deve considerar o impacto dos sintomas sobre a qualidade de vida, a obtenção de remissão sustentada, o prolongamento da sobrevida e, sempre que possível, a finalidade curativa. Para tal, é necessária uma perspectiva integral que transcenda o tratamento antineoplásico focado estritamente no controle da doença. Para assegurar a qualidade de vida, a adesão terapêutica e a preservação da dignidade humana, a assistência oncológica deve ser baseada no cuidado centrado na pessoa, reconhecendo o indivíduo em suas dimensões biológica, psíquica, social e existencial.

As condutas e decisões terapêuticas devem considerar os objetivos do cuidado, a qualidade de vida e a funcionalidade, respeitando os valores, as preferências, as prioridades e o contexto de vida de cada paciente. Assim, é fundamental um plano de cuidado individualizado, definido a partir de uma decisão compartilhada, ou seja, equipe assistente e paciente definem juntos os caminhos terapêuticos. Esse plano deve focar na manutenção, sempre que possível, da capacidade do indivíduo de realizar suas atividades pessoais, sociais e profissionais, promovendo autonomia e reintegração à rotina.

A comunicação deve ser acessível, empática e antecipada sobre o diagnóstico, potenciais eventos adversos e consequências temporárias ou permanentes decorrentes das intervenções (cirúrgicas, radioterápicas ou sistêmicas), como infertilidade, cardiotoxicidade, entre outros. Esse diálogo transparente capacita o paciente a exercer sua autonomia e a se preparar, física e emocionalmente, para o itinerário terapêutico.

O cuidado deve ser ofertado por meio de uma equipe multiprofissional em todas as fases da doença, integrando a APS e os serviços especializados. Quando o serviço não dispuser dos recursos necessários, deve-se ofertar o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) de modo a garantir a continuidade assistencial.

O controle de sintomas e a mitigação dos impactos multidimensionais do câncer requerem monitoramento contínuo e proativo. A avaliação e o controle da dor, a abordagem da fadiga relacionada ao câncer e o gerenciamento adequado dos eventos adversos são fundamentais. Da mesma forma, o suporte nutricional e o acompanhamento psicológico contínuo devem integrar a rotina assistencial, reduzindo a morbidade, minimizando o impacto emocional do diagnóstico e auxiliando no enfrentamento da ansiedade, da depressão e do sofrimento psíquico que costumam acompanhar a jornada oncológica. De forma complementar ao tratamento, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) podem compor o rol de ações e intervenções voltadas ao cuidado de indivíduos.

Para preservar a funcionalidade e mitigar possíveis limitações funcionais, a reabilitação, envolvendo fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, entre outras, deve ser iniciada o quanto antes.

Especificamente no contexto do CECP, a avaliação da deglutição antes, durante e após o tratamento assume caráter fundamental e deve estar articulada ao acompanhamento nutricional. Devido à disfagia (dificuldade de engolir), que pode ser decorrente da própria localização do tumor (obstrução mecânica) ou consequência dos tratamentos, a reabilitação da deglutição é fundamental.

Ela permite a prevenção da broncoaspiração e da pneumonia, auxilia o paciente a se alimentar por via oral com conforto, adaptando o volume e a consistência dos alimentos.

Ainda, considerando o seu impacto físico e emocional em todo o núcleo familiar, a equipe assistente deve ofertar suporte informativo, psicológico e orientação contínua aos familiares e cuidadores.

O tratamento do CECP não deve ser direcionado apenas à sobrevida, mas também ao resgate da funcionalidade e do bem-estar biopsicossocial do paciente. A Lei nº 12.732/2012 estabelece o prazo máximo de até 60 dias para o início do tratamento no SUS após o diagnóstico firmado e a Lei nº 13.896/2019 assegura a realização dos exames diagnósticos em até 30 dias na suspeita de neoplasia maligna.

Pacientes com CECP apresentam taxas elevadas de ansiedade, depressão e risco de suicídio, devido às mudanças estéticas, perda da fala e diminuição do convívio social. Assim, a equipe deve estar atenta ao sofrimento psíquico desde o momento do diagnóstico. O acompanhamento psicológico deve contemplar a adaptação do paciente à mudança da autoimagem, à disfunção vocal e à presença de estomas respiratórios permanentes ou temporários. Os familiares e a rede de apoio também devem ser acompanhados.

Nesse contexto de suporte contínuo, a avaliação da deficiência e o direcionamento para o acesso aos direitos sociais garantem a proteção social e econômica do paciente. É fundamental ressaltar

Sempre que pertinente, devem ser ofertadas estratégias de cessação de tabagismo, conforme o PCDT do Tabagismo vigente.

Antes do início do tratamento, o paciente deve avaliado pela equipe de nutrição e fonoaudiologia a fim de determinar sua composição corporal e identificar sarcopenia e a reserva muscular do paciente. Devem ser definidas metas energético-proteicas para o paciente, geralmente de 25 a 30 kcal/kg/dia (podendo chegar a 35 kcal/kg/dia em estados hipermetabólicos ou de desnutrição grave). A dieta deve contemplar um aporte proteico de 1,2 a 1,5 g/kg/dia (podendo alcançar até 2,0 g/kg/dia nos pacientes em estresse cirúrgico ou tratamento radioterápico intenso). A equipe deve monitorar se houve perda de peso ao longo do tempo e adesão às metas prescritas, estando atenta a relatos de dor ao engolir, que podem afetar a alimentação. Sempre que indicado, a reavaliação da composição corporal deve ser realizada.

A decisão por adotar uma via alternativa de alimentação deve ocorrer após avaliação da nutrição e da fonoaudiologia, em decisão compartilhada com o paciente. Em geral, o estímulo oral só é abandonado quando há contraindicação absoluta, como no caso de alto risco de aspiração massiva. Caso opte-se pela gastrostomia, deve-se realizar treino fonoaudiológico contínuo para preservar a musculatura da deglutição, prevenir a fibrose induzida por radiação e reduzir o tempo total de dependência da sonda. Os critérios para indicação da gastrostomia são:

Ingestão oral inferior a 60% das necessidades durante mais de 1 a 2 semanas.

- Disfagia grave com alto risco de broncoaspiração.
- Mucosite grave grau 3 ou 4 durante quimiorradioterapia e que inviabilize a alimentação por via oral.
- Perda ponderal involuntária acelerada (maior que 5% em 1 mês ou maior que 10% em 6 meses).

Nas cirurgias, deve-se abreviar o jejum pré-operatório e reintroduzir a alimentação precocemente (nas primeiras 24 horas) após cirurgia.

O paciente deve ser encorajado a realizar regularmente atividades físicas adaptadas às suas capacidades, a fim de reduzir a fadiga crônica relacionada ao câncer e o risco de sarcopenia, melhorar a funcionalidade cervical e escapular e auxiliar na promoção da saúde mental pós-tratamento.

7.1.1. Avaliação e suporte nutricional

O risco nutricional e a desnutrição devem ser identificados e gerenciados precocemente, preferencialmente antes do início da terapia com intenção curativa, com acompanhamento nutricional ao longo do tratamento ativo e do período perioperatório [27,28]. A avaliação do estado nutricional deve ser realizada no momento do diagnóstico e mantida de forma contínua durante o tratamento e o seguimento clínico [27–29]. Constatado o risco nutricional, desnutrição, sarcopenia ou perda ponderal significativa, a equipe assistente deve definir a terapia nutricional e a via de acesso adequadas ao caso, incluindo o acesso enteral por gastrostomia, quando a via oral for insuficiente [27,28] .

7.1.2. Cuidado Paliativo

Cuidados paliativos consistem, segundo a *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC), em “cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida". Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores[30].

Em consonância, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece princípios que orientam a organização e a oferta dessa abordagem no SUS, reafirmando a valorização da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural [31]. Entre eles, destacam-se o respeito à autonomia, valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa; a oferta precoce e contínua dos cuidados paliativos ao longo do curso da doença, de forma integrada ao tratamento; o reconhecimento e o controle do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social, centrado na pessoa e em sua família e a atuação de equipes multiprofissionais em caráter interdisciplinar.

O controle de sintomas físicos constitui componente essencial dessa abordagem e deve ser realizado de forma contínua e centrada na pessoa, por meio sua da identificação e tratamento. A dor pode ser um sintoma em pacientes com neoplasias e seu controle adequado está associado à melhor qualidade de vida desses pacientes. Assim, em qualquer etapa do tratamento, deve-se oferecer o acesso às estratégias medicamentosas e não medicamentosas disponíveis no SUS para controle da dor, conforme preconizado no PCDT da dor crônica vigente, ou em documentos congêneres publicados pelo Ministério da Saúde. Além das estratégias medicamentosas e não medicamentosas, considerando as particularidades da doença, deve-se ter especial atenção à necessidade de ajuste de doses, monitoramento de eventos adversos e revisão periódica das prescrições. Avaliar e conduzir apropriadamente, e em paralelo, sintomas físicos, tais como a dor,

bem como aqueles de fundos psicológicos, sociais e espirituais, que impactam a qualidade de vida das pessoas, é parte do escopo dos cuidados paliativos.

Nesse contexto, os cuidados paliativos configuram-se como uma abordagem aplicável a todos os espaços de cuidado e níveis de atenção à saúde. Não se restringem à atuação de equipes especializadas, devendo ser incorporados às práticas dos diferentes profissionais e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme suas competências e a complexidade das necessidades identificadas. Assim, a articulação entre os níveis de atenção, por meio de fluxos pactuados, comunicação efetiva e referência adequada, é essencial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

O modelo integral de cuidados paliativos evidencia a articulação dinâmica entre as terapêuticas modificadoras da doença e a abordagem paliativa ao longo do percurso de adoecimento, podendo ser desenvolvidos de forma concomitante. À medida que a doença evolui e a efetividade dos tratamentos curativos diminui, a abordagem paliativa é progressivamente ampliada, incluindo o apoio à pessoa em cuidados paliativos e seus familiares e cuidadores, com acompanhamento também no período de luto.

Nesse sentido, o Planejamento Antecipado de Cuidados também é parte essencial dessa abordagem, auxiliando a elaboração de um plano terapêutico em consonância com os objetivos de cuidado, valores e preferências da pessoa [32].

7.1.3. Cuidado farmacêutico

Ressalta-se a importância do acompanhamento dos usuários em relação ao uso dos medicamentos preconizados neste PCDT para que alcancem os resultados positivos em relação à efetividade do tratamento e para monitorar o surgimento de problemas relacionados à segurança. Nesse aspecto, a prática do Cuidado Farmacêutico, por meio de orientação, educação em saúde e acompanhamento contínuo, contribui diretamente para o alcance dos melhores resultados em saúde, ao incentivar o uso apropriado dos medicamentos que sejam indicados, seguros e efetivos, ao estimular a adesão ao tratamento, ao fornecer apoio e informações que promovam a autonomia e o autocuidado dos pacientes. Como a adesão ao tratamento é essencial para que o usuário alcance os resultados esperados, é fundamental que sejam fornecidas, no momento da dispensação dos medicamentos, informações acerca do processo de uso do medicamento, interações medicamentosas e possíveis reações adversas. A integração do Cuidado Farmacêutico aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas é, portanto, fundamental para proporcionar uma assistência à saúde mais segura, efetiva e centrada na pessoa, abordando de forma abrangente as necessidades de cada indivíduo.

7.2. Tratamento não medicamentoso

7.2.1. Abordagem cirúrgica

As principais modalidades terapêuticas do CECP são a cirurgia e a radioterapia, visando à erradicação da doença no sítio primário e na rede de drenagem linfática próxima ao tumor. Ambas as modalidades constituem as bases do tratamento locorregional com intenção curativa do CECP.

A cirurgia tem a vantagem de permitir o estadiamento patológico preciso da lesão e do pescoço, elemento fundamental para determinar a dose, os campos e a indicação de tratamento adjuvante (radioterapia isolada ou associada à quimioterapia). Assim, evitando o tratamento desnecessário com radiação. A ressecção cirúrgica de linfonodos cervicais observa os seguintes conceitos [33,34]:

- esvaziamento cervical radical (ECR): ressecção dos linfonodos cervicais de todos os cinco níveis, juntamente com o músculo esternocleidoocciptomastoideo (ECOM), veia jugular interna (VJI) e nervo espinhal acessório (NEA);
- esvaziamento cervical radical modificado (ECRM): modificação do ECR com a preservação de uma ou mais estruturas não linfáticas. Há três variantes do procedimento, segundo a preservação do NEA (ECR tipo I), preservação do NEA e da VJI (ECM tipo II), ou preservação das três estruturas não linfáticas (músculo esternocleidoocciptomastoideo (ECOM), veia jugular interna (VJI), e nervo espinhal acessório (NEA) (ECR tipo III);
- esvaziamento cervical seletivo (ECS): modificação do ECR com preservação de um ou mais grupos de linfonodos, que seriam removidos no ECR. Há três variantes do procedimento: esvaziamento cervical supra-omo-hioideo (ECSOH) com ressecção dos linfonodos nos níveis I a III; esvaziamento cervical lateral (ECL) com remoção dos linfonodos de nível II a IV; e esvaziamento cervical posterior (ECP), com ressecção dos níveis linfáticos de II a V; e
- esvaziamento cervical radical estendido (ECRE): remoção de linfonodos adicionais (gânglios occipitais ou parotídeos) ou estruturas não linfáticas não incluídas no ECR.

7.2.1.1. Doença localizada (estádio I e II)

A conduta terapêutica do tumor primário em estádios I e II deve seguir sua localização:

- **CECP de cavidade oral:** recomenda-se a ressecção cirúrgica completa da lesão, com planejamento de margens macroscópicas adequadas à topografia e à preservação funcional, tendo por objetivo a obtenção de margem histopatológica livre. Para fins de estratificação de risco e indicação de tratamento adjuvante, considera-se margem comprometida a inferior a 1 mm, margem próxima a situada entre 1 e 5 mm, e margem livre a superior a 5 mm[4] . Recomenda-se o esvaziamento cervical eletivo (níveis I a III) nos tumores cN0 de cavidade oral, considerando o estádio T, a topografia e a profundidade de invasão (DOI - *depth of invasion*)[i] [35], reservando-se a vigilância a pacientes selecionados com tumores superficiais e seguimento assegurado.
- **CECP de orofaringe:** recomenda-se cirurgia ou radioterapia, pois o controle locorregional da doença é similar. As cirurgias indicadas podem ser transorais, dependendo da extensão do tumor e de acordo com a disponibilidade da técnica cirúrgica. Enfatiza-se que tal informação é baseada apenas em estudos retrospectivos, pois não há estudos comparativos randomizados entre cirurgia e

[i] A profundidade de invasão [DOI] difere da espessura tumoral por ser mensurada a partir do nível da membrana basal do epitélio adjacente normal até o ponto mais profundo de invasão, superando as limitações da medição da espessura em lesões exofíticas ou ulceradas, em conformidade com o sistema TNM 8ª Edição/UICC).

radioterapia para esta indicação, sendo importante considerar em cada caso as sequelas prováveis do tratamento. É importante ressaltar que a avaliação da indicação cirúrgica deve incluir exame de imagem (TC ou RM)[36]. Devido à alta incidência de micrometástases, o tratamento eletivo do pescoço (esvaziamento cervical) deve ser realizado em conjunto com a cirurgia do tumor primário. Tumores de linha média (base da língua, palato mole e parede posterior da faringe) requerem tratamento cervical bilateral, enquanto tumores lateralizados (amígdala) podem ser tratados com esvaziamento apenas ipsilateral [4,37].

- **CECP de nasofaringe**: em tumores iniciais (estádio I) é recomendada a radioterapia isolada com irradiação do sítio primário e drenagem linfática como tratamento de eleição, sendo a cirurgia reservada quase exclusivamente como uma opção de resgate (salvamento) em pacientes com persistência ou recorrência local da doença após o tratamento definitivo [37]. Para tumores estádio II é recomendada a radioterapia e quimioterapia [37,38].
- **CECP de hipofaringe:** Em caso de tumores iniciais, pode ser realizado o procedimento cirúrgico (faringectomia parcial), que pode ou não estar associada a uma laringectomia parcial, dependendo da extensão tumoral. A radioterapia isolada é uma alternativa equivalente à cirurgia [37,39].
- **CECP de laringe:** O tratamento do câncer de laringe é guiado pelo objetivo de equilibrar o controle oncológico com a preservação funcional da voz e da respiração. A abordagem varia significativamente entre os subsítios (supraglote, glote e subglote) e o estágio da doença. Para tumores iniciais, tanto a cirurgia conservadora quanto a radioterapia apresentam taxas de cura semelhantes, sendo a escolha baseada na preferência do paciente e na experiência da equipe. Em tumores localizados na supraglote, recomenda-se a laringectomia parcial (aberta, endoscópica, laser ou robótica) associada à esvaziamento cervical eletivo dos níveis IIa e III. A radioterapia isolada é uma alternativa para pacientes com contraindicações cirúrgicas ou que preferem evitar o procedimento. Em tumores localizados na Glote (Pregas Vocais), no estadio I pode-se optar por RT ou laringectomia parcial e não há indicação de tratamento eletivo do pescoço neste estágio[4] . No estádio II, a cirurgia é preferencial em casos de mobilidade diminuída da corda vocal. Se a radioterapia for escolhida e houver falha, o resgate geralmente exige laringectomia total [37].

Recomenda-se reabordagem cirúrgica como conduta inicial em casos de margens positivas ou próximas nas topografias da cavidade oral, orofaringe, laringe e hipofaringe, desde que a abordagem seja tecnicamente viável e preserve a função [37].

Em pacientes com carcinoma espinocelular da cavidade oral em estágio inicial (cT1–T2 cN0), a biópsia do linfonodo sentinela pode ser considerada como alternativa ao esvaziamento cervical eletivo para o estadiamento do pescoço clinicamente negativo, desde que realizada em centros com experiência na técnica[40–42]. A estratégia permite identificar metástases linfonodais ocultas e padrões de drenagem cervical, inclusive bilateral, evitando o esvaziamento cervical em pacientes com linfonodo sentinela negativo e reduzindo potencialmente a morbidade associada ao tratamento[41,42]. Estudos prospectivos e metanálises demonstram elevado valor preditivo negativo e resultados de controle regional comparáveis aos do esvaziamento cervical eletivo[40,41,43,44] . Na presença de comprometimento do linfonodo sentinela, deve-se indicar tratamento cervical complementar[41,42]. Em tumores do assoalho da boca, deve-se considerar a menor acurácia da técnica

relacionada ao fenômeno de *shine-throug*[40,42]. A evidência para utilização rotineira da biópsia do linfonodo sentinela em outros sítios de cabeça e pescoço permanece limitada[42].

7.2.1.2. Doença localmente avançada (estádio III e IV)

Na doença localmente avançada, a conduta clínica é determinada conforme a sua topografia:

- **CECP de cavidade oral:** Para os estádios III e IVA (ressecáveis), o tratamento de escolha é a cirurgia radical (que pode incluir mandibulectomia ou maxilectomia) associada ao esvaziamento cervical. Radioterapia (RT) isolada é indicada para tumores pT3/pT4 ou N+; a quimiorradioterapia (QT/RT) concomitante com cisplatina é mandatória se houver margens positivas ou extensão extranodal (EEN) patológica [45–47]. Em caso de doença irressecável, quimiorradioterapia concomitante é recomendada. É importante ressaltar que a cirurgia e a radioterapia para o câncer da cavidade oral podem resultar em comprometimento funcional significativo, com prejuízo da capacidade para comer, beber e conversar [37].
- **CECP de orofaringe:** Para os estadios avançados ressecáveis, as opções de cirurgia ou quimiorradioterapia são podem constituir estratégias terapêuticas alternativas em pacientes selecionados , sendo a abordagem preferencial para preservação a quimiorradioterapia. Para pacientes jovens, sem comorbidades e com alto volume de doença (T4 e/ou N2b, N2c ou N3), a quimioterapia de indução seguido de quimiorradioterapia pode ser considerada [37,48].
- **CECP de nasofaringe**: A quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia é o tratamento recomendável para pacientes com CECP de **nasofaringe**[49] . [37]. A cirurgia não tem papel no tratamento primário do carcinoma de nasofaringe, ficando reservada às situações de resgate por persistência ou recidiva locorregional após o tratamento definitivo.
- **CECP de hipofaringe:** pode ser considerada a cirurgia com esvaziamento cervical, seguida de radioterapia ou quimiorradioterapia adjuvante. Para preservação, QT/RT concomitante é uma alternativa para tumores ressecáveis onde se deseja evitar a laringectomia, com protocolos similares aos de preservação de órgão da laringe [37,39].
- **CECP de laringe:** Já para os pacientes com CECP de **laringe**, no caso de doença ressecável e órgão funcional (ausência de traqueostomia, via alimentar alternativa ou pneumonia de repetição), as alternativas a serem oferecidas são radioterapia combinada à quimioterapia, quimioterapia de indução seguida de radioterapia ou cirurgias parciais, desde que haja acompanhamento multiprofissional[4,50] . Pacientes com tumores T4a, caracterizados por invasão da cartilagem tireóidea ou extensão a estruturas extralaríngeas, devem ser tratados preferencialmente com laringectomia total associada ao esvaziamento cervical, seguida de radioterapia ou quimiorradioterapia adjuvante conforme os achados anatomopatológicos, ainda que a laringe se apresente funcionante. Protocolos de preservação de órgão nesse subgrupo estão associados a menor controle local e devem ser reservados aos casos de recusa formal do paciente, devidamente registrada, ou de contraindicação cirúrgica, sempre com decisão em reunião multidisciplinar [51].

As seguintes orientações gerais devem ser observadas:

- Nos casos em que o tumor for ressecável, as alternativas são cirurgia com finalidade radical e radioterapia ou quimiorradioterapia pós-operatória. A quimiorradioterapia pós-operatória comparada à radioterapia isolada está associada a maior controle da doença locorregional e menor risco de morte (razão de risco = 0,77; intervalo de confiança de 95%: 0,66 a 0,80, p = 0,0008), sendo em particular preferível se os resultados da cirurgia forem de alto risco para recidiva: presença de extensão extranodal patológica ou margens comprometidas [47,52].
- Nos casos em que o tumor for irressecável, houver intenção de preservação de órgão ou quando o resultado funcional previsto ou o prognóstico for tão mínimo que uma cirurgia mutilante não seja justificável, recomenda-se quimiorradioterapia.
- A quimiorradioterapia, sempre que indicada, deve empregar preferencialmente esquema quimioterápico baseado em cisplatina em monoterapia. Nos pacientes não elegíveis à cisplatina, radioterapia combinada a docetaxel demonstrou melhores desfechos clínicos que radioterapia isolada [53]. Alternativas de agente único sensibilizante à radiação, baseadas em níveis mais baixos de evidência, incluem: carboplatina, fluoruracila, ou cetuximabe [54–59]. Ressalta-se que, após avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), o cetuximabe no tratamento do CECP não foi incorporado ao SUS, conforme Portaria SECTICS/MS nº 41/2024 [60].
- Após a quimiorradioterapia, havendo suspeita clínica ou radiológica de doença residual linfonodal, recomenda-se a dissecção por ECR, ECRM ou ECS [61]. Nos pacientes que atingiram resposta clínica completa, deve-se optar pela conduta expectante, mesmo na doença clínica inicial N2 ou N3; havendo indicação de linfadenectomia, deve-se realizar o procedimento entre 4 e 12 semanas após a quimiorradioterapia, por ser o intervalo entre os eventos adversos agudos e crônicos da irradiação, para minimizar o risco de complicações cirúrgicas [62–65].
- A avaliação da resposta cervical após quimiorradioterapia deve ser realizada por PET-CT com 12 semanas do término do tratamento[4,66] . Nos pacientes com resposta metabólica completa, recomenda-se conduta expectante, com seguimento clínico e por imagem, ainda que a doença inicial fosse N2 ou N3. Nos casos de doença metabolicamente ativa, indica-se o esvaziamento cervical. Nos casos de resposta equívoca, recomenda-se reavaliação por imagem em intervalo curto ou confirmação histológica, reservando-se o esvaziamento aos casos com persistência de atividade [4,66] .
- Como o Esvaziamento Cervical pode dificultar o retorno à alimentação oral [67], deve-se considerar que a ressecção de estruturas não linfáticas, notadamente o ECOM e NEA, aumenta o risco de queda de ombro, limitação da abdução do braço e queixas cervicais como rigidez, dor e parestesia; mesmo o ECR ou ECSOH aumenta a morbidade tardia do tratamento, com limitação da mobilidade cervical e da função do ombro [68,69].

7.2.1.3. Recidiva local e doença metastática

A confirmação de recidiva exige um reestadiamento completo para avaliar ressecabilidade. A ressecção cirúrgica sempre que tecnicamente possível e aceita pelo paciente é o tratamento de

eleição para pacientes com recidiva locorregional, com taxa de sobrevida em 5 anos de 39% [70]. Após a ressecção cirúrgica, a reirradiação do leito operatório pode ser considerada em pacientes selecionados (boa performance, intervalo livre de progressão de pelo menos 6 meses, baixo volume de doença e sem disfuncionalidade do órgão) [71,72].

Casos de recidiva nodal cervical mesmo com linfadenectomia prévia podem se beneficiar de um segundo esvaziamento cervical. Irradiação pós-operatória pode ser indicada se houver vários linfonodos positivos ou extensão perinodal da doença. A experiência na literatura é limitada, mas sugere que até um terço dos pacientes logram sobrevida prolongada com retratamento radical [73].

A ressecção de metástase pulmonar no CECP pode beneficiar alguns pacientes com doença oligometastática, devendo ser discutida de forma multidisciplinar [74].

Diferente dos demais tumores, o tratamento do CECP de nasofaringe recidivado ou metastático segue uma recomendação específica a depender das características da recidiva. Em caso de recidiva local, deve-se considerar o resgate local por meio de nasofaringectomia (cirurgia de resgate), reirradiação isolada, ou a combinação de cirurgia seguida de reirradiação. Para recidiva em linfonodos cervicais, a conduta indicada é a realização do esvaziamento cervical radical. E para os cenários de recidiva à distância (metastática) ou doença locorregional sem possibilidade de abordagem local, o tratamento de escolha é a quimioterapia paliativa [75].

7.2.2. Radioterapia

7.2.2.1. Doença localizada (estádios I a II)

Nos estádios iniciais (I-II) de tumores, tanto a cirurgia quanto a radioterapia podem ser empregadas isoladamente como tratamento [76] (**Figura 1**). Embora inexistam estudos randomizados robustos comparando ambas as opções terapêuticas para tumores iniciais de cabeça e pescoço, a literatura existente sugere similaridade nos resultados em relação ao controle local e à sobrevida global, para as duas modalidades [77,78].

Portanto, a escolha por uma ou outra modalidade terapêutica é baseada, na morbidade e sequelas funcionais decorrentes do tratamento proposto, na experiencia da equipe e na preferência do paciente. É imprescindível a avaliação adequada da real extensão da doença antes do início do tratamento, bem como discussão em cenário multidisciplinar [77,78]. Quando houver mais de uma alternativa com resultado oncológico equivalente, a decisão sobre a modalidade terapêutica adotada deve ser pactuada com o paciente.Para tumores iniciais na cavidade oral, a cirurgia é geralmente a abordagem preferida. Em contrapartida, tumores localizados na glote, laringe, nasofaringe, orofaringe e hipofaringe, nos quais uma intervenção cirúrgica segura e com preservação funcional não é viável, tendem a ser tratados prioritariamente com radioterapia [76]. No caso de tumores glóticos iniciais, a radioterapia tem se mostrado uma alternativa terapêutica eficaz, proporcionando um controle local comparável ao da cirurgia, mas com uma qualidade de preservação de voz superior após o tratamento [79].

7.2.2.2. Radioterapia adjuvante

Em pacientes submetidos à cirurgia e que apresentem achados patológicos sugestivos de elevado risco de recidiva, deve-se considerar um tratamento adjuvante. A adjuvância com radioterapia e quimioterapia concomitantes é frequentemente recomendada quando há critérios maiores para recidiva tumoral, como margens cirúrgicas positivas ou linfonodos apresentando extensão extranodal patológica [4,45,46,80].

Nos pacientes operados, a indicação de radioterapia adjuvante isolada deve ser na presença dos seguintes fatores de risco intermediário[4,81]:

- tumores pT3 ou pT4;
- presença de 2 ou mais linfonodos comprometidos sem extensão extranodal patológica;
- presença de invasão perineural;
- presença de invasão linfovascular;
- margem exígua inferior a 5 mm;
- em tumores de língua (localizado na cavidade oral), profundidade de invasão (DOI, do inglês *depth of invasion*) de 4 mm [4,26].

Além disso, o WPOI (do inglês *Worst Pattern of Invasion* ou Pior Padrão de Invasão) é um parâmetro histológico que pode variar de 1 a 5, em que o 5 é caracterizado por dispersão tumoral igual ou maior que 1 mm entre ninhos satélites. Embora ainda não seja preconizado em diretrizes, em carcinomas espinocelulares da cavidade oral (especialmente câncer de língua), a presença de WPOI 5 demonstra valor prognóstico de recorrência logo-regional [82]. Vale destacar que, o DOI ≥ 4 mm e o WPOI-5 representam valor prognóstico para risco de recorrência, não devendo ser adotados como indicações isoladas de radioterapia adjuvante na ausência dos demais fatores de risco intermediário [4,82] .

A dose recomendada de radioterapia adjuvante é habitualmente de 60 Gy em 30 frações ou de 66 Gy em 33 frações, para os casos de margem positiva e/ou linfonodos com extensão extranodal patológica. Ressalta-se que, na adjuvância, um atraso no início da radioterapia superior a 6 semanas pode resultar em piora dos desfechos oncológicos [83,84], sendo este o intervalo de tempo recomendado para o início do tratamento e comumente utilizado com indicador de qualidade e meta de boas práticas [85]. O tratamento deve ser iniciado idealmente em até seis semanas após a cirurgia e conduzido de modo a minimizar interrupções e o prolongamento do tempo total de tratamento. A técnica de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) é a escolha preferencial por proporcionar melhor qualidade de vida e poupas órgãos de risco adjacentes [37].

Já a quimiorradioterapia concomitante deve ser recomendada nos pacientes elegíveis à cisplatina na presença de margens positivas não re-ressecadas ou extensão extranodal patológica e será abordada no item *Quimioterapia*.

7.2.2.3. Doença localmente avançada (estádios III a IV)

Tumores localmente avançados ressecáveis (estádios III a IV) podem ser tratados com cirurgia seguida por radioterapia adjuvante. A indicação de quimioterapia concomitante é definida

pelos achados do exame histopatológico (**Figura 2**), quando houver margens positivas ou extensão extranodal patológica. Para alguns tumores ressecáveis, como o de orofaringe e laringe, a radioterapia concomitante com quimioterapia também é considerada um padrão de tratamento, para preservar o órgão ou se a cirurgia apresentar alta morbidade.

Protocolos de preservação de órgão com o uso de radioterapia e quimioterapia têm sido desenvolvidos, a fim de evitar a perda funcional permanente ocasionada pela cirurgia em alguns casos. Estudos randomizados demonstram resultados equivalentes em termos de sobrevida global com o uso dessa estratégia em tumores de laringe e hipofaringe com a vantagem de proporcionar a oportunidade de se preservar a voz ao evitar a realização imediata da laringectomia total, a qual ficaria reservada para os casos de persistência de doença ou recidiva local após tratamento com quimiorradioterapia [50,86,87]. Quando se opta pela preservação de órgão, o tratamento padrão consiste em radioterapia concomitante à quimioterapia baseada em platina sendo essa estratégia associada a maiores taxas de preservação da laringe [50].

O tratamento não cirúrgico requer seleção adequada dos pacientes, devendo ser utilizado nos casos passíveis de realizarem seguimento clínico rigoroso e que apresentem órgão acometido funcionante e com tumores localmente avançados de pequeno volume, sem invasão grosseira de cartilagens e/ou da base da língua [88]. Pacientes com baixo performance status, por exemplo, podem se beneficiar da radioterapia isolada.

O uso da quimioterapia neoadjuvante seguida de radioterapia concomitante ou não à quimioterapia tem sido proposto em alguns estudos, a fim de melhorar as chances de preservação de órgão ou aumentar as taxas de sobrevida global dos pacientes. Entretanto, até o momento inexistem evidências robustas de que o uso da quimioterapia neoadjuvante seja superior ao tratamento concomitante, o qual permanece padrão na grande maioria dos centros [89–91]. A estratégia de se utilizar quimioterapia neoadjuvante fica, portanto, restrita a grupo seleto de pacientes, em especial pacientes com doença linfonodal volumosa [89–91].

Tumores localmente avançados inoperáveis ou irressecáveis devem ser tratados com radioterapia isolada ou com quimiorradioterapia concomitantes [92,93]. Estudos randomizados demonstram claramente a superioridade em termos de controle local e sobrevida global do tratamento combinado quando comparado à radioterapia exclusiva, a qual deve ficar restrita aos pacientes com baixa performance. Sendo assim, pacientes com *performance status* adequado devem ser tratados com radioterapia concomitante à quimioterapia, estratégia que tem demonstrado melhores resultados nos estudos publicados na literatura [92–94].

A dose de radioterapia recomendada é de 70 Gy em 35 frações (fracionamento convencional com *boost* sequencial) ou de 69.96 Gy em 33 frações (técnica de *boost* integrado) [95]

Com relação à duração total do tratamento, existe clara associação entre pior resultado oncológico com tempo de tratamento prolongado [96]. Embora não haja consenso em relação à duração máxima considerada como aceitável, o tempo total de tratamento muito longo pode impactar negativamente nos desfechos clínicos [97–102].

7.2.2.4. Considerações adicionais

A toxicidade aguda secundária à radioterapia para tumores de cabeça e pescoço não é desprezível, em especial nos casos em que se utiliza quimioterapia concomitante [103–105].

Os sintomas mais comuns são odinofagia, disfagia, disgeusia ou ageusia, xerostomia, disfonia, além de mucosite e radiodermite, sendo frequente a ocorrência de perda ponderal significativa no transcorrer do tratamento. Neste contexto, a participação de equipe multidisciplinar é imprescindível com participação ativa da nutrição, odontologia, fonoaudiologia e enfermagem [103–105].

Além disso, toxicidades tardias podem ocorrer incluindo osteorradionecrose, trismo, complicações dentárias, aspiração crônica e hipotireoidismo. Entre as toxicidades tardias, duas têm impacto claramente estabelecido na literatura sobre a qualidade de vida dos pacientes: a xerostomia crônica e a disfagia com restrição permanente a ingestão de determinados alimentos [103–105].

Importantes avanços tecnológicos têm sido incorporados à radioterapia nas últimas décadas com a introdução da IMRT e da técnica de radioterapia em arco modulada volumetricamente (VMAT). Tais técnicas possibilitaram a manutenção ou mesmo a melhora dos resultados terapêuticos com menor toxicidade aguda e crônica e, consequentemente, maior qualidade de vida para os pacientes. Atualmente, entende-se que IMRT proporciona maior preservação da função salivar, diminuindo significativamente o risco de xerostomia secundária ao tratamento, o que se traduz em melhor qualidade de vida para os pacientes com tumores de cabeça e pescoço [103–105]. O uso da IMRT também permite melhor proteção dos músculos constritores da faringe com melhora da qualidade de vida relacionada à capacidade de deglutição com essa estratégia [106]. Um estudo de custo-efetividade realizado no contexto do SUS demonstrou que a técnica IMRT é custo-efetiva [107], sendo recomendável quando disponível.

Deve-se considerar, quando clinicamente indicado, a oferta de dispositivos intraorais individualizados para pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. Esses dispositivos, também conhecidos como próteses temporárias, stents intraorais ou moldeiras, são aparelhos personalizados feitos por um cirurgião-dentista para afastar tecidos saudáveis da área que receberá radiação no tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

7.3. Tratamento medicamentoso

Os tratamentos preconizados neste Protocolo são baseados na literatura científica atual que demonstra impacto na história natural da doença, nas tecnologias com indicação relacionada ao carcinoma epidermoide de cabeça e pescoço aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com o objetivo principal de reduzir a mortalidade da doença e nas recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec).

Este PCDT abordará os esquemas terapêuticos atualmente disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns medicamentos citados no texto não possuem recomendação favorável de incorporação e, portanto, não estão indicados como alternativas terapêuticas no SUS. Os esquemas terapêuticos já incorporados ao SUS estão destacados nos quadros de acordo com as linhas de tratamento. As novas tecnologias em fase de avaliação ou que serão demandadas para análise pela Conitec serão incluídas nas versões subsequentes para garantir a sua atualização constante.

O uso da terapia antineoplásica deverá fazer parte de um plano terapêutico global para pacientes clinicamente aptos ao tratamento, segundo suas finalidades [108,108].

Recomenda-se o envolvimento precoce de especialista em cuidados paliativos no cuidado de pacientes considerados para terapia antineoplásica, particularmente no tratamento paliativo. A integração precoce dos cuidados paliativos está associada à diminuição do tempo de hospitalização, utilização racional de recursos médicos e diminuição dos custos diretos para o sistema de saúde [109].

7.3.1. Quimioterapia

O regime preferencial na quimiorradioterapia concomitante e na quimioterapia adjuvante utiliza cisplatina em alta dose (100 mg/m² a cada 3 semanas por 3 ciclos). Como alternativa aceitável, pode-se utilizar a cisplatina semanal (40 mg/m²), buscando-se atingir uma dose cumulativa total superior a 200 mg/m². A dose cumulativa de aproximadamente 200 mg/m² tem sido associada à manutenção do efeito radiossensibilizante, não constituindo limiar absoluto de eficácia individual.

É importante ressaltar que um paciente é considerado não candidato ao uso da cisplatina se apresentar qualquer um dos seguintes critérios [92]:

- **Função Renal:** Clearance de creatinina < 50 mL/minuto;
- **Status Funcional:** Performance Status (ECOG) > 2;
- **Função Hepática:** Cirrose hepática (Child-Pugh B ou C);
- **Condições Hematológicas:** Plaquetas < 100.000/mm³, neutrófilos < 1.500/mm³ ou hemoglobina < 9,0 g/dL;
- **Condições Cardíacas:** Insuficiência cardíaca congestiva descompensada (NYHA III ou IV);
- **Outras Toxicidades:** Perda auditiva clinicamente relevante ou neuropatia periférica preexistente

Nesses casos, a radioterapia combinada a docetaxel 15 mg/m² semanal demonstrou melhores desfechos clínicos que radioterapia isolada [53]. O uso de alternativas de agente único sensibilizante à radiação, como carboplatina, apresentam menor nível de evidência [54–59]. Ressalta-se que, após avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), o cetuximabe no tratamento do CECP não foi incorporado ao SUS, conforme Portaria SECTICS/MS nº 41/2024.

A estratégia de se utilizar quimioterapia neoadjuvante deve ser limitada a um grupo restrito de pacientes, em especial pacientes com doença linfonodal volumosa e para tumores de nasofaringe, para os quais a mesma deve ser considerada padrão [110].

7.3.2. Quimioterapia de indução (prévia)

A quimioterapia de indução não é recomendada como tratamento inicial padrão para a maioria dos pacientes com CECP avançado, pois os estudos que avaliaram a adição de quimioterapia de indução à quimiorradioterapia concomitante apresentam resultados controversos, sem demonstração consistente de benefício em sobrevida global que justifique sua utilização rotineira em pacientes não selecionados. A quimioterapia de indução pode, entretanto, ser

considerada em cenários clínicos específicos, conforme sítio primário, extensão da doença, objetivo de preservação de órgão e estratégia terapêutica subsequente. [111,112]. As evidências devem ser interpretadas de acordo com o contexto clínico, não sendo apropriada sua extrapolação indistinta entre CECP não nasofaríngeo, estratégias de preservação de órgão e carcinoma de nasofaringe.

A quimioterapia de indução pode ser considerada nas seguintes situações [39,113–116]:

- nos casos de câncer de laringe ou de hipofaringe, na intenção de preservação de órgão em pacientes que de outra forma seriam candidatos à laringectomia total, sem invasão extensa da cartilagem laríngea; quando o paciente for considerado inapto para quimiorradioterapia ou se o tratamento combinado não estiver disponível imediatamente;
- nos casos de câncer de cavidade oral, quando a cirurgia não estiver disponível em tempo hábil ou para alívio de sintomas, quando a cirurgia puder gerar sequelas funcionais;
- nos casos de orofaringe em estádio clínico IV (doença localmente avançada), em pacientes com boa capacidade funcional (ECOG 0 ou 1) que de outra forma seriam candidatos à quimiorradioterapia, quando a radioterapia não for imediatamente disponível (**Figura 2**);
- nos casos de câncer de nasofaringe, em que o tratamento está associado à redução do risco de metástase à distância e ganho de sobrevida, apesar de não reduzir a taxa de recidiva local.

A quimioterapia de indução, quando indicada, deve empregar preferencialmente esquema com três medicamentos (cisplatina, fluoruracila e taxano) por 3 ciclos, sendo seguida por radioterapia isolada ou quimiorradioterapia no doente responsivo ao tratamento sistêmico. Uma revisão sistemática com meta-análise, que incluiu 1.772 pacientes de cinco ensaios clínicos randomizados, avaliou a adição de taxano à associação de cisplatina e fluoruracila e identificou um benefício de sobrevida global absoluta de 7,4% em 5 anos para esquemas com taxano (35,0% versus 42,4%) [94]. Ressalta-se o aumento de risco de neutropenia febril com uso do esquema com três medicamentos, sendo recomendado uso de fator estimulador de granulócitos como profilaxia primária. Nos casos de indisponibilidade do uso de três medicamentos, pode-se utilizar uma cisplatina combinada a taxano (docetaxel ou paclitaxel). Quando comparado a cisplatina e fluoropirimidina, a associação cisplatina + taxano está associada à maior sobrevida global e taxa equivalente de preservação de laringe, apesar de resultar em maior toxicidade clínica, como neutropenia febril [117,118].

Quando for indicada a quimioterapia de indução, a escolha do esquema terapêutico deve observar o protocolo local multiprofissional de preservação de órgão, visto que as falhas de tratamento requerem quase sempre resgate cirúrgico oportuno.

Os esquemas de quimioterapia de indução estão descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1. Esquemas terapêuticos para quimioterapia de indução em pacientes com CECP.

Possíveis esquemas
Para Carcinomas não-Nasofaringe (Cavidade Oral, Orofaringe, Laringe e Hipofaringe)
TPF (docetaxel + cisplatina + fluoruracila): preferencial Cisplatina + fluoruracila + paclitaxel

Possíveis esquemas
Carboplatina + paclitaxel TP (cisplatina + docetaxel)
Para Carcinoma de Nasofaringe
GC (cisplatina + gencitabina): preferencial[a] TPF Modificado (docetaxel + cisplatina + fluoruracila) CF (cisplatina + fluoruracila)

Fonte: elaboração própria.
Nota: [a] Evidência de categoria 1 para doença associada ao EBV.
Os esquemas estão descritos no Apêndice 1.

Caso o paciente apresente neutropenia, o uso de fatores estimuladores de colônias de granulócitos, como o filgrastim, deve ser utilizado por cinco dias.

7.3.3. Quimioterapia paliativa

O CECP é uma doença pouco sensível à terapia antineoplásica sistêmica, o que limita a utilidade da quimioterapia paliativa. Estudos clínicos com monoterapia na doença recidivada ou metastática indicam que os medicamentos mais ativos são o metotrexato, cisplatina, fluorouracila, paclitaxel e docetaxel. Estes medicamentos produziram taxas de resposta da ordem de 20% a 30%, de curta duração (3 a 5 meses) e apenas raramente respostas completas. Esquemas com poliquimioterapia, embora estejam associados a aumento na taxa de resposta, não melhoram a sobrevida desses pacientes.

Na doença metastática, emprega-se quimioterapia paliativa com esquema terapêutico adequado à condição clínica, capacidade funcional e preferência do paciente, podendo ser utilizada monoterapia (metotrexato, derivado de platina ou taxano) ou poliquimioterapia baseada em platina [119,120].

O tratamento sistêmico da doença recidivada ou metastática com inibidores de checkpoint imunológico, pembrolizumabe em primeira linha, isolado nos tumores com CPS ≥ 1 ou associado à quimioterapia independentemente do CPS, e nivolumabe após falha de esquema com platina, demonstrou ganho de sobrevida global em ensaios clínicos de fase III frente ao esquema EXTREME e à quimioterapia de segunda linha[121].

Após avaliação pela Conitec (Relatórios de Recomendação nº 918 e nº 919), o cetuximabe combinado à quimioterapia [122] e a imunoterapia (nivolumabe [123] e pembrolizumabe [124]), combinada ou não à quimioterapia, não foram incorporados ao SUS, conforme Portaria SECTICS/MS nº 41/2024, em razão de razões de custo-efetividade incremental superiores ao limiar adotado pelo Ministério da Saúde e do impacto orçamentário estimado, e, portanto, não são preconizados por este Protocolo [60,125].

A quimioterapia paliativa empregando dois ou mais medicamentos deve ser reservada aos pacientes sem limitação clínica para receber esquemas com derivados da platina, capacidade funcional preservada (ECOG 0 ou 1), preferencialmente nas apresentações clínicas em que a obtenção de resposta objetiva tumoral concorra para a paliação de sintomas [126] (**Figura 2**).

Os esquemas de quimioterapia de estão descritos no **Quadro 2**.

Quadro 2. Esquemas terapêuticos para quimioterapia em pacientes com CECP avançado.

Possíveis esquemas
Quimioterapia paliativa (não-Nasofaringe) e sensível a platina[a]
Cisplatina ou Carboplatina + paclitaxel
Cisplatina ou Carboplatina + fluoruracila
Docetaxel + cisplatina + fluoruracila
Cisplatina ou carboplatina, em casos selecionados
Quimioterapia paliativa (Nasofaringe)
Cisplatina + Gencitabina
Gencitabina
Capecitabina
Ifosfamida
Se resistente a platina (incluindo nasofaringe e não-nasofaringe)
Paclitaxel ou docetaxel
Metotrexato

Fonte: elaboração própria.
Legenda: [a] Em pacientes com ECOG 2, deve-se realizar ajuste de dose dos medicamentos.

Os esquemas estão descritos no Apêndice 1.

7.3.4. Algoritmos de tratamento

O algoritmo de tratamento cirúrgico, sistêmico e radioterápico para pacientes com CECP estágios I e II está sumarizado na **Figura 1.**

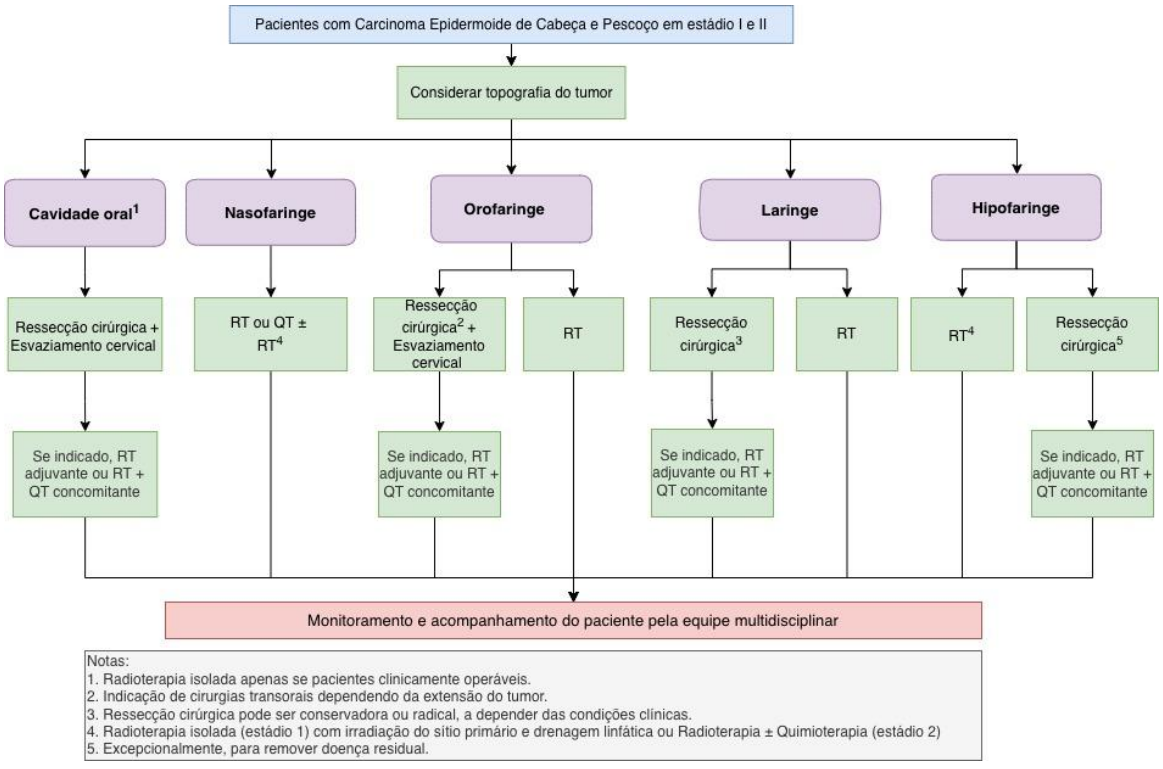


Figura 1. Fluxo de tratamento de todos os tumores, estádios I e II.
Legenda: RT: radioterapia; QT: quimioterapia.

O algoritmo de tratamento cirúrgico, sistêmico e radioterápico para pacientes com CECP estágios III e IV está sumarizado na **Figura 2**.

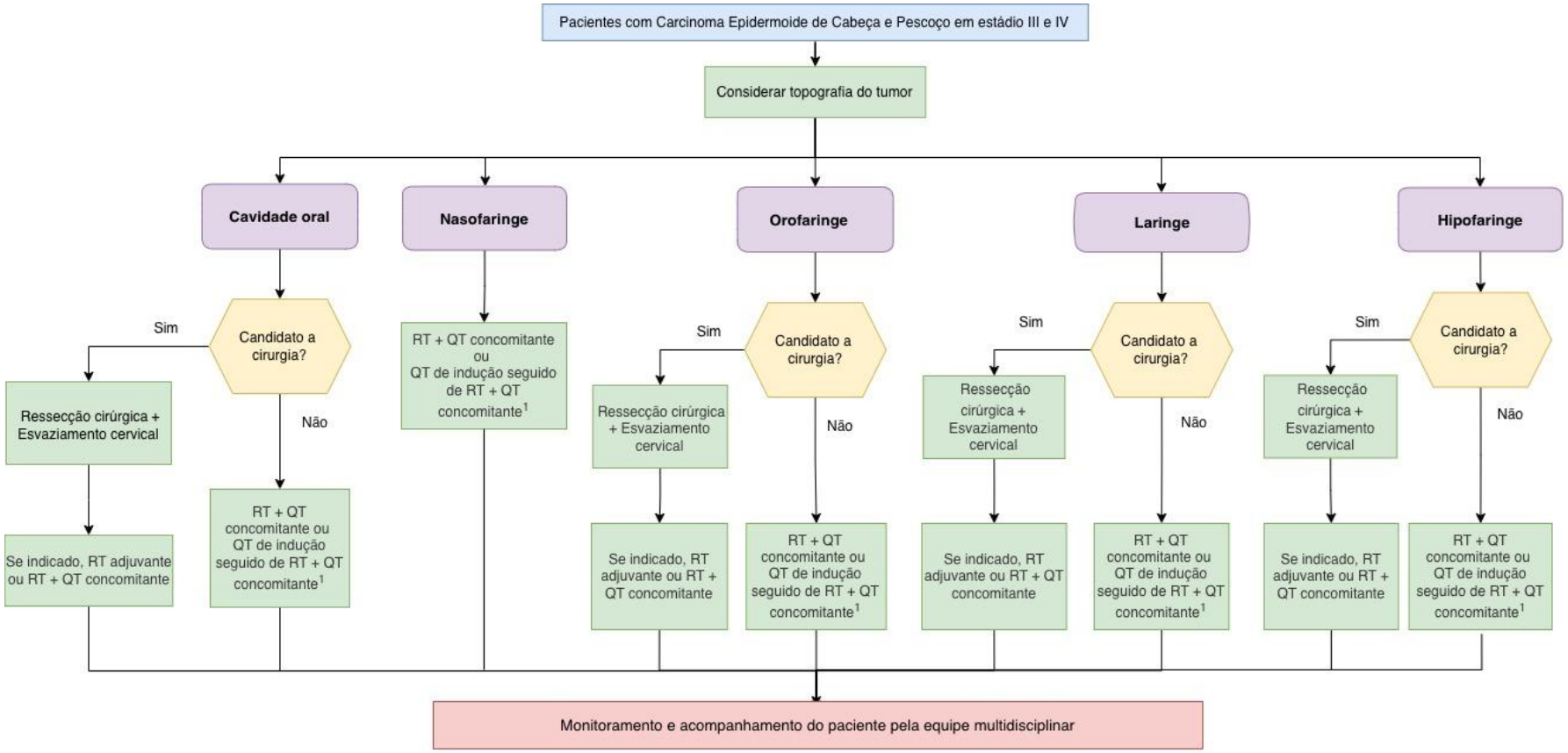


Figura 2. Fluxo de tratamento de todos os tumores, estádios III e IV.
Legenda: RT: radioterapia; QT: quimioterapia.

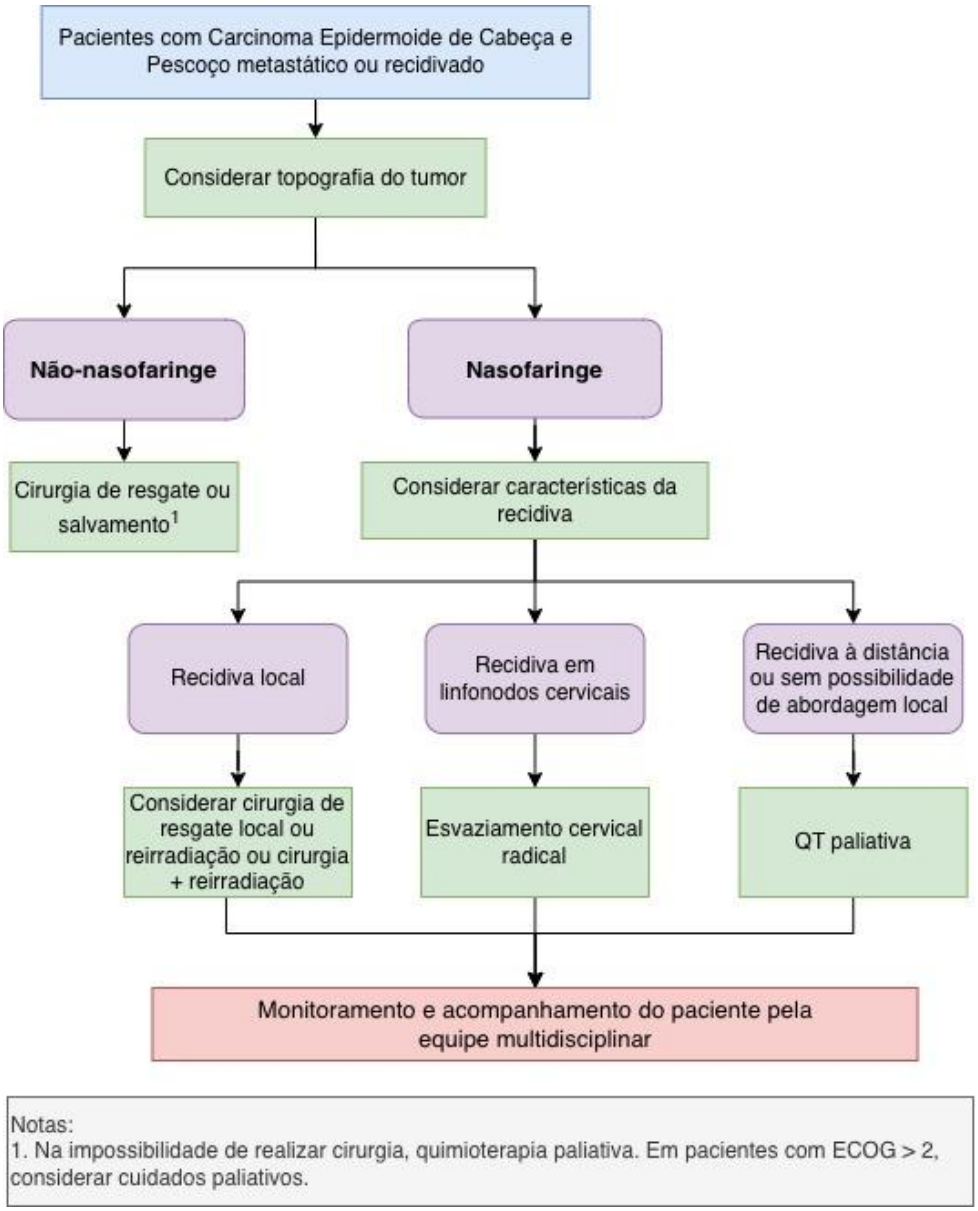


Figura 3. Fluxo de tratamento da doença metastática ou recorrente.
Legenda: QT: quimioterapia.

8. MONITORAMENTO

Avaliação da resposta ao tratamento

O exame clínico assistido por métodos endoscópicos é necessário durante a quimioterapia de indução (prévia) e após a radioterapia do CECP [19].

Após o tratamento do CECP é importante dar continuidade ao monitoramento de recorrência, triagem para um possível segundo câncer primário, avaliação e gerenciamento de

efeitos físicos e psicossociais tardios e de longo prazo, promoção da saúde e coordenação de cuidados.

O seguimento após tratamento deve incluir investigação com métodos endoscópicos, sendo considerado necessário durante a quimioterapia de indução e após a radioterapia do CECP. método de imagem considerado mais útil no estadiamento inicial é a TC ou a RM, os quais devem ser usados para avaliar a resposta da doença ao término da quimioterapia de indução e durante o tratamento sistêmico paliativo, bem como no seguimento após cirurgia, irradiação ou quimiorradioterapia.

Após quimiorradioterapia, em 8 a 12 semanas, recomenda-se realizar avaliação endoscópica do sítio primário da doença com biópsia, caso necessário, e exame clínico e radiológico (ultrassonografia, TC ou RM) do pescoço. Na suspeita de acometimento nodal residual, está indicado o exame citológico de punção por agulha fina ou esvaziamento cervical. **Vigilância periódica e seguimento a longo prazo**

Após a etapa de avaliação da resposta inicial, dá-se início a vigilância de rotina. Nessa etapa, recomenda-se que o acompanhamento clínico aos sobreviventes do câncer de cabeça e pescoço seja baseado na idade, diagnóstico específico e protocolo de tratamento recomendado pela equipe médica. Além disso, a cada 1 a 3 meses, o paciente deve ser avaliado por exame físico no primeiro ano após o tratamento primário, a cada 2 a 6 meses no segundo ano, a cada 4 a 8 meses entre o 3º e 5º anos e anualmente após o quinto ano [127]. O exame físico deve incluir a nasofibrolaringoscopia (direta), realizada por um otorrinolaringologista ou especialista em cirurgia de cabeça e pescoço, de todo o trato aerodigestivo superior e palpação do pescoço. O exame de imagem pós-tratamento da doença primária é recomendado em 6 meses após o tratamento inicial, podendo ser solicitado por qualquer médico da equipe [127].

É recomendada a realização periódica de nasofibroscopia, laringoscopia e radiografia de tórax no seguimento após cirurgia ou quimiorradioterapia, com frequência mínima trimestral nos primeiros dois anos e semestral no 3º, 4º e 5º anos. A necessidade de realização de exames de imagem deve ser discutida pela equipe médica, a fim de não haver submissão à radiação ionizante de forma desnecessária. O plano de acompanhamento por exames de imagem com exposição à radiação deve ser definido em base individual e sempre ser justificado em termos de benefício clínico provável, para se evitar riscos desnecessários por exposição à radiação ionizante.

Rastreamento de segundo tumor primário e reabilitação

A pesquisa de segundo tumor primário, principalmente em esôfago ou pulmão por serem os sítios mais acometidos, também é realizada por meio da endoscopia e broncoscopia, desde que os pacientes apresentem sintomas novos associados ao trato aerodigestivo. Recomenda-se vigilância clínica permanente para o risco de segundo tumor primário do trato aerodigestivo após tratamento do câncer de cavidade oral, orofaringe e hipofaringe, bem como para câncer de pulmão e segundo tumor primário do trato aerodigestivo no câncer de laringe [19].

Em pacientes sobreviventes do câncer de cabeça e pescoço, recomenda-se:

- Triagem anual para **câncer de pulmão** [128], com tomografia computadorizada de baixa dose para pacientes de alto risco, considerando o histórico de tabagismo;
- Triagem de **câncer de esôfago**, em caso de risco para tal (sintoma aerodigestivo);
- Orientações quanto às mudanças de estilo de vida, principalmente, em relação ao consumo de álcool, tabaco e dieta; e

- Monitoramento de sequelas físicas e psicossociais (fisioterapia, odontologia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia) durante o tratamento ativo e a longo prazo após o tratamento com cirurgia, radioterapia ou quimioterapia [127].

Como os tratamentos do CECP afetam diretamente a comunicação, a respiração e a deglutição, a reabilitação assume um papel fundamental no cuidado desses pacientes.

A reabilitação funcional prévia, precoce e continuada é fundamental minimizar os eventos relacionados à cirúrgia e à radioterapia. Durante a radioterapia e a quimiorradioterapia, o paciente deve ser acompanhado semanalmente com nutricionista e fonoaudiólogo para avaliação da disfagia, mucosite, da boca seca (xerostomia), da alteração ou distorção do sentido do paladar (disgeusia) e da dor ao engolir (odinofagia) e adaptar as consistências alimentares (pastosa, líquida espessada) [129,130]. Na maior parte dos pacientes, estes efeitos pós-tratamento diminuem em poucos meses. Em alguns casos, podem aparecer tardiamente, após 6 meses, devido à própria radiação e aos danos locais provocados pela doença. A sequela tardia mais comum é a fibrose induzida pela radioterapia, em que há o enrijecimento da musculatura, prejudicando o movimento de propulsão do bolo, elevação laríngea e peristalse. Assim, deve-se avaliar a necessidade de introduzir uma via alternativa de alimentação, como a sonda nasoenteral e a gastrostomia [131,132].

Muitos pacientes tratados do CECP apresentarão algum grau de disfagia [131,133]. O grau de comprometimento da função depende do tamanho e local do sítio acometido, sendo os pacientes com maior volume de queixa aqueles com tumores avançados de orofaringe, hipofaringe e esôfago cervical [131].

A disfagia prévia pode ser agravada pelo tratamento oncológico. As ressecções de estruturas importantes da deglutição, envolvendo músculos e nervos, acarretam disfunção sensório-motora e incoordenação da deglutição. Se a cirurgia conta com fechamento primário ou reconstrução em que o enxerto não foi inervado, há prejuízo na mobilidade das estruturas e piora no desempenho da função [129,131,133].

Recomenda-se a realização periódica de nasofibroscopia, laringoscopia e radiografia de tórax no seguimento após cirurgia ou quimiorradioterapia, com frequência mínima trimestral nos primeiros dois anos e semestral no terceiro, quarto e quinto anos. Esofagoscopia, esofagograma e broncoscopia podem ser reservados para pacientes com sintomas novos associados ao trato aerodigestivo [134,135].

Como a ressecção de tumores nessa região frequentemente resulta em defeitos anatômicos complexos que impactam funções vitais, as cirurgias reconstrutoras permitem restaurar a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente, bem como auxiliam na sua reabilitação.

Após cirurgias de esvaziamento cervical, algumas complicações, como a disfunção do Nervo Acessório Espinal (CN XI), são comuns, resultando em dor, limitação da elevação ou abdução do ombro, síndrome do ombro caído e discinesia escapular. Por isso, a avaliação e o encaminhamento precoce à fisioterapia e terapia ocupacional é fundamental, ainda no hospital ou nas primeiras semanas pós-alta. Além dos exercícios de amplitude de movimento (ADM) e fortalecimento da cintura escapular, deve ser ofertado tratamento caos o paciente relate dor.

A radioterapia e as cirurgias extensas, envolvendo a articulação temporomandibular e os músculos pterigoideus, podem afetar os músculos da mastigação. Assim, deve ser feita uma avaliação prévia, com início de exercícios profiláticos antes da realização do procedimento, a fim de preservar a abertura bucal e prevenir ou tratar espasmos, como o trismo. O paciente deve permanecer em acompanhamento fonoaudiológico e fisioterapêutico ao longo e após o tratamento,

devido à possibilidade de progressão tardia da fibrose induzida por radiação. O linfedema cervicofacial (interno e externo) é uma complicação frequente após cirurgia ou RT, afetando a deglutição, fala, respiração e a imagem corporal do paciente. Assim, o monitoramento deve incluir avaliação para identificação precoce de edema subcutâneo e mucoso. Caso o edema seja identificado, o paciente deve ser encaminhado à fisioterapia ou terapia ocupacional.

A avaliação da dependência de tabaco e de álcool deve integrar a avaliação inicial e o seguimento pós-tratamento de todos os pacientes com CECP. Aqueles que fazem uso dessas substâncias devem ser esclarecidos sobre a importância da mudança de estilo de vida, com cessação destes hábitos, para reduzir o risco de desenvolver segundo tumor primário (STP) [136,137]. Os pacientes tabagistas devem ser encaminhados e acompanhados conforme as orientações do PCDT do Tabagismo vigente, enquanto os pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool devem seguir as recomendações da Linha de Cuidado para Transtornos por Uso de Álcool no Adulto, do Ministério da Saúde[11] .

Pode ser necessário o uso da cânula de traqueostomia devido ao próprio tumor (por exemplo, por obstrução do trato respiratório) ou decorrente de seu tratamento, uma vez que o tratamento pode alterar a viscosidade da saliva, com risco de aspiração. Existem dois tipos de cânulas de traqueostomia: metálica e plástica (com *cuff* ou sem *cuff*). Alguns estudos sugerem que a presença do *cuff* pode atrapalhar a função de deglutição, principalmente, quando insuflado [131,138].

A equipe deve orientar o paciente e seus cuidadores acerca do cuidado de feridas operatórias, deiscências, estomas respiratórios (traqueostomias) e de alimentação (gastrostomias e jejunostomias), auxiliando na transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio no momento da alta. A orientação deve incluir o manuseio higiênico dos dispositivos, na aspiração de vias aéreas, na prevenção de lesões cutâneas peri-estoma e no reconhecimento precocemente de sinais de infecção, garantindo uma desospitalização segura e sustentável.

A reabilitação vocal deve ser iniciada precocemente, por meio de acompanhamento com a fonoaudiologia. Deve ser realizado um registro da qualidade vocal e da mobilidade de pregas vocais antes da realização de cirurgias laringectômicas/parciais e da radioterapia, bem como orientação sobre os efeitos desses procedimentos. Exercícios orofaciais e fonoterápicos de mobilização muscular, para redução da disartria, e de suporte respiratório-fonatório, para otimizar o fluxo aéreo e compensar problemas no fechamento glótico ou fibrose das pregas vocais, devem ser considerados. Em pacientes submetidos à laringectomia total, métodos específicos, como a voz esofágica, a laringe eletrônica (eletrolaringe) e a prótese fonatória traqueoesofágica, podem ser utilizados. A laringe eletrônica é frequentemente indicada como método de transição no pós-operatório imediato, para pacientes com limitações anatômicas ou cognitivas ou que prefiram não realizar cirurgia adicional; já a prótese fonatória traqueoesofágica permite o restabelecimento de uma voz fluida e audível, desde que o paciente tenha destreza manual e adequado tônus do segmento faringoesofágico. Concomitantemente, a avaliação audiológica ao longo de todo o tratamento é crucial para monitorar a ototoxicidade induzida por quimioterápicos à base de platina (como a cisplatina) e os efeitos da radioterapia no sistema auditivo.

A reabilitação fonoaudiológica tem por objetivo manter a segurança da alimentação/hidratação por via oral, mantendo o paciente nutrido. Algumas estratégias da reabilitação são a mudança na textura e consistência do bolo alimentar, uso de manobras facilitadoras e exercícios que aumentem a amplitude do movimento muscular e melhorem a resposta sensorial [131], além de exercícios profiláticos, em domicílio, consultório ou via teleatendimento [132]. Se necessário, pode-se solicitar exames avaliação clínico-funcional da

deglutição ou da voz, a fim de verificar a eficiência e segurança da alimentação por via oral [131] e auxiliar na definição de condutas.

A assistência odontológica desempenha papel decisivo na prevenção e no cuidado das complicações resultantes da radioterapia e quimioterapia na região de cabeça e pescoço. O atendimento odontológico pré-tratamento busca adequar o meio bucal para prevenir intercorrências graves. Durante a radioterapia, a aplicação da fotobiomodulação intraoral (laser de baixa potência) auxilia na prevenção e no tratamento da mucosite oral severa. Na fase pós-tratamento, as atenções voltam-se à prevenção e ao tratamento da hipossalivação e da xerostomia crônica. O paciente deve ser orientado a manter cuidados rigorosos com a higiene bucal para evitar a cárie de radiação. Além disso, a equipe deve estar ao surgimento de trismo e de osteoradionecrose de mandíbula, contraindicando extrações dentárias traumáticas em áreas irradiadas. Para os casos de mutilação extensa decorrente das ressecções tumorais, a reabilitação bucomaxilofacial e protética restaura a mastigação, a deglutição, a estética e a articulação da fala.

A reabilitação respiratória e pulmonar também é essencial em pacientes submetidos a traqueostomia, laringectomia total ou com histórico de tabagismo ou doenças pulmonares, permitindo a melhora da complacência pulmonar, remoção de secreções e no recondicionamento físico do paciente. A fisioterapia respiratória deve incluir exercícios de reexpansão pulmonar, fortalecimento de musculatura inspiratória e espirometria de incentivo. O paciente deve ser orientado sobre técnicas de higiene brônquica (desobstrução de vias aéreas e tosse eficaz) para prevenir atelectasias e pneumonias.

Após o tratamento, o paciente deve permanecer em acompanhamento a fim de identificar e tratar eventos tardios, como espamos (trismo), fibrose muscular e xerostomia crônica. Além disso, o paciente deve manter a reabilitação da deglutição e recuperação do peso corporal, objetivando, sempre que possível, a transição progressiva da via alternativa de alimentação para a via oral. Ainda, o paciente deve ser orientado quanto à possibilidade de acesso aos direitos sociais, especialmente em caso de deficiência em virtude da doença.

Algumas recomendações para o acompanhamento pré- e pós-operatório são:

Pré-operatório [139]:

1. Explicar a respeito da anatomia e fisiologia da produção vocal e deglutição.
2. Explicar a respeito dos métodos de reabilitação da comunicação alaríngea, paladar, olfato e deglutição.
3. Explicar sobre a função respiratória e reabilitação pulmonar.
4. Realizar o acolhimento.

Pós-operatório [140]:

Se paciente realizou laringectomia total.

1. Avaliação clínica da deglutição na primeira sessão e, após liberação médica, iniciar com consistências líquidas.

2. Avaliação instrumental por videodeglutograma, também chamado de videofluoroscopia da deglutição (indicado em casos isolados de disfagia não associada à estenose), e avaliação de fluxo salivar.

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

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

Deglutição

1. Avaliação clínica na primeira sessão e, após liberação médica, iniciar com consistências líquidas.

2. Avaliação instrumental por videofluoroscopia da deglutição (indicado em casos isolados de disfagia não associada à estenose).

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

Voz

1. Paciente em terapia para aquisição de voz esofágica após 1 mês sem nenhuma produção esofágica – encaminhar para realização de videofluoroscopia para diagnóstico de motilidade de esfíncter (hipertônico, hipotônico).

2. A prótese traqueoesofágica é tida como padrão ouro da reabilitação [141]. Há insumos disponíveis que melhoram a umidade da traqueia e temperatura com que o ar é inspirado.

Além disso, pacientes com CECP devem ser encaminhados para acompanhamento com especialistas caso apresentem uma das indicações a seguir:

Otorrinolaringologista com conhecimento em CECP	
Indicação	Quando o paciente é incapaz de desenvolver a voz esofágica mesmo após 8 sessões de fonoterapia e mediante outras causas de dificuldade de reabilitação já descartadas (como estenoses ou recidiva de tumor).
Avaliação / Intervenção	- Na presença de hipertonia ou espasmo do esfíncter esofágico superior, realizar o teste de insuflação de ar no esôfago [142]. - Se o paciente conseguir emissão vocal sem apresentar espasmos e/ou emissões tensas excessivas, pode-se referir que o esfíncter esofágico superior é permeável. Nesse caso, a falha da voz pode ser devido à incapacidade de introduzir ar no esôfago pelos métodos de aquisição de voz esofágica. - Se o paciente não conseguir voz esofágica indica-se, inicialmente, o bloqueio do plexo parafaríngeo. Este consiste na injeção percutânea de anestésico local (lidocaína 2%) com intuito de bloquear o plexo faríngeo e causar o relaxamento do esfíncter. - Se houver emissão vocal relaxada após o bloqueio, caracterizada por emissão de vogal “a” com 8 segundos de duração e contagem de

	números de 1 a 15, confirma-se a presença de espasmo ou hipertonia. Nesse caso, a aplicação de toxina botulínica pode ser benéfica por manter o relaxamento muscular por um período maior que o anestésico local.
Cirurgião com conhecimento em CECP	
Indicação	Para avaliação e necessidade de procedimentos em caso de insucesso de aquisição de voz esofágica ou produção inadequada da voz com prótese traqueoesofágica (PTE) [143].
Avaliação / Intervenção	- Estudos têm demonstrado efeitos da toxina botulínica por até dois anos e três meses após a aplicação inicial, sem necessidade de reaplicação. É inicialmente utilizada para tratamento do esfíncter após PTE sem sucesso de emissão. Após a aplicação inicial, o paciente pode se readaptar à nova situação ou pode ocorrer uma denervação da musculatura constritora da faringe em função do bloqueio pré-sináptico exercido toxina [142]. - Realização da miotomia dos músculos constrictores médio e inferior da faringe quando não realizado na cirurgia primária [142]. A necessidade real da miotomia na prótese traqueoesofágica (PTE) é controversa na literatura (variação entre 9% e 79% dos casos).
Fonoaudiólogo	
Indicação	Aquisição de comunicação
Avaliação / Intervenção	- **Laringe eletrônica**: como comunicação imediata, o paciente tem a possibilidade de adquirir comunicação já na primeira sessão de reabilitação. Trata-se de um dispositivo simples e de uso externo, que pode ser acoplado no pescoço ou na bochecha, sem necessidade de cirurgia ou contraindicações relevantes, permitindo um aprendizado de comunicação oral mais rápido, sendo o paciente sempre acompanhado por fonoaudiólogo [144] por 1 a 2 meses (8 sessões) com indicação para todos os pacientes após procedimento cirúrgico. - **Voz esofágica**: os pacientes possuem dificuldade em executá-la, o que colabora com o baixo sucesso na sua aquisição descrito na literatura [144]. Fonoterapia de 2 a 3 vezes por semana, tempo médio de reabilitação de 3 a 6 meses. - **Prótese traqueoesofágica:** Os índices de sucesso descritos na literatura são altos, chegando a 92% [144]. Escolha do paciente após discussão com equipe multiprofissional (geralmente secundário, pós radioterapia – perfil populacional). Período de 5 a 12 sessões.
Observação	Em casos em que não houver reabilitação de voz alaríngea recomenda-se a comunicação alternativa aumentativa suplementar.

Reabilitação da deglutição:

Laringectomia total/ total ampliada	
Recomendação	Uso de dispositivos para pacientes estomizados (estoma cervical): - Filtros e adesivos: indicado para todos os pacientes independentemente do tipo de comunicação [140]. - Orientação na alta hospitalar conforme Diretrizes norteadoras para a elaboração de linhas de cuidado da pessoa laringectomizada ou traqueostomizada.
Avaliação / Intervenção	- **Laringectomia total:** orientação e exercícios se houver queixa ou disfagia oral. - **Laringectomia total ampliada:** oito sessões de fonoterapia. Posteriormente, abordagem para reabilitação da comunicação, principal indicação é a laringe eletrônica.
Observação	O laringectomizado total conviverá com o traqueostoma de forma permanente, logo o cuidado pulmonar também é foco de preocupação para esse grupo de pacientes. Sendo assim, o uso de filtros e adesivos descartáveis permite proteção pulmonar, evitando o risco de infecções e complicações mais graves que podem representar aumento dos custos por internações e/ou necessidade de procedimentos mais caros e complexos [144].
Laringectomia parcial horizontal / vertical	
Avaliação	1. Atuação no pós-operatório imediato para o auxílio de retirada de cânula de traqueostomia. 2. Avaliação clínica nas primeiras sessões: avaliação de deglutição de saliva corada de azul e, posteriormente, introdução de alimentos. 3. Avaliação objetiva à indicação primária de videoendoscopia da deglutição – possibilidade de avaliar a função da laringe e a anatomia. Posteriormente, quando possível, para propor retirada de via alternativa de alimentação solicitar videofluoroscopia da deglutição – ambas acompanhadas por fonoaudiólogo. 4. Avaliação vocal: avaliação perceptivo auditiva e com programas de acústica à avaliação da fala e da voz – objetivo definição terapeuta e *biofeedback.*
Intervenção	• **Laringectomia parcial horizontal** - seguimento de 2 a 3 vezes por semana para reabilitação da deglutição, sendo em média de 8 a 12 sessões para retirada de sonda nasoenteral (SNE). Terapia para manutenção durante a radioterapia 1x/semana. • **Laringectomia parcial vertical** - seguimento 1 a 2 vezes por semana para reabilitação da deglutição; e 2 a 4 sessões para retirada de SNE. Fonoterapia semanal para reabilitação vocal.
Cirurgia de cavidade oral	
Os indivíduos que sofrem com câncer de cavidade oral são submetidos a múltiplos tratamentos. O padrão de atendimento para pacientes com esses tumores é modificado de acordo com os tratamentos combinados. Alguns sintomas podem aparecer associados, tais como: alteração de paladar, olfato e xerostomia [131]	
Recomendação	- Solicitação de videofluoroscopia da deglutição após a avaliação clínica e início de treino de alimentação por via oral em fonoterapia [131].

Laringectomia total/ total ampliada	
	- A videofluoroscopia é um instrumento de complementação da avaliação clínica. Indicado também para avaliação de esfíncter e funcionalidade de prótese rebaixadora de palato.
Avaliação/ Intervenção	Encaminhamentos necessários: - **Dentista:** encaminhamento imediato para avaliação de prótese obturadora ou rebaixadora de palato após avaliação fonoaudiológica [127]. - **Protético:** para confecção de prótese obturadora e/ou rebaixadora [127]. - **Otorrino/CECP:** Para avaliação da funcionalidade da prótese obturadora. - **Nutrição:** encaminhamento imediato. - **Pneumologista:** encaminhamento dos pacientes com risco de aspiração silente ou com histórico de pneumonia. - **Avaliação vocal:** avaliação perceptivo auditiva e com programas de acústica à avaliação da fala e da voz – objetivo definição terapêutica e *biofeedback*. - **Fonoterapia:** 2 a 3 vezes por semana – pacientes com disfagia leve a moderada; terapia intensiva – pacientes com disfagia grave ou traqueostomia com "cuff" insuflado.
Observações	• Prótese rebaixadora de palato/prótese obturadora – atuação em conjunto com estomatologistas e otorrinolaringologista especialistas em CECP para definição do tamanho e da funcionalidade da prótese. Recomenda-se a realização de uma nasofibroscopia acompanhada também por fonoaudiólogo. • Utilização de espessante para todos os pacientes que apresentem disfagia para líquido. • Pacientes com "cuff" insuflado – necessidade de acompanhamento *home care* com aparelhos e kits de aspiração. • Orientação de alta com protetor de banho, escova e protetor de estoma (para pacientes traqueostomizados.

Recomenda-se que, além dos encaminhamentos citados para reabilitação da deglutição, sejam adotados os seguintes procedimentos:

- Avaliação da qualidade de vida relacionada à voz utilizando protocolo específico [145].
- Implementação de estratégias de enfrentamento de problemas vocais [146].
- Estimulação da participação em grupos de apoio com ênfase em reabilitação, esclarecimentos de dúvidas e promoção da interação social [139].

Destaca-se a importância da atuação da equipe multidisciplinar em todas as fases do cuidado ao paciente com câncer de cabeça e pescoço: prevenção, detecção, tratamento, reabilitação, monitoramento, acompanhamento, e cuidados paliativos. A equipe multidisciplinar é composta por profissionais das seguintes áreas: cirurgião de cabeça e pescoço, oncologista clínico, enfermagem,

odontologia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, assistente social e outros especialistas conforme indicação clínica. Tal colaboração assegura uma abordagem terapêutica otimizada e garante um suporte integrado, atendendo às variadas necessidades que cada paciente pode manifestar ao longo de seu percurso clínico e proporcionando significativos benefícios na qualidade dos cuidados prestados [147,148].

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial, pois serve como ferramenta fundamental para coordenar a oferta de atendimento aos pacientes, além de orientar as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos); a verificação dos percentuais das frequências dos procedimentos quimioterápicos em suas diferentes linhas (cuja ordem descendente - primeira maior do que segunda maior do que terceira – sinaliza a efetividade terapêutica), entre outras. Ações de auditoria devem verificar *in loco*, por exemplo, a existência e a observância da conduta ou protocolo adotados no hospital; a regulação do acesso assistencial; a qualidade da autorização; a conformidade da prescrição e da dispensação e administração dos medicamentos (tipos e doses); a compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico e capacidade funcional (escala ECOG); a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos pacientes.

O acesso aos medicamentos oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado pelo Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-ONCO), instituído pela Portaria GM/MS nº 8.477/2025, e regulamentado por atos normativos complementares, os quais estabelecem, por exemplo, diretrizes relativas à autorização prévia para a dispensação ou administração de medicamentos oncológicos, às normas de registro e processamento da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade exclusivamente relacionada ao tratamento sistêmico do câncer (a APAC Onco exclusiva), ao regramento relativo à implantação de Centrais de Diluição de medicamentos oncológicos, entre outros, e definem as responsabilidades das três esferas de gestão e dos serviços oncológicos na implementação deste Componente.

Os estabelecimentos de saúde credenciados pelo SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pela assistência prestada, devendo registrar os respectivos procedimentos, incluindo os relativos à administração e à dispensação de medicamentos oncológicos, permitindo o monitoramento, o controle da produção assistencial, a rastreabilidade e a qualificação do financiamento, independentemente da modalidade de aquisição adotada.

Deve-verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) a modalidade de oferta para cada medicamento oncológico: aquisição centralizada, negociação nacional ou aquisição descentralizada. A APAC Onco exclusiva é o instrumento de registro do tratamento sistêmico do câncer, indispensável para o adequado registro e processamento no âmbito do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Para a administração e a dispensação de medicamentos oncológicos de aquisição centralizada, de altíssimo custo ou de outros medicamentos sujeitos à verificação do cumprimento dos critérios de elegibilidade para uso, é obrigatório o registro da solicitação de autorização prévia no respectivo sistema de informação. No caso de medicamentos infusionais, deve-se atentar à possibilidade de compartilhamento de doses e à observância das normas vigentes relativas às centrais de diluição.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02 e seus vários subgrupos – clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e por imagem), radioterápicos e quimioterápicos (Grupo 03, Subgrupo 01), cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) e de medicamentos antineoplásicos com registro individualizado (Grupo 06, Subgrupo 05) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a Tabela do SUS, podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva neoplasia maligna no SIGTAP − Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp), com versão mensalmente atualizada. Assim, o tratamento indicado é a associação da quimioterapia com a radioterapia (quimiorradioterapia), seja para a finalidade pré-operatória ou pós-operatória (adjuvante) e essa associação está contemplada no SUS, seja para qual finalidade for, conforme descrito nos procedimentos de quimioterapia prévia. Também, pode ser utilizada com a finalidade paliativa. Para a quimiorradioterapia, utilizam-se APAC concomitantes: a do procedimento de radioterapia e a do respectivo procedimento de quimioterapia paliativa [151].

10. REFERÊNCIAS

1. Conway DI, Hovanec J, Ahrens W, Ross A, Holcatova I, Lagiou P, et al. Occupational socioeconomic risk associations for head and neck cancer in Europe and South America: individual participant data analysis of pooled case–control studies within the INHANCE Consortium. J Epidemiol Community Health (1978). 2021 Aug;75(8):779–87. doi:10.1136/jech-2020-214913

2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May 4;71(3):209–49. doi:10.3322/caac.21660

3. Johnson DE, Burtness B, Leemans CR, Lui VWY, Bauman JE, Grandis JR. Head and neck squamous cell carcinoma. Nat Rev Dis Primers. 2020 Nov 26;6(1):92. doi:10.1038/s41572-020-00224-3

4. Caudell JJ, Gillison ML, Maghami E, Spencer S, Pfister DG, Adkins D, et al. NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2022. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2022 Mar;20(3):224–34. doi:10.6004/jnccn.2022.0016

5. Leoncini E, Vukovic V, Cadoni G, Pastorino R, Arzani D, Bosetti C, et al. Clinical features and prognostic factors in patients with head and neck cancer: Results from a multicentric study. Cancer Epidemiol. 2015 Jun;39(3):367–74. doi:10.1016/j.canep.2015.02.004

6. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional. Rio de Janeiro; 2010.

7. Chuang SC, Jenab M, Heck JE, Bosetti C, Talamini R, Matsuo K, et al. Diet and the risk of head and neck cancer: a pooled analysis in the INHANCE consortium. Cancer Causes & Control. 2012 Jan 29;23(1):69–88. doi:10.1007/s10552-011-9857-x

8. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino ÉC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. Braz J Otorhinolaryngol. 2013 Mar;79(2):239–47. doi:10.5935/1808-8694.20130041

9. Cognetti DM, Villaflor VM, Fakhry C, Miller MC, Malloy KM. Survivorship support in head and neck cancer: American Head and Neck Society survey. Head Neck. 2020 May 10;42(5):939–44. doi:10.1002/hed.26066

10. Liu AK, Wu J, Berthelet E, Lalani N, Chau N, Tran E, et al. Clinical features of head and neck cancer patients with brain metastases: A retrospective study of 88 cases. Oral Oncol. 2021 Jan;112:105086. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.105086

11. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 17]. Portaria conjunta no 10, de 16 de abril de 2020 - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Available from: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Tabagismo.pdf

12. Mccarter K, Martínez Ú, Britton B, Baker A, Bonevski B, Carter G, et al. Smoking cessation care among patients with head and neck cancer: a systematic review. BMJ Open . 2016. doi:10.1136/bmjopen-2016

13. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi F El, Bouvard V, et al. Policy Watch Carcinogenicity of alcoholic beverages. The Lancet [Internet]. 2007. Available from: http://oncology.thelancet.comVol8

14. Hashim D, Genden E, Posner M, Hashibe M, Boffetta P. Head and neck cancer prevention: from primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. Annals of Oncology. 2019 May;30(5):744–56. doi:10.1093/annonc/mdz084

15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 19]. INCA promove campanha de prevenção ao câncer de cabeça e pescoço. Available from: https://www.gov.br/inca/pt-br/canais-de-atendimento/imprensa/releases/2021/inca-promove-campanha-de-prevencao-ao-cancer-de-cabeca-e-pescoco

16. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 19]. Diagnóstico precoce é fundamental no tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Available from: https://aps.saude.gov.br/noticia/18217#:~:text=Em%20m%C3%A9dia%2C%2076%25%20dos%20casos,100%20mil%20habitantes%2C%20em%202020.

17. Brasil M da S. Ministério da Saúde [Internet]. 2024 [cited 2026 Sep 24]. Modalidades de Atenção Domiciliar. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades

18. César CPHAR, Santos CS, Andrade JS, Sordi C. Promoção da Saúde e Fonoaudiologia: possibilidades de atuação. In: Coletâneas em saúde. 2016.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 516, DE 17 DE JUNHO DE 2015. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2023 Sep 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0516_17_06_2015.html

20. WHO. World Health Organization. WHO Report on Cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care for all [Internet]. 2020 [cited 2023 Sep 17]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299

21. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Detecção Precoce do Câncer [Internet]. Brasília; 2021. Available from: http://controlecancer.bvs.br/

22. Alho OP. Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases. Can Med Assoc J. 2006 Mar 14;174(6):779–84. doi:10.1503/cmaj.050623

23. Chow LQM. Head and Neck Cancer. New England Journal of Medicine. 2020 Jan 2;382(1):60–72. doi:10.1056/NEJMra1715715

24. Marur S, Forastiere AA. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Mayo Clin Proc. 2016 Mar;91(3):386–96. doi:10.1016/j.mayocp.2015.12.017

25. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, Muwonge R, Thomas G, Anju G, et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial

in Kerala, India. Oral Oncol. 2013 Apr;49(4):314–21. doi:10.1016/j.oraloncology.2012.11.004

26. Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours. 8th ed. Union for International Cancer Control (UICC), editor. John Wiley & Sons.; 2017.

27. Horie L, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer [Internet]. Vol. 34. 2019 [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/sites/3/2019/07/Ditem-2019-separata-grafica.pdf

28. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO [Internet]. Rio de Janeiro; 2021 [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://sbno.com.br/wp-content/uploads/2021/07/consenso_2021.pdf

29. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes de Tratamento Oncológico - Tumores do Trato Gastrointestinal Superior [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 30]. Available from: https://sboc.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Diretrizes-SBOC-2026-Esofago-v4-VERSAO-PARA-COLABORACAO.pdf

30. De Lima L, Radbruch L. The International Association for Hospice and Palliative Care: Advancing Hospice and Palliative Care Worldwide. J Pain Symptom Manage. 2018 Feb;55(2):S96–103. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.03.023

31. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024(*). Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Brasília; 2024 May [cited 2026 Jul 9]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-*-565726225

32. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. São Paulo; 2020 [cited 2026 Jul 9]. Available from: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-CuidadosPaliativos-versa%CC%83o-final-1.pdf

33. Ferlito A, Robbins KT, Silver CE, Hasegawa Y, Rinaldo A. Classification of neck dissections: An evolving system. Auris Nasus Larynx. 2009 Apr;36(2):127–34. doi:10.1016/j.anl.2008.09.002

34. Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A. Elective management of the neck in oral cavity squamous carcinoma: current concepts supported by prospective studies. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2009 Jan;47(1):5–9. doi:10.1016/j.bjoms.2008.06.001

35. D'Cruz AK, Vaish R, Kapre N, Dandekar M, Gupta S, Hawaldar R, et al. Elective versus Therapeutic Neck Dissection in Node-Negative Oral Cancer. New England Journal of Medicine. 2015 Aug 6;373(6):521–9. doi:10.1056/NEJMoa1506007

36. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, Brandwein MS, Ridge JA, Migliacci JC, et al. Head and neck cancers—major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017 Mar 27;67(2):122–37. doi:10.3322/caac.21389

37. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes de tratamentos oncológicos 2026: Tumores de cabeça e pescoço - Capítulo: Cabeça e pescoço: doença localizada e localmente avançada. [Internet]. São Paulo; 2026 May [cited 2026 Jul 6]. Available from:

https://sboc.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Diretrizes-SBOC-2026-CCP-doen%E2%94%9Coa-localizada-v4-VERS%E2%94%9CaO-FINAL.pdf

38. Chen L, Hu CS, Chen XZ, Hu GQ, Cheng ZB, Sun Y, et al. Concurrent chemoradiotherapy plus adjuvant chemotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2012 Feb;13(2):163–71. doi:10.1016/S1470-2045(11)70320-5

39. Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahmoud T. Larynx Preservation in Pyriform Sinus Cancer: Preliminary Results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer Phase III Trial. JNCI Journal of the National Cancer Institute. 1996 Jul 3;88(13):890–9. doi:10.1093/jnci/88.13.890

40. Civantos FJ, Zitsch RP, Schuller DE, Agrawal A, Smith RB, Nason R, et al. Sentinel Lymph Node Biopsy Accurately Stages the Regional Lymph Nodes for T1-T2 Oral Squamous Cell Carcinomas: Results of a Prospective Multi-Institutional Trial. Journal of Clinical Oncology. 2010 Mar 10;28(8):1395–400. doi:10.1200/JCO.2008.20.8777

41. Schilling C, Stoeckli SJ, Haerle SK, Broglie MA, Huber GF, Sorensen JA, et al. Sentinel European Node Trial (SENT): 3-year results of sentinel node biopsy in oral cancer. Eur J Cancer. 2015 Dec;51(18):2777–84. doi:10.1016/j.ejca.2015.08.023

42. Giammarile F, Schilling C, Gnanasegaran G, Bal C, Oyen WJG, Rubello D, et al. The EANM practical guidelines for sentinel lymph node localisation in oral cavity squamous cell carcinoma. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2019 Mar 18;46(3):623–37. doi:10.1007/s00259-018-4235-5

43. Seferin MR, Pinto FR, Lin CS, Leite AKN, Gimenes PVS, Dedivitis RA, et al. Sentinel lymph node biopsy in early oral cavity tumors: Evaluation of the oncologic efficacy compared to elective neck dissection. Braz J Otorhinolaryngol. 2025 Jul;91:101639. doi:10.1016/j.bjorl.2025.101639

44. Ding Z, Li Y, Pan X, Xuan M, Xie H, Wang X. Sentinel lymph node biopsy versus elective neck dissection in squamous cell carcinoma of the oral cavity with a clinically <scp>N0</scp> neck: Systematic review and meta-analysis of prospective studies. Head Neck. 2021 Oct 10;43(10):3185–98. doi:10.1002/hed.26803

45. BERNIER J. European Organization for Research and Treatment of Cancer Trial 22931. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. N Engl J Med [Internet]. 2004 [cited 2023 Sep 18];350:1956–1952. Available from: https://cir.nii.ac.jp/crid/1573668924071690368.bib?lang=en

46. Bernier J, Cooper JS, Pajak TF, van Glabbeke M, Bourhis J, Forastiere A, et al. Defining risk levels in locally advanced head and neck cancers: A comparative analysis of concurrent postoperative radiation plus chemotherapy trials of the EORTC (#22931) and RTOG (# 9501). Head Neck. 2005 Oct;27(10):843–50. doi:10.1002/hed.20279

47. Cooper JS, Zhang Q, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Saxman SB, et al. Long-term Follow-up of the RTOG 9501/Intergroup Phase III Trial: Postoperative Concurrent Radiation Therapy and Chemotherapy in High-Risk Squamous Cell Carcinoma of the Head

and Neck. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2012 Dec;84(5):1198–205. doi:10.1016/j.ijrobp.2012.05.008

48. Geoffrois L, Martin L, De Raucourt D, Sun XS, Tao Y, Maingon P, et al. Induction Chemotherapy Followed by Cetuximab Radiotherapy Is Not Superior to Concurrent Chemoradiotherapy for Head and Neck Carcinomas: Results of the GORTEC 2007-02 Phase III Randomized Trial. J Clin Oncol. 2018 Nov 1;36(31):3077–83. doi:10.1200/JCO.2017.76.2591 PubMed PMID: 30016178.

49. Zhang Y, Chen L, Hu GQ, Zhang N, Zhu XD, Yang KY, et al. Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. N Engl J Med. 2019 Sep 19;381(12):1124–35. doi:10.1056/NEJMoa1905287 PubMed PMID: 31150573.

50. Forastiere AA, Zhang Q, Weber RS, Maor MH, Goepfert H, Pajak TF, et al. Long-term results of RTOG 91-11: a comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer. J Clin Oncol. 2013 Mar 1;31(7):845–52. doi:10.1200/JCO.2012.43.6097 PubMed PMID: 23182993.

51. Lefebvre J, Ang KK. Larynx preservation clinical trial design: Key issues and recommendations—A consensus panel summary. Head Neck. 2009 Apr 12;31(4):429–41. doi:10.1002/hed.21081

52. Shang J, Gu J, Han Q, Xu Y, Yu X, Wang K. Chemoradiotherapy is superior to radiotherapy alone after surgery in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Exp Med. 2014;7(9):2478–87. PubMed PMID: 25356100.

53. Patil VM, Noronha V, Menon N, Singh A, Ghosh-Laskar S, Budrukkar A, et al. Results of Phase III Randomized Trial for Use of Docetaxel as a Radiosensitizer in Patients With Head and Neck Cancer, Unsuitable for Cisplatin-Based Chemoradiation. Journal of Clinical Oncology. 2023 May 1;41(13):2350–61. doi:10.1200/JCO.22.00980

54. Rich TA, Shepard RC, Mosley ST. Four Decades of Continuing Innovation With Fluorouracil: Current and Future Approaches to Fluorouracil Chemoradiation Therapy. Journal of Clinical Oncology. 2004 Jun 1;22(11):2214–32. doi:10.1200/JCO.2004.08.009

55. Petrelli F, Coinu A, Riboldi V, Borgonovo K, Ghilardi M, Cabiddu M, et al. Concomitant platinum-based chemotherapy or cetuximab with radiotherapy for locally advanced head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis of published studies. Oral Oncol. 2014 Nov;50(11):1041–8. doi:10.1016/j.oraloncology.2014.08.005

56. Halim AAF, Wahba HA, El-Hadaad HA, Abo-Elyazeed A. Concomitant chemoradiotherapy using low-dose weekly gemcitabine versus low-dose weekly paclitaxel in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma: a phase III study. Medical Oncology. 2012 Mar 30;29(1):279–84. doi:10.1007/s12032-010-9811-x

57. Gupta S. Clinical benefits of concurrent capecitabine and cisplatin versus concurrent cisplatin and 5-flurouracil in locally advanced squamous cell head and neck cancer. Drug Discov Ther. 2013;7(1). doi:10.5582/ddt.2013.v7.1.36

58. Rewari AN, Haffty BG, Wilson LD, Son YH, Joe JK, Ross DA, et al. Postoperative concurrent chemoradiotherapy with mitomycin in advanced squamous cell carcinoma of the

head and neck: results from three prospective randomized trials. Cancer J. 2006;12(2):123–9. PubMed PMID: 16630403.

59. Ley J, Mehan P, Wildes TM, Thorstad W, Gay HA, Michel L, et al. Cisplatin versus Cetuximab Given Concurrently with Definitive Radiation Therapy for Locally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. Oncology. 2013;85(5):290–6. doi:10.1159/000355194

60. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20]. p. 137. Relatório de Recomendação nº 919: Regimes de tratamento com cetuximabe ou pembrolizumabe para carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-919-regimes-de-tratamento-com-cetuximabe-ou-pembrolizumabe

61. Mukhija V, Gupta S, Jacobson AS, Anderson Eloy J, Genden EM. Selective neck dissection following adjuvant therapy for advanced head and neck cancer. Head Neck. 2009 Feb;31(2):183–8. doi:10.1002/hed.20944

62. Robbins KT, Doweck I, Samant S, Vieira F. Effectiveness of Superselective and Selective Neck Dissection for Advanced Nodal Metastases After Chemoradiation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Nov 1;131(11):965. doi:10.1001/archotol.131.11.965

63. López Rodríguez M, Cerezo Padellano L, Martín Martín M, Couñago Lorenzo F. Neck dissection after radiochemotherapy in patients with locoregionally advanced head and neck cancer. Clinical and Translational Oncology. 2008 Dec 20;10(12):812–6. doi:10.1007/s12094-008-0294-6

64. Greven KM, Williams DW, Browne JD, McGuirt WF, White DR, D'Agostino RB. Radiographic Complete Response on Post Treatment CT Imaging Eliminates the Need for Adjuvant Neck Dissection After Treatment for Node Positive Head and Neck Cancer. Am J Clin Oncol. 2008 Apr;31(2):169–72. doi:10.1097/COC.0b013e3181573e42

65. Goguen LA, Posner MR, Tishler RB, Wirth LJ, Norris CM, Annino DJ, et al. Examining the Need for Neck Dissection in the Era of Chemoradiation Therapy for Advanced Head and Neck Cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 May 1;132(5):526. doi:10.1001/archotol.132.5.526

66. Mehanna H, Wong WL, McConkey CC, Rahman JK, Robinson M, Hartley AGJ, et al. PET-CT Surveillance versus Neck Dissection in Advanced Head and Neck Cancer. New England Journal of Medicine. 2016 Apr 14;374(15):1444–54. doi:10.1056/NEJMoa1514493

67. Lango MN, Egleston B, Ende K, Feigenberg S, D'Ambrosio DJ, Cohen RB, et al. Impact of neck dissection on long-term feeding tube dependence in patients with head and neck cancer treated with primary radiation or chemoradiation. Head Neck. 2009;NA-NA. doi:10.1002/hed.21188

68. Ahlberg A, Nikolaidis P, Engström T, Gunnarsson K, Johansson H, Sharp L, et al. Morbidity of supraomohyoidal and modified radical neck dissection combined with radiotherapy for head and neck cancer. A prospective longitudinal study. Head Neck. 2012 Jan;34(1):66–72. doi:10.1002/hed.21689

69. Nibu K ichi, Ebihara Y, Ebihara M, Kawabata K, Onitsuka T, Fujii T, et al. Quality of life after neck dissection: a multicenter longitudinal study by the Japanese Clinical Study Group on Standardization of Treatment for Lymph Node Metastasis of Head and Neck Cancer. Int J Clin Oncol. 2010 Feb 26;15(1):33–8. doi:10.1007/s10147-009-0020-6

70. Goodwin WJ. Salvage Surgery for Patients With Recurrent Squamous Cell Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract: When Do the Ends Justify the Means? Laryngoscope. 2000 Mar;110(S93):1–18. doi:10.1097/00005537-200003001-00001

71. Ward MC, Riaz N, Caudell JJ, Dunlap NE, Isrow D, Zakem SJ, et al. Refining Patient Selection for Reirradiation of Head and Neck Squamous Carcinoma in the IMRT Era: A Multi-institution Cohort Study by the MIRI Collaborative. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2018 Mar;100(3):586–94. doi:10.1016/j.ijrobp.2017.06.012

72. Janot F, de Raucourt D, Benhamou E, Ferron C, Dolivet G, Bensadoun RJ, et al. Randomized Trial of Postoperative Reirradiation Combined With Chemotherapy After Salvage Surgery Compared With Salvage Surgery Alone in Head and Neck Carcinoma. Journal of Clinical Oncology. 2008 Dec 1;26(34):5518–23. doi:10.1200/JCO.2007.15.0102

73. Jones AS, Tandon S, Helliwell TR, Husband DJ, Jones TM. Survival of patients with neck recurrence following radical neck dissection: Utility of a second neck dissection? Head Neck. 2008 Nov;30(11):1514–22. doi:10.1002/hed.20860

74. Young ER, Diakos E, Khalid-Raja M, Mehanna H. Resection of subsequent pulmonary metastases from treated head and neck squamous cell carcinoma: systematic review and meta-analysis. Clinical Otolaryngology. 2015 Jun;40(3):208–18. doi:10.1111/coa.12348

75. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC. Diretrizes de tratamentos oncológicos 2026: Tumores de cabeça e pescoço - Capítulo: Cabeça e pescoço: doença recorrente ou metastática [Internet]. São Paulo; 2026 May [cited 2026 Jul 23]. Available from: https://sboc.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Diretrizes-SBOC-2026-CCP-recorrente-e-metast%E2%94%9Citica-v6-VERS%E2%94%9CaO-FINAL.pdf

76. Chaves ALF DCHDMDDFCJG et al. Câncer de cabeça e pescoço. . In: Manual de Condutas da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. . 2011. p. 640–69.

77. Morisod B, Simon C. Meta-analysis on survival of patients treated with transoral surgery versus radiotherapy for early-stage squamous cell carcinoma of the oropharynx. Head Neck. 2016 Apr 30;38(S1). doi:10.1002/hed.23995

78. de Almeida JR, Byrd JK, Wu R, Stucken CL, Duvvuri U, Goldstein DP, et al. A systematic review of transoral robotic surgery and radiotherapy for early oropharynx cancer: A systematic review. Laryngoscope. 2014 Sep;124(9):2096–102. doi:10.1002/lary.24712

79. Aaltonen LM, Rautiainen N, Sellman J, Saarilahti K, Mäkitie A, Rihkanen H, et al. Voice Quality After Treatment of Early Vocal Cord Cancer: A Randomized Trial Comparing Laser Surgery With Radiation Therapy. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2014 Oct;90(2):255–60. doi:10.1016/j.ijrobp.2014.06.032

80. Cooper JS, Zhang Q, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Saxman SB, et al. Long-term Follow-up of the RTOG 9501/Intergroup Phase III Trial: Postoperative Concurrent

Radiation Therapy and Chemotherapy in High-Risk Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2012 Dec;84(5):1198–205. doi:10.1016/j.ijrobp.2012.05.008

81. Ang KK, Trotti A, Brown BW, Garden AS, Foote RL, Morrison WH, et al. Randomized trial addressing risk features and time factors of surgery plus radiotherapy in advanced head-and-neck cancer. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2001 Nov;51(3):571–8. doi:10.1016/S0360-3016(01)01690-X

82. Brandwein-Gensler M, Smith R V., Wang B, Penner C, Theilken A, Broughel D, et al. Validation of the Histologic Risk Model in a New Cohort of Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. American Journal of Surgical Pathology. 2010 May;34(5):676–88. doi:10.1097/PAS.0b013e3181d95c37

83. Harris JP, Chen MM, Orosco RK, Sirjani D, Divi V, Hara W. Association of Survival With Shorter Time to Radiation Therapy After Surgery for US Patients With Head and Neck Cancer. JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery. 2018 Apr 1;144(4):349. doi:10.1001/jamaoto.2017.3406

84. Graboyes EM, Kompelli AR, Neskey DM, Brennan E, Nguyen S, Sterba KR, et al. Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer. JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery. 2019 Feb 1;145(2):166. doi:10.1001/jamaoto.2018.2716

85. Wood DE. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines for Lung Cancer Screening. Thorac Surg Clin. 2015 May;25(2):185–97. doi:10.1016/j.thorsurg.2014.12.003

86. Lefebvre JL, Andry G, Chevalier D, Luboinski B, Collette L, Traissac L, et al. Laryngeal preservation with induction chemotherapy for hypopharyngeal squamous cell carcinoma: 10-year results of EORTC trial 24891. Annals of Oncology. 2012 Oct;23(10):2708–14. doi:10.1093/annonc/mds065

87. Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, Wolf GT, Fisher SG, Hong WK, et al. Induction Chemotherapy plus Radiation Compared with Surgery plus Radiation in Patients with Advanced Laryngeal Cancer. New England Journal of Medicine. 1991 Jun 13;324(24):1685–90. doi:10.1056/NEJM199106133242402

88. Sanabria A, Chaves ALF, Kowalski LP, Wolf GT, Saba NF, Forastiere AA, et al. Organ preservation with chemoradiation in advanced laryngeal cancer: The problem of generalizing results from randomized controlled trials. Auris Nasus Larynx. 2017 Feb;44(1):18–25. doi:10.1016/j.anl.2016.06.005

89. Cohen EEW, Karrison TG, Kocherginsky M, Mueller J, Egan R, Huang CH, et al. Phase III randomized trial of induction chemotherapy in patients with N2 or N3 locally advanced head and neck cancer. J Clin Oncol. 2014 Sep 1;32(25):2735–43. doi:10.1200/JCO.2013.54.6309 PubMed PMID: 25049329.

90. Haddad R, O'Neill A, Rabinowits G, Tishler R, Khuri F, Adkins D, et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer

(PARADIGM): a randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. 2013 Mar;14(3):257–64. doi:10.1016/S1470-2045(13)70011-1

91. Hitt R, Grau JJ, López-Pousa A, Berrocal A, García-Girón C, Irigoyen A, et al. A randomized phase III trial comparing induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone as treatment of unresectable head and neck cancer. Annals of Oncology. 2014 Jan;25(1):216–25. doi:10.1093/annonc/mdt461

92. Pignon JP, Maître A le, Maillard E, Bourhis J. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 93 randomised trials and 17,346 patients. Radiotherapy and Oncology. 2009 Jul 1;92(1):4–14. doi:10.1016/J.RADONC.2009.04.014 PubMed PMID: 19446902.

93. Lacas B, Carmel A, Landais C, Wong SJ, Licitra L, Tobias JS, et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 107 randomized trials and 19,805 patients, on behalf of MACH-NC Group. Radiother Oncol. 2021 Mar;156:281–93. doi:10.1016/j.radonc.2021.01.013 PubMed PMID: 33515668.

94. Blanchard P, Bourhis J, Lacas B, Posner MR, Vermorken JB, Hernandez JJC, et al. Taxane-Cisplatin-Fluorouracil As Induction Chemotherapy in Locally Advanced Head and Neck Cancers: An Individual Patient Data Meta-Analysis of the Meta-Analysis of Chemotherapy in Head and Neck Cancer Group. Journal of Clinical Oncology. 2013 Aug 10;31(23):2854–60. doi:10.1200/JCO.2012.47.7802

95. Petit C, Lacas B, Pignon JP, Le QT, Grégoire V, Grau C, et al. Chemotherapy and radiotherapy in locally advanced head and neck cancer: an individual patient data network meta-analysis. Lancet Oncol. 2021 May;22(5):727–36. doi:10.1016/S1470-2045(21)00076-0 PubMed PMID: 33862002.

96. Graboyes EM, Kompelli AR, Neskey DM, Brennan E, Nguyen S, Sterba KR, et al. Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Feb 1;145(2):166–77. doi:10.1001/jamaoto.2018.2716 PubMed PMID: 30383146.

97. Tam M, Wu SP, Gerber NK, Lee A, Schreiber D, Givi B, et al. The impact of adjuvant chemoradiotherapy timing on survival of head and neck cancers. Laryngoscope. 2018 Oct;128(10):2326–32. doi:10.1002/lary.27152 PubMed PMID: 29481712.

98. Mehanna H, Robinson M, Hartley A, Kong A, Foran B, Fulton-Lieuw T, et al. Radiotherapy plus cisplatin or cetuximab in low-risk human papillomavirus-positive oropharyngeal cancer (De-ESCALaTE HPV): an open-label randomised controlled phase 3 trial. The Lancet. 2019 Jan 5;393(10166):51–60. doi:10.1016/S0140-6736(18)32752-1 PubMed PMID: 30449623.

99. Ang KK, Harris J, Wheeler R, Weber R, Rosenthal DI, Nguyen-Tân PF, et al. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1):24–35. doi:10.1056/NEJMoa0912217 PubMed PMID: 20530316.

100. Ferris RL, Flamand Y, Weinstein GS, Li S, Quon H, Mehra R, et al. Transoral robotic surgical resection followed by randomization to low- or standard-dose IMRT in resectable p16+ locally advanced oropharynx cancer: A trial of the ECOG-ACRIN Cancer Research

Group (E3311). Journal of Clinical Oncology. 2020 May 20;38(15_suppl):6500. doi:10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.6500

101. Yom SS, Torres-Saavedra P, Caudell JJ, Waldron JN, Gillison ML, Xia P, et al. Reduced-Dose Radiation Therapy for HPV-Associated Oropharyngeal Carcinoma (NRG Oncology HN002). J Clin Oncol. 2021 Mar 20;39(9):956–65. doi:10.1200/JCO.20.03128 PubMed PMID: 33507809.

102. Gillison ML, Trotti AM, Harris J, Eisbruch A, Harari PM, Adelstein DJ, et al. Radiotherapy plus cetuximab or cisplatin in human papillomavirus-positive oropharyngeal cancer (NRG Oncology RTOG 1016): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. The Lancet. 2019 Jan;393(10166):40–50. doi:10.1016/S0140-6736(18)32779-X

103. NUTTING C. Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer (PARSPORT) : a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol [Internet]. 2011 [cited 2023 Sep 18];12:127–36. Available from: https://cir.nii.ac.jp/crid/1572261549213739264.bib?lang=en

104. Gupta T, Agarwal J, Jain S, Phurailatpam R, Kannan S, Ghosh-Laskar S, et al. Three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT) versus intensity modulated radiation therapy (IMRT) in squamous cell carcinoma of the head and neck: a randomized controlled trial. Radiother Oncol. 2012;104(3):343–8. doi:10.1016/j.radonc.2012.07.001 PubMed PMID: 22853852.

105. Marta GN, Silva V, de Andrade Carvalho H, de Arruda FF, Hanna SA, Gadia R, et al. Intensity-modulated radiation therapy for head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. Radiother Oncol. 2014 Jan;110(1):9–15. doi:10.1016/j.radonc.2013.11.010 PubMed PMID: 24332675.

106. Nutting C, Rooney K, Foran B, Pettit L, Beasley M, Finneran L, et al. Results of a randomized phase III study of dysphagia-optimized intensity modulated radiotherapy (Do-IMRT) versus standard IMRT (S-IMRT) in head and neck cancer. Journal of Clinical Oncology. 2020 May 20;38(15_suppl):6508. doi:10.1200/JCO.2020.38.15_suppl.6508

107. Marta GN, Weltman E, Ferrigno R. Intensity-modulated radiation therapy (IMRT) versus 3-dimensional conformal radiation therapy (3D-CRT) for head and neck cancer: cost-effectiveness analysis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2018 Apr;64(4):318–23. doi:10.1590/1806-9282.64.04.318 PubMed PMID: 30133610.

108. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de bases técnicas da oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília; 2021.

109. Brasil, Ministério da Saúde. A avaliação do paciente em cuidados paliativos: cuidados paliativos na prática clínica. [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 18]. Available from: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11605

110. Zhang Y, Chen L, Hu GQ, Zhang N, Zhu XD, Yang KY, et al. Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. New England Journal of Medicine. 2019 Sep 19;381(12):1124–35. doi:10.1056/NEJMoa1905287

111. Chen H, Zhou L, Chen D, Luo J. Clinical efficacy of neoadjuvant chemotherapy with platinum-based regimen for patients with locoregionally advanced head and neck squamous

cell carcinoma: an evidence-based meta-analysis. Ann Saudi Med. 2011 Sep;31(5):502–12. doi:10.4103/0256-4947.84629

112. SU Yu-xiong ZJ wei, ZG sen, LG qing, and ZZ yuan. Neoadjuvant chemotherapy of cisplatin and fluorouracil regimen in head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. Chin Med J (Engl). 2008 Oct;121(19):1939–44.

113. Ma J, Liu Y, Yang X, Zhang C ping, Zhang Z yuan, Zhong L ping. Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. World J Surg Oncol. 2013 Dec 14;11(1):67. doi:10.1186/1477-7819-11-67

114. Domenge C, Hill C, Lefebvre JL, De Raucourt D, Rhein B, Wibault P, et al. Randomized trial of neoadjuvant chemotherapy in oropharyngeal carcinoma. Br J Cancer. 2000 Dec;83(12):1594–8. doi:10.1054/bjoc.2000.1512

115. Pignon J, Bourhis J, Domenge C, Designé L. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. The Lancet. 2000 Mar;355(9208):949–55. doi:10.1016/S0140-6736(00)90011-4

116. OuYang PY, Xie C, Mao YP, Zhang Y, Liang XX, Su Z, et al. Significant efficacies of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma by meta-analysis of published literature-based randomized, controlled trials. Annals of Oncology. 2013 Aug;24(8):2136–46. doi:10.1093/annonc/mdt146

117. Posner MR, Hershock DM, Blajman CR, Mickiewicz E, Winquist E, Gorbounova V, et al. Cisplatin and Fluorouracil Alone or with Docetaxel in Head and Neck Cancer. New England Journal of Medicine. 2007 Oct 25;357(17):1705–15. doi:10.1056/NEJMoa070956

118. Perl G, Ben-Aharon I, Popovtzer A, Stemmer SM, Vidal L. Addition of Taxane to Induction Therapy in Head and Neck Malignancies: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Chemotherapy. 2013;59(6):435–40. doi:10.1159/000360690

119. Petrelli F, Barni S. Anti-EGFR-targeting agents in recurrent or metastatic head and neck carcinoma: A meta-analysis. Head Neck. 2012 Nov;34(11):1657–64. doi:10.1002/hed.21858

120. Winquist E, Al-Rasheedy I, Nichols AC, Palma DA, Stitt L. Temporal changes in the efficacy of chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: A systematic review and meta-analysis. Cancer Treat Rev. 2014 Oct;40(9):1073–9. doi:10.1016/j.ctrv.2014.08.002

121. Tahara M, Greil R, Rischin D, Harrington KJ, Burtness B, de Castro G, et al. Pembrolizumab with or without chemotherapy in recurrent or metastatic head and neck squamous cell carcinoma: 5-year follow-up from the randomized phase III KEYNOTE-048 study. Eur J Cancer. 2025 May;221:115395. doi:10.1016/j.ejca.2025.115395

122. Vermorken JB, Mesia R, Rivera F, Remenar E, Kawecki A, Rottey S, et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. N Engl J Med. 2008 Sep 11;359(11):1116–27. doi:10.1056/NEJMoa0802656 PubMed PMID: 18784101.

123. Ferris RL, Blumenschein G, Fayette J, Guigay J, Colevas AD, Licitra L, et al. Nivolumab for Recurrent Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck. New England Journal of Medicine. 2016 Nov 10;375(19):1856–67. doi:10.1056/NEJMoa1602252

124. Burtness B, Harrington KJ, Greil R, Soulières D, Tahara M, de Castro G, et al. Pembrolizumab alone or with chemotherapy versus cetuximab with chemotherapy for recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-048): a randomised, open-label, phase 3 study. The Lancet. 2019 Nov;394(10212):1915–28. doi:10.1016/S0140-6736(19)32591-7

125. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 20]. p. 105. Relatório de Recomendação nº 918: Nivolumabe para o tratamento de pacientes adultos com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático após quimioterapia à base de platina (i.e., segunda linha de tratamento da doença recidivado ou metastática). Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-918-nivolumabe-cancer-cabeca-pescoco

126. Molin Y, Fayette J. Current chemotherapies for recurrent/metastatic head and neck cancer. Anticancer Drugs. 2011 Aug;22(7):621–5. doi:10.1097/CAD.0b013e3283421f7c

127. Cohen EEW, LaMonte SJ, Erb NL, Beckman KL, Sadeghi N, Hutcheson KA, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. CA Cancer J Clin. 2016 May;66(3):203–39. doi:10.3322/caac.21343

128. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Guidelines & Measures Annual Report. [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://old-prod.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/practice-patients/documents/2022-annual-report-full.pdf

129. Bentzen J, Toustrup K, Eriksen JG, Primdahl H, Andersen LJ, Overgaard J. Locally advanced head and neck cancer treated with accelerated radiotherapy, the hypoxic modifier nimorazole and weekly cisplatin. Results from the DAHANCA 18 phase II study. Acta Oncol (Madr). 2015 Aug 9;54(7):1001–7. doi:10.3109/0284186X.2014.992547

130. Goldsmith T, Jacobson MC. Managing the late effects of chemoradiation on swallowing: bolstering the beginning, minding the middle, and cocreating the end. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Jun;26(3):180–7. doi:10.1097/MOO.0000000000000455

131. Baijens LWJ, Walshe M, Aaltonen LM, Arens C, Cordier R, Cras P, et al. European white paper: oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2021 Feb 19;278(2):577–616. doi:10.1007/s00405-020-06507-5

132. Baudelet M, Van den Steen L, Duprez F, De Bodt M, Deschuymer S, Goeleven A, et al. Study protocol for a randomized controlled trial: prophylactic swallowing exercises in head-and-neck cancer patients treated with (chemo)radiotherapy (PRESTO trial). Trials. 2020 Dec 2;21(1):237. doi:10.1186/s13063-020-4171-0

133. Govender R, Smith CH, Taylor SA, Barratt H, Gardner B. Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. BMC Cancer. 2017 Dec 10;17(1):43. doi:10.1186/s12885-016-2990-x

134. Benninger MS, Shariff A, Blazoff K. Symptom-Directed Selective Endoscopy: Long-term Efficacy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001 Jul 1;127(7):770–3. doi:10-1001/pubs.Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.-ISSN-0886-4470-127-7-ooa10030

135. Benninger MS, Enrique RR, Nichols RD. Symptom-directed selective endoscopy and cost containment for evaluation of head and neck cancer. Head Neck. 1993 Nov;15(6):532–6. doi:10.1002/hed.2880150610

136. Travis LB, Wahnefried WD, Allan JM, Wood ME, Ng AK. Aetiology, genetics and prevention of secondary neoplasms in adult cancer survivors. Nat Rev Clin Oncol. 2013 May 26;10(5):289–301. doi:10.1038/nrclinonc.2013.41

137. Jégu J, Binder-Foucard F, Borel C, Velten M. Trends over three decades of the risk of second primary cancer among patients with head and neck cancer. Oral Oncol. 2013 Jan;49(1):9–14. doi:10.1016/j.oraloncology.2012.06.018

138. Goff D, Patterson J. Eating and drinking with an inflated tracheostomy cuff: a systematic review of the aspiration risk*. Int J Lang Commun Disord. 2019 Jan 14;54(1):30–40. doi:10.1111/1460-6984.12430

139. Beeram M, Kennedy A, Hales N. Barriers to Comprehensive Multidisciplinary Head and Neck Care in a Community Oncology Practice. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2021 May 19;(41):e236–45. doi:10.1200/EDBK_320967

140. Scheenstra RJ, Muller SH, Vincent A, Sinaasappel M, Hilgers FJM. Influence of breathing resistance of heat and moisture exchangers on tracheal climate and breathing pattern in laryngectomized individuals. Head Neck. 2009 Dec 1;32(8):1069–78. doi:10.1002/hed.21293

141. Bozec A, Boscagli M, Serris M, Chamorey E, Dassonville O, Poissonnet G, et al. Long-term functional and quality of life outcomes in laryngectomized patients after successful voice restoration using tracheoesophageal prostheses. Surg Oncol. 2021 Sep;38:101580. doi:10.1016/j.suronc.2021.101580

142. Benedito Menezes M, Lang Fouquet M, T. Katayama E, de Oliveira Villareal F, Gonçalves AJosé. Uso da Toxina Botulínica em Pacientes Laringectomizados Totais para Controle do Espasmo do Segmento Faringo-esofágico e aquisição de voz esofágica. Rev bras cir cabeça pescoço. 2012;41(1).

143. Chone CT, Spina AL, Crespo AN, Gripp FM. Reabilitação vocal pós-laringectomia total: resultados em longo prazo com prótese fonatória Blom-Singer® de longa permanência. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2005 Aug;71(4):504–9. doi:10.1590/S0034-72992005000400018

144. Guimarães MF, Moreira MJ da S, Lopes L, Moreti F. Carta à Associação de Câncer de Boca e Garganta (ACBG) Brasil. Codas. 2019;31(3). doi:10.1590/2317-1782/20182018122

145. Costa T, Oliveira G, Behlau M. Validation of the Voice Handicap Index: 10 (VHI-10) to the Brazilian Portuguese. Codas. 2013 Oct;25(5):482–5. doi:10.1590/S2317-17822013000500013

146. Oliveira G, Hirani SP, Epstein R, Yazigi L, Behlau M. Coping Strategies in Voice Disorders of a Brazilian Population. Journal of Voice. 2012 Mar;26(2):205–13. doi:10.1016/j.jvoice.2010.10.023

147. Beeram M, Kennedy A, Hales N. Barriers to Comprehensive Multidisciplinary Head and Neck Care in a Community Oncology Practice. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2021 Jun;(41):e236–45. doi:10.1200/EDBK_320967

148. Goyal N, Day A, Epstein J, Goodman J, Graboyes E, Jalisi S, et al. Head and neck cancer survivorship consensus statement from the American Head and Neck Society. Laryngoscope Investig Otolaryngol. 2022 Feb 30;7(1):70–92. doi:10.1002/lio2.702

MATERIAL SUPLEMENTAR – ESTADIAMENTO

Tumor primário (T)

- Quadro I. Tumor primário: câncer de cavidade oral.

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor ≤ 2cm e até 5mm de profundidade de invasão
T2	Tumor ≤ 2cm e 5-10mm de profundidade de invasão, ou Tumor > 2cm e ≤ 4cm e até 10mm de profundidade de invasão
T3	Tumor > 4cm, ou tumor de qualquer tamanho com profundidade de invasão ≤10mm.
T4a	Tumor invade através do osso cortical da mandíbula ou do seio maxilar, ou invade a pele da face
T4b	Tumor invade o espaço mastigatório, as placas pterigoides ou a base do crânio, ou envolve circunferencialmente a artéria carótida interna.

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro II. Tumor primário: câncer de orofaringe. HPV-negativo

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor ≤ 2cm
T2	Tumor > 2cm e ≤ 4cm
T3	Tumor > 4cm ou extensão para superfície lingual da epiglote
T4a	Invasão de laringe, musculatura extrínseca da língua, pterigoide medial, palato duro ou mandíbula (extensão mucosa para a superfície lingual da epiglote a partir do tumor primário da base da língua e valécula não constitui invasão de laringe)

Categoria T	Definição
T4b	Invasão da musculatura pterigoide lateral, placas pterigoideas, nasofaringe lateral ou base de crânio, ou encarcera a artéria carótida

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro III. Tumor primário: câncer de orofaringe. HPV-positivo

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
T0	Sem evidência de tumor primário (LFN cervical p16-positivo)
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor ≤ 2cm
T2	Tumor > 2cm e ≤ 4cm
T3	Tumor > 4cm ou com extensão para superfície lingual da epiglote
T4	Invasão de alguma das estruturas seguintes: laringe, musculatura profunda/extrínseca da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), pterigoide medial, palato duro, mandíbula, musculo pterigoide lateral, placas pterigoides, nasofaringe lateral, base de crânio ou encarcera a carótida

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro IV. Tumor primário: câncer de laringe - Supraglote

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor limitado a 1 subsítio da supraglote com mobilidade da corda vocal normal
T2	Tumor invade a mucosa de mais de 1 subsítio da supraglote ou glote ou alguma região fora da supraglote (mucosa da base da língua, valécula, parede medial do seio piriforme), sem fixação da laringe
T3	Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal e/ou invasão de uma das seguintes estruturas: área pós-cricoide, espaço pré-epiglótico, espaço paraglótico e/ou córtex interno da cartilagem tireoidiana
T4a	Invasão da cartilagem tireoide e/ou estruturas além da laringe, como traqueia, partes moles do pescoço, incluindo musculatura extrínseca profunda da base da língua, alça muscular, tireoide ou esôfago
T4b	Invasão do espaço pré-vertebral, engloba a artéria carótida ou estruturas mediastinais

Fonte: Adaptado da Union for *International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro V. Tumor primário: câncer de laringe - Glote

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*

T1	Tumor limitado à corda vocal com mobilidade normal da mesma (pode envolver comissura anterior ou posterior)
T1a	Tumor limitado a 1 corda vocal
T1b	Tumor envolve ambas as cordas vocais
T2	Tumor invade a supraglote e/ou subglote e/ou com mobilidade diminuída da corda vocal
T3	Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal e/ou invasão do espaço paraglótico e/ou invasão do córtex interno da cartilagem tireoidiana
T4a	Invasão além do córtex interno da cartilagem tireoide e/ou estruturas além da laringe, como traqueia, partes moles do pescoço incluindo musculatura extrínseca profunda da base da língua, alça muscular, tireoide ou esôfago
T4b	Invasão do espaço pré-vertebral, engloba a artéria carótida ou estruturas mediastinais

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro VI. Tumor primário: câncer de laringe - Subglote

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor limitado à subglote
T2	Tumor se estende à corda vocal com mobilidade normal ou diminuída
T3	Tumor limitado à laringe com fixação da corda vocal e/ou invasão do córtex interno da cartilagem tireoide
T4a	Invasão das cartilagens tireoide ou cricoide e/ou estruturas além da laringe como traqueia, partes moles do pescoço, incluindo musculatura extrínseca profunda da base da língua, alça muscular, tireoide ou esôfago
T4b	Invasão do espaço pré-vertebral, engloba a artéria carótida ou estruturas mediastinais

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro VII. Tumor primário: câncer de hipofaringe

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor limitado à subsítio da hipofaringe e/ou < 2cm
T2	Tumor se estende a mais de um subsítio ou sítios adjacentes ou mede entre 2 e 4cm, sem fixação da hemilaringe
T3	Tumor > 4cm ou com fixação da hemilaringe ou extensão para esôfago
T4a	Invasão das cartilagens tireoide ou cricoide, osso hioideo, glândula tireoide ou tecidos de partes moles do compartimento central
T4b	Invasão do espaço pré-vertebral, engloba a artéria carótida ou estruturas mediastinais

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

- Quadro VIII. Tumor primário: câncer de nasofaringe

Categoria T	Definição
TX	Não é possível acessar o tumor primário
T0	Sem evidência de tumor primário, mas com LFN cervical EBV+
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumor confinado à nasofaringe ou que se estende à orofaringe e/ou cavidade nasal sem envolvimento parafaríngeo
T2	Tumor com extensão parafaríngea, e/ou infiltração do pterigoide medial, pterigoide lateral, e/ou músculos pré-vertebrais
T3	Tumor invade estruturas ósseas da base do crânio e/ou envolve seios paranasais ou estruturas pterigoideas
T4	Tumor com extensão intracraniana e/ou envolvimento de nervos cranianos, fossa infratemporal, hipofaringe, órbita, glândula parótida e/ou infiltração além da superfície lateral do musculo pterigoideo lateral

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Linfonodos regionais

- Quadro IX. Linfonodos regionais - câncer de cavidade oral

Categoria N	Definição
NX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
N0	Ausência de metástases linfonodais
N1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
N2	Metástases são descritas como:
N2a	Metástase em um único linfonodo ipsilateral > 3 e ≤ 6 cm, sem extensão extranodal patológica
N2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum > 6 cm em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
N2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum > 6 cm em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
N3a	Metástase em linfonodo > 6 cm em sua maior dimensão sem extensão extranodal patológica
N3b	Metástase em um único ou múltiplos linfonodos com extensão extranodal patológica

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro X. Linfonodos regionais – câncer de orofaringe HPV-negativo e hipofaringe (Clínico)

Categoria N	Definição
cNX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
cN0	Ausência de metástases linfonodais
cN1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
cN2	Metástases são descritas como:
cN2a	Metástase em um único linfonodo ipsilateral > 3 e ≤ 6 cm, sem extensão extranodal patológica
cN2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum > 6 cm em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
cN2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum > 6 cm em sua maior dimensão, sem extensão extranodal patológica
cN3a	Metástase em linfonodo > 6 cm em sua maior dimensão sem extensão extranodal patológica
cN3b	Metástase em um único ou múltiplos linfonodos com extensão extranodal patológica

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XI. Linfonodos regionais - câncer de orofaringe HPV-negativo e hipofaringe (Patológico)

Categoria N	Definição
pNX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
pN0	Ausência de metástases linfonodais
pN1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, ≤ 3 cm, sem extensão extranodal patológica
pN2	Metástases são descritas como:
pN2a	Metástase em um único linfonodo ipsilateral < 3cm com extensão extranodal ou > 3 e ≤ 6 cm, sem extensão extranodal patológica
pN2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum > 6 cm, sem extensão extranodal patológica
pN2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum > 6 cm, sem extensão extranodal patológica
pN3a	Metástase em linfonodo > 6 cm em sua maior dimensão sem extensão extranodal patológica
pN3b	Metástase em um único ou múltiplos linfonodos com extensão extranodal patológica

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XII. Linfonodos regionais – câncer de orofaringe HPV-positivo (Clínico)

Categoria N	Definição
cNX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
cN0	Ausência de metástases linfonodais
cN1	Metástase unilateral, em linfonodo(s), ≤ 6 cm
cN2	Metástase contralateral ou bilateral em linfonodo(s), ≤ 6 cm
cN3	Metástase em linfonodo(s) > 6 cm

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XIII. Linfonodos regionais - câncer de orofaringe HPV-positivo (Patológico)

Categoria N	Definição
pNX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
pN0	Ausência de metástases linfonodais
pN1	Metástase em 1 a 4 linfonodos(s)
pN2	Metástase em ≥ 5 linfonodos(s)

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XIV. Linfonodos regionais - câncer de nasofaringe (Clínico e Patológico)

Categoria N	Definição
NX	Não é possível acessar os linfonodos regionais
N0	Ausência de metástases linfonodais
N1	Metástase unilateral, linfonodo(s) incervical(ais) e/ou metástase unilateral ou bilateral em linfonodos retrofaríngeos, < 6 cm, acima da borda caudal da cartilagem cricóide
N2	Metástase bilateral em linfonodo(s) cervical(is), < 6 cm, acima da borda caudal da cartilagem cricoide
N3	Metástase em linfonodo(s) cervical(ais) > 6 cm e/ou extensão abaixo da borda caudal da cartilagem cricoide

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Metástases

Quadro XV. Presença de metástases - M.

Categoria M	Definição
M0	Sem metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Agrupamentos TNM

Quadro XVI. Agrupamento TNM – câncer de orofaringe HPV-negativo e hipofaringe

Estádio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase a distância (M)
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0

Estádio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase a distância (M)
	T1 - T3	N1	M0
IVA	T1 - T3	N2	M0
	T4a	N0-N2	M0
IVB	T4b	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XVII. Agrupamento TNM – câncer de orofaringe HPV-positivos (Clínico)

Estádio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase a distância (M)
0	Tis	N0	M0
I	T1 -T2	N0 - N1	M0
II	T1 - T2	N2	M0
	T3	N0 - N1 - N2	M0
III	T1 - T2 - T3	N3	M0
	T4	Qualquer N	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XVIII. Agrupamento TNM – câncer de orofaringe HPV-positivos (Patológico)

Estádio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase a distância (M)
0	Tis	N0	M0
I	T1 -T2	N0 - N1	M0
II	T1 - T2	N2	M0
	T3	N0 - N1	M0
III	T3 - T4	N2	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

Quadro XIX. Agrupamento TNM – câncer de nasofaringe

Estádio	Tumor (T)	Invasão Linfática (N)	Metástase a distância (M)
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T1	N1	M0

	T2	N0 - N1	M0
III	T1 - T2	N2	M0
	T3	N0 - N1 - N2	M0
IVA	T4	N0 - N1 - N2	M0
IVB	Qualquer T	N3	M0
IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Adaptado da *Union for International Cancer Control* (UICC), 8ª ed. 2017.

APÊNDICE 1 - PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA

Medicamento	Dose inicial
Cisplatina	100 mg/m² a cada 3 semanas por 3 ciclos
Cisplatina semanal	40 mg/m²/semana
Docetaxel	15 mg/m² semanal
TPF (docetaxel + cisplatina + fluoruracila)	Docetaxel 75 mg/m² D1 + bisplatina: 75 mg/m² D1 + fluoruracila 750 mg/m²/24 horas em infusão contínua D1 a D5; a cada 3 semanas, por 3 ciclos.
Cisplatina + fluoruracila + paclitaxel	Paclitaxel 175 mg/m² D + cisplatina 100 mg/m² D2 + fluoruracila 500 mg/m² D2 ao D6, a cada 21dias, por 3 ciclos.
Carboplatina + paclitaxel	Carboplatina AUC 5 D1 + paclitaxel 175 mg/m² D1; a cada 3 semanas, por 3 ciclos.
Cisplatina + paclitaxel	Cisplatina 75 mg/m² D1 + paclitaxel 175 mg/m² D1; a cada 3 semanas, por 3 ciclos.
TP (cisplatina + docetaxel)	Docetaxel 75 mg/m² D1 + cisplatina 75 mg/m² D1, a cada 21 dias, por 2 ciclos
GC (cisplatina + gencitabina)	Cisplatina 80 mg/m² D1 + gencitabina 1.000 mg/m² D1 e D8; a cada 3 semanas, por 3 ciclos.
TPF Modificado (docetaxel + cisplatina + fluoruracila)	docetaxel: 60 mg/m² D1 + cisplatina: 60 mg/m² D1 + fluoruracila: 600 mg/m²/24h em infusão contínua D1 a D5; a cada 3 semanas, por 3 ciclos.
CF (cisplatina + fluoruracila)	cisplatina 80 mg/m² D1 + fluoruracila 800 a 1.000 mg/m²/24 horas em infusão contínua D1 a D4 ou D5, a cada 3 ou 4 semanas, por 2 a 3 ciclos
Carboplatina + fluoruracila	Carboplatina 70 mg/m² D1 + fluoruracila 600 mg/m², D1 a D4, a cada 3 semanas
Carboplatina	300 a 400 mg/m² IV a cada 28 dias ou AUC 5 a 6 a cada 21 a 28 dias
Gencitabina	Dose inicial de 800 mg/m², seguido de 1250 mg/m² semanal por 21 dias a cada 4 semanas.
Capecitabina	1.000 mg/m² a 1.250 mg/m², VO, a cada 12 horas, por 14 dias consecutivos, seguidos de 07 dias de descanso, totalizando 21 dias 1,2 g/m² a 1,5 g/m² ao dia, IV, D1 a D5, a cada 21 ou 28 dias
Ifosfamida	1,2 g/m² a 1,5 g/m² ao dia, IV, D1 a D5, a cada 21 ou 28 dias
Paclitaxel	90 mg/m² D1 semanal
Docetaxel	75 mg/m² D1 a cada 3 semanas ou 40 mg/m2 D1 semanal
Metotrexato	40 mg/m² D1 semanal

APÊNDICE 2 - METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

1. Escopo e finalidade do Protocolo

O presente apêndice consiste no documento de trabalho do grupo elaborador da elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer Epidermoide de Cabeça e Pescoço (CECP), contendo a descrição da metodologia de busca de evidências científicas, as recomendações e seus julgamentos (fundamentos para a tomada de decisão), tendo como objetivo embasar o texto do PCDT, aumentar a sua transparência e prover considerações adicionais para profissionais da saúde, gestores e demais potenciais interessados.

O grupo desenvolvedor desta diretriz foi composto por um painel de especialistas sob coordenação do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (DGITS/SCTIE/MS).

Todos os participantes do processo de elaboração do PCDT preencheram o formulário de Declaração de Conflitos de Interesse, que foram enviados ao Ministério da Saúde para análise prévia às reuniões de escopo e formulação de recomendações. Participantes que possuíssem conflito de interesse relevante associado a uma ou mais questões do documento seriam impossibilitados de participar da elaboração e redação de questões específicas, sem impedimento de participar da discussão das demais questões, incluindo votação caso não fosse obtido consenso.

O processo de elaboração do PCDT do CECP iniciou-se com a demanda pelo Ministério da Saúde (MS) e as reuniões de pré-escopo, de escopo e de priorização de perguntas foram realizadas 30/06/2022 e 15/12/2022.

A dinâmica da reunião de escopo foi conduzida com base nas DDT publicadas por meio da Portaria SAS/MS nº 516/2015. Cada seção foi discutida entre o Grupo Elaborador e demais participantes da reunião de escopo, com o objetivo principal de revisar as condutas diagnósticas e identificar tecnologias em saúde que poderiam ser consideradas nas recomendações do Protocolo.

Os trabalhos foram conduzidos considerando as Diretrizes Metodológicas para elaboração de PCDT. Definiu-se que as recomendações diagnósticas, de tratamento ou acompanhamento que utilizassem tecnologias previamente disponibilizadas no SUS não demandariam questões de pesquisa definidas por serem práticas clínicas estabelecidas, exceto em casos de incertezas sobre seu uso, casos de desuso ou oportunidades de desinvestimento.

Foram estabelecidas as seguintes questões de pesquisa:

- Para pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular recorrente ou metastático de cabeça e pescoço após quimioterapia com platina, o tratamento com nivolumabe é eficaz e seguro quando comparado a cetuximabe, metotrexato ou docetaxel?
- Para pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, não tratada, recorrente ou metastático o tratamento com cetuximabe ou é eficaz e seguro quando comparado à quimioterapia ou cetuximabe com quimioterapia?

- Para pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, não tratada, recorrente ou metastático o tratamento com pembrolizumabe sozinho ou com quimioterapia é eficaz e seguro quando comparado à quimioterapia ou cetuximabe com quimioterapia?

2. Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A proposta de atualização do PCDT do CECP foi apresentada na 137ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em 21 de julho de 2026. A reunião teve a presença de representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). O PCDT foi aprovado para avaliação da Conitec.

3. Consulta pública

A Consulta Pública nº 82/2026, do Protocolo de Carcinoma Epidermoide de cabeça e Pescoço, foi realizada entre os 18 de agosto de 2026 e 08 de setembro de 2026. Foram recebidas 94 contribuições, que podem ser verificadas em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/contribuicoes/2026/cp-82-2026-pcdt-do-cancer-epidermoide-de-cabeca-e-pescoco.pdf/@@display-file/file

4. Busca da evidência e recomendações

O processo de desenvolvimento desse PCDT seguiu as recomendações das Diretrizes Metodológicas de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde. As perguntas de pesquisa foram estruturadas segundo o acrônimo PICO ou PIRO (**Figura A**).

P	•População ou condição clínica
I	•Intervenção, no caso de estudos experimentais •Fator de exposição, em caso de estudos observacionais •Teste índice, nos casos de estudos de acurácia diagnóstica
C	•Controle, de acordo com tratamento/níveis de exposição do fator/exames disponíveis no SUS
O	•Desfechos: sempre que possível, definidos a priori, de acordo com sua importância

Figura A. Definição da questão de pesquisa estruturada de acordo com o acrônimo PICO.

Ao final do processo de delimitação do escopo do PCDT, duas questões de pesquisa foram definidas. Para responder cada questão foram elaboradas revisões sistemáticas ou atualizadas revisões sistemáticas existentes, avaliações econômicas e análises de impacto orçamentário, os quais subsidiaram as recomendações finais da Conitec.

QUESTÃO 1: Para pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular recorrente ou metastático de cabeça e pescoço após quimioterapia com platina, o tratamento com nivolumabe é eficaz e seguro quando comparado a cetuximabe, metotrexato ou docetaxel?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS de nivolumabe para o tratamento de pacientes adultos com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático após quimioterapia à base de platina (i.e., segunda linha de tratamento da doença recidivado ou metastática), conforme Relatório de Recomendação nº 918/2024, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-918-nivolumabe-cancer-cabeca-pescoco

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

PICO	Pergunta
P	Adultos com CECP, recidivado ou metastático após quimioterapia à base de platina (i.e., segunda linha de tratamento da doença recidivada ou metastática)
I	Nivolumabe
C	Quimioterapia (metotrexato ou docetaxel) [a]
O	**Primários (críticos):** - Sobrevida global - Sobrevida livre de progressão - Eventos adversos graves **Secundários (importantes):** - Taxa de resposta objetiva - Eventos adversos gerais e - Qualidade de vida

Legenda: [a] Também foram aceitos estudos comparando com cetuximabe.
Fonte: elaboração própria.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação n° 918/2024 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

QUESTÃO 2: Para pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, não tratada, recorrente ou metastático o tratamento com cetuximabe ou é eficaz e seguro quando comparado à quimioterapia ou cetuximabe com quimioterapia?

Recomendação: Adotou-se a deliberação da Conitec, em não recomendar a incorporação no SUS de regimes de tratamento com cetuximabe ou pembrolizumabe para carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático, conforme Relatório de Recomendação nº 919/2024, disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-919-regimes-de-tratamento-com-cetuximabe-ou-pembrolizumabe

A estrutura PICO para esta pergunta foi:

PICO	Pergunta
P	Adultos com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço (CECP) recidivado ou metastático
I	i) Cetuximabe com quimioterapia ii) Pembrolizumabe monoterapia iii) Pembrolizumabe com quimioterapia
C	Quimioterapia padrão (P5FU ou MTX) [a]
O	**Primários (críticos):** - Sobrevida global - Sobrevida livre de progressão - Eventos adversos graves **Secundários (importantes):** - Taxa de resposta objetiva - Eventos adversos gerais e - Qualidade de vida

Fonte: elaboração própria. Legenda: MTX: metotrexato; P5FU: carboplatina ou cisplatina com 5-fluoruracila.
Nota: [a] Uma vez que apenas os estudos KEYNOTE-048 e CheckMate-651 apresentaram os resultados de SG e SLP estratificados de acordo com a expressão de PD-L1, não foi possível apresentar os resultados em meta-análise indireta da comparação de pembrolizumabe monoterapia versus quimioterapia padrão (P5FU) para pacientes com pontuação positiva combinada (PPC) ≥ 1 ou ≥ 2. Por isso, para estes subgrupos serão apresentados os desfechos de estudo KEYNOTE-048, ou seja, comparação para pembrolizumabe monoterapia versus cetuximabe associado à quimioterapia.

Métodos e resultados da busca:

Para responder essa pergunta, foi utilizada a síntese de evidências apresentada no Relatório de Recomendação n° 919/2024 da Conitec. Não foi realizada uma busca adicional na literatura, uma vez que a busca presente no referido Relatório foi considerada recente.

Alteração do formato da diretriz

O objetivo desta etapa foi incluir orientações sobre os esquemas quimioterápicos a serem preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Para identificá-los, foi realizado um levantamento do tratamento medicamentoso (quimioterapia) preconizado em três diretrizes clínicas e em dois protocolos de unidades prestadoras de serviço ao SUS, quais sejam:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) 2023;
- Diretrizes da European Society for Medical Oncology (ESMO) 2022;
- Diretriz da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 202;
- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) 3ª edição;

- Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2022.

Após o levantamento dos medicamentos preconizados por cada diretriz e seus critérios de uso, os dados foram apresentados a um painel de especialistas convidados, a fim de auxiliar a discussão.

A reunião para discussão ocorreu, em caráter virtual, em 15/07/2026. Não foram considerados medicamentos que não possuíam registro válido pela Anvisa, que não foram avaliados pela Conitec para a indicação ou que, após avaliação pela Conitec, receberam recomendação desfavorável à sua incorporação ao SUS.

Por fim, a proposta de PCDT foi revisada e as informações oriundas da discussão com o painel de especialistas foram incluídas.

5. Equipe de elaboração e partes interessadas

Colaboração externa

O Protocolo foi atualizado pelo NATS do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Os membros do Grupo Elaborador e os participantes das reuniões de elaboração do referido PCDT estão descritos no Quadro A.

Quadro A. Membros do Grupo Elaborador e participantes das reuniões de elaboração.

Participante
Aline do Nascimento
Ana Gabriela Costa Normando
Ana Paula Guedes Welang
Ariana Teixeira Reis Braga
Camila Araujo da Silva**
Camila Francisca Tavares Chacarolli
Camilla Maysa Rodrigues Maia
Dalila Fernandes Gomes
Fabíola Furtuoso Zarpelão
Fernanda Andrade da Silva
Fernando Zanghelini**
Gabriela Baptista Vieira
Hanna Santana de Almeida
Isabel Cristina de Almeida Santiago
Laiane Batista de Sousa

Participante
Laiuse Aguiar Teles
Layssa Andrade Oliveira**
Ludmila Peres Gargano**
Maiara Silva Araujo**
Marco Aurelio Vamondes Kulcsar*
Marta da Cunha Lobo Souto Maior
Melissa Medeiros
Paula Christina Torres de Carvalho
Paula Elaine Diniz Dos Reis
Raimunda das Candeias
Rejane Leite de Souza Soares
Renata Erthal Knust
Rosa Camila Lucchetta**
Rubismar da Silva Ferreira
Stefane Cristina Paixão Oliveira
Suyanne Camille Caldeira Monteiro
Tassiane Cristine Santos de Paula**
Thais Piazza de Melo
Vitor André Pontes Marques

*Membros votantes na reunião de escopo e/ou recomendação; **Metodologistas.

Declaração e Manejo de Conflitos de Interesse

Todos os membros votantes e metodologistas do Grupo Elaborador declararam seus conflitos de interesse, utilizando a Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse (Quadro B).

Quadro B. Questionário de conflitos de interesse das diretrizes clínico-assistenciais.

1. Você já aceitou de uma instituição que pode se beneficiar ou se prejudicar financeiramente algum dos benefícios abaixo?	
a) Reembolso por comparecimento a eventos na área de interesse da diretriz	( ) Sim ( ) Não
b) Honorários por apresentação, consultoria, palestra ou atividades de ensino	( ) Sim ( ) Não
c) Financiamento para redação de artigos ou editorias	( ) Sim ( ) Não
d) Suporte para realização ou desenvolvimento de pesquisa na área	( ) Sim ( ) Não
e) Recursos ou apoio financeiro para membro da equipe	( ) Sim ( ) Não
f) Algum outro benefício financeiro	( ) Sim

	( ) Não
2. Você possui apólices ou ações de alguma empresa que possa de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada com as recomendações da diretriz?	( ) Sim ( ) Não
3. Você possui algum direito de propriedade intelectual (patentes, registros de marca, royalties) de alguma tecnologia ligada ao tema da diretriz?	( ) Sim ( ) Não
4. Você já atuou como perito judicial na área tema da diretriz?	( ) Sim ( ) Não
5. Você participa, direta ou indiretamente, de algum grupo citado abaixo cujos interesses possam ser afetados pela sua atividade na elaboração ou revisão da diretriz?	
a) Instituição privada com ou sem fins lucrativos	( ) Sim ( ) Não
b) Organização governamental ou não-governamental	( ) Sim ( ) Não
c) Produtor, distribuidor ou detentor de registro	( ) Sim ( ) Não
d) Partido político	( ) Sim ( ) Não
e) Comitê, sociedade ou grupo de trabalho	( ) Sim ( ) Não
f) Outro grupo de interesse	( ) Sim ( ) Não
6. Você poderia ter algum tipo de benefício clínico?	( ) Sim ( ) Não
7. Você possui uma ligação ou rivalidade acadêmica com alguém cujos interesses possam ser afetados?	( ) Sim ( ) Não
8. Você possui profunda convicção pessoal ou religiosa que pode comprometer o que você irá escrever e que deveria ser do conhecimento público?	( ) Sim ( ) Não
9. Existe algum aspecto do seu histórico profissional, que não esteja relacionado acima, que possa afetar sua objetividade ou imparcialidade?	( ) Sim ( ) Não
10. Sua família ou pessoas que mantenha relações próximas possui alguns dos conflitos listados acima?	( ) Sim ( ) Não

O resumo dos conflitos de interesse dos membros do Grupo Elaborador e participantes das reuniões de elaboração está no Quadro C.

Quadro C. Declaração de conflitos de interesse dos membros do Grupo Elaborador e participantes das reuniões de elaboração.

Participante	Conflitos de interesses declarados		Decisão tomada
	Questão	Descrição geral	
Aline do Nascimento	-	-	Declarar e participar
Ana Gabriela Costa Normando	-	-	Declarar e participar
Ana Paula Guedes Welang	5b	Declarou participar de organização não governamental	Declarar e participar
Ariana Teixeira Reis Braga	-	-	Declarar e participar

Participante	Conflitos de interesses declarados		Decisão tomada
	Questão	Descrição geral	
Camila Araujo da Silva	-	-	Declarar e participar
Camila Francisca Tavares Chacarolli	-	-	Declarar e participar
Camilla Maysa Rodrigues Maia	-	-	Declarar e participar
Dalila Fernandes Gomes	-	-	Declarar e participar
Fabíola Furtuoso Zarpelão	-	-	Declarar e participar
Fernanda Andrade da Silva	-	-	Declarar e participar
Fernando Zanghelini	-	-	Declarar e participar
Gabriela Baptista Vieira	-	-	Declarar e participar
Hanna Santana de Almeida	-	-	Declarar e participar
Isabel Cristina de Almeida Santiago	-	-	Declarar e participar
Laiane Batista de Sousa	-	-	Declarar e participar
Laiuse Aguiar Teles	-	-	Declarar e participar
Layssa Andrade Oliveira	-	-	Declarar e participar
Ludmila Peres Gargano	-	-	Declarar e participar
Maiara Silva Araujo	-	-	Declarar e participar
Marco Aurelio Vamondes Kulcsar	5a; 5b; 5e	Declarou trabalhar no Hospital Oswaldo Cruz, HCor e ser Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Declarar e participar
Marta da Cunha Lobo Souto Maior	-	-	Declarar e participar
Melissa Medeiros	5b; 5e	Declarou se fundadora e presidente de uma organização da sociedade civil	Declarar e participar
Paula Christina Torres de Carvalho	-	-	Declarar e participar
Paula Elaine Diniz Dos Reis	-	-	Declarar e participar

Participante	Conflitos de interesses declarados		Decisão tomada
	Questão	Descrição geral	
Raimunda das Candeias	-	-	Declarar e participar
Rejane Leite de Souza Soares	-	-	Declarar e participar
Renata Erthal Knust	-	-	Declarar e participar
Rosa Camila Lucchetta	-	-	Declarar e participar
Rubismar da Silva Ferreira	-	-	Declarar e participar
Stefane Cristina Paixão Oliveira	-	-	Declarar e participar
Suyanne Camille Caldeira Monteiro	Há algum outro fato ou situação não elencada anteriormente que possa interferir na imparcialidade das suas atividades desenvolvidas no âmbito da Conitec?	Cônjuge é oncologista clínico na rede privada com atuação predominante em tumores de pulmão e gastrointestinal (ocasionalmente palestras remuneradas e participação em eventos).	Declarar e participar
Tassiane Cristine Santos de Paula	-	-	Declarar e participar
Thais Piazza Melo	-	-	Declarar e participar
Vitor Andre Pontes Marques	-	-	Declarar e participar

APÊNDICE 3 - HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES DO PROTOCOLO

Número do Relatório da diretriz clínica (Conitec) ou Portaria de Publicação	Principais alterações	Tecnologias avaliadas pela Conitec	
		Incorporação ou alteração do uso no SUS	Exclusão, não incorporação ou não alteração no SUS
Relatório de Recomendação nº 1.160/2026. [Portaria Conjunta SAES-SCTIE/MS nº 94, de 20/10/2026].	Alteração do formato para PCDT		Nivolumabe para o tratamento de adultos com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático após quimioterapia à base de platina (i.e., segunda linha de trata mento da doença recidivada ou metastática) [Portaria SECTICS/MS nº 37/2024; Relatório de Recomendação nº 918/2024]. Regimes de tratamento com cetuximabe ou pembrolizumabe para carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço recidivado ou metastático [Portaria SECTICS/MS nº 41/2024; Relatório de Recomendação nº 919/2024]. Radioterapia de intensidade modulada (IMRT) para o tratamento de tumores de cabeça e pescoço em estágio inicial e localmente avançado. [Portaria SCTIE/MS nº 16/2017; Relatório de Recomendação nº 204/2017].
Portaria SAS/MS nº 516, de 17 de junho de 2015	Primeira versão do documento		Cetuximabe para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço metastático. [Portaria SCTIE/MS nº 23/2015; Relatório de Recomendação nº 148/2015] Exclusão do procedimento da quimioterapia adjuvante do carcinoma epidermoide de

Número do Relatório da diretriz clínica (Conitec) ou Portaria de Publicação	Principais alterações	Tecnologias avaliadas pela Conitec	
		Incorporação ou alteração do uso no SUS	Exclusão, não incorporação ou não alteração no SUS
			cabeça e pescoço da Tabela do SUS. [Portaria SCTIE/MS nº 20/2015; Relatório de Recomendação nº 158/2015] Cetuximabe para tratamento do carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço localmente avançado. [Portaria SCTIE/MS nº 57/2013; Relatório de Recomendação nº 57/2013]

Conitec
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

SUS 35 ANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br