

**CUIDADO
MULTIPROFISSIONAL AO
PACIENTE ONCOLÓGICO:
ESTRATÉGIAS INTEGRADAS
PARA REDUÇÃO DE
TOXICIDADES E
PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA**

**MULTIPROFESSIONAL CARE FOR CANCER PATIENTS: INTEGRATED
STRATEGIES TO REDUCE TOXICITIES AND PROMOTE QUALITY OF LIFE**

Ciências da Saúde • 16/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792101256](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792101256)

Matheus Henrique Bandeira de Sá¹

Cláudio do Prado Aranha Filho²

Fabio Ferreira Borges³

Maria Cristina de Araujo⁴

Eric Brito⁵

Francigelda Ribeiro⁶

Maria Aparecida Arruda⁷

Júlia Rodrigues de Camargo⁸

Candice da Silva Flores⁹

Rafaela Nascimento Ferro¹⁰

Fabiana Augusta Arend¹¹

Maciella Freire Santos Gama¹²

Marcio Alexandre Botti¹³

Jason Eliel Alves da Silva¹⁴

Leticia Akemi Sewo de Pinho¹⁵

Aline Vieira Gomes Penido dos Santos¹⁶

Mariana Aquino dos Santos Costa¹⁷

RESUMO

O cuidado oncológico contemporâneo exige integração entre controle tumoral, prevenção de toxicidades, manutenção da funcionalidade e preservação da qualidade de vida. Este estudo analisou estratégias multiprofissionais aplicáveis à redução de efeitos adversos e à promoção do bem-estar de pessoas em tratamento ou acompanhamento por câncer. Realizou-se revisão integrativa, qualitativa e descritivo-analítica, com buscas em MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS/BVS, complementadas por diretrizes e documentos institucionais publicados entre 2022 e outubro de 2026. Foram selecionadas 50 fontes recentes e verificáveis, organizadas em eixos relacionados à coordenação multiprofissional, controle de sintomas, toxicidades sistêmicas, nutrição, exercício e reabilitação, saúde bucal, saúde mental, resultados relatados pelo paciente, cuidados paliativos e continuidade assistencial. Os achados mostram que a redução de toxicidades depende de avaliação precoce, protocolos baseados em risco, comunicação interprofissional, monitoramento longitudinal e intervenções individualizadas. Nutrição, atividade física, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, psicologia, medicina, farmácia e cuidados paliativos apresentam funções complementares, especialmente quando articulados em planos compartilhados. Conclui-se que modelos multiprofissionais estruturados favorecem reconhecimento precoce de complicações, maior tolerância terapêutica, preservação funcional e cuidado centrado na pessoa, devendo incorporar indicadores clínicos e experiências relatadas pelo paciente para ajustar condutas de forma contínua.

Palavras-chave: Oncologia; Equipe Multiprofissional; Toxicidade; Qualidade de Vida; Cuidados de Suporte.

ABSTRACT

Contemporary cancer care requires integration between tumor control, toxicity prevention, preservation of function, and quality of life. This study analyzed multiprofessional strategies applicable to reducing adverse effects and promoting well-being among people undergoing cancer treatment or follow-up. An integrative, qualitative, descriptive-analytical review was conducted using MEDLINE/PubMed, SciELO, and LILACS/BVS, complemented by guidelines and institutional documents published from 2022 to October 2026. Fifty recent and verifiable sources were selected and organized into themes addressing multiprofessional coordination, symptom control, systemic toxicities, nutrition, exercise and rehabilitation, oral health, mental health, patient-reported outcomes, palliative care, and continuity of care. Findings indicate that toxicity reduction depends on early assessment, risk-based protocols, interprofessional communication, longitudinal monitoring, and individualized interventions. Nutrition, physical activity, physiotherapy, occupational therapy, nursing, dentistry, psychology, medicine, pharmacy, and palliative care have complementary roles, particularly when integrated into shared care plans. The study concludes that structured multiprofessional models support earlier recognition of complications, greater treatment tolerance, preserved function, and person-centered care, and should incorporate clinical indicators and patient-reported experiences to continuously adjust care.

Keywords: Oncology; Multiprofessional Team; Toxicity; Quality of Life; Supportive Care.

1. INTRODUÇÃO

O câncer representa um conjunto heterogêneo de doenças cuja magnitude epidemiológica, complexidade terapêutica e repercussões funcionais demandam atenção contínua ao longo de todo o percurso assistencial. No Brasil, a Estimativa 2026-2028 projeta aproximadamente 781 mil casos novos anuais, cenário que amplia a necessidade de redes capazes de combinar diagnóstico, tratamento antineoplásico, reabilitação, suporte clínico e acompanhamento de sintomas de maneira oportuna e coordenada (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2026). A carga assistencial decorrente dessa incidência não se limita ao controle da neoplasia, pois pacientes frequentemente apresentam alterações nutricionais, dor, fadiga, comprometimento emocional, limitações funcionais e toxicidades que podem persistir durante e após o tratamento (Sanders *et al.*, 2024; Hart *et al.*, 2024).

As terapias antineoplásicas modernas ampliaram possibilidades de controle e sobrevida, porém também diversificaram o perfil de eventos adversos. Quimioterapia, radioterapia, terapias-alvo, imunoterapia, cirurgia e combinações multimodais podem produzir toxicidades gastrointestinais, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas, orais, metabólicas e psicossociais. A prevenção e o manejo desses efeitos dependem da identificação de riscos antes do início do tratamento, da vigilância durante os ciclos e da capacidade de reconhecer sinais precoces de descompensação. Diretrizes recentes de cardio-oncologia e tromboembolismo exemplificam a importância de estratificar risco, monitorar parâmetros clínicos e adequar medidas preventivas ao perfil do paciente e do regime terapêutico (Lyon *et al.*, 2022; Key *et al.*, 2023; Herrmann *et al.*, 2022).

A qualidade de vida constitui desfecho central na oncologia porque sintetiza efeitos físicos, emocionais, sociais e funcionais que não são capturados apenas por marcadores de resposta tumoral. Sintomas intensos podem reduzir autonomia, comprometer adesão, exigir redução de dose ou interrupção terapêutica e aumentar procura por serviços de urgência. A literatura mostra que dor, fadiga, náuseas, perda ponderal e alterações funcionais são passíveis de intervenções específicas, mas a efetividade tende a ser maior quando o cuidado ultrapassa respostas isoladas e organiza ações complementares entre profissionais (Paice *et al.*, 2023; Bower *et al.*, 2024; Sa-Nguansai; Pintasiri; Tienchaiananda, 2024). Nesse sentido, qualidade de vida deve ser tratada como componente do resultado clínico e não como consequência secundária do tratamento.

O trabalho multiprofissional responde a essa complexidade ao reunir diferentes competências em torno de objetivos comuns. Reuniões multidisciplinares podem melhorar a qualidade das decisões, a completude do estadiamento, o tempo para tratamento e a coerência entre condutas, desde que sejam estruturadas, contem com participação dos profissionais essenciais e incorporem informações sobre preferências e condições do paciente (Walraven *et al.*, 2022; De Castro Jr. *et al.*, 2023). Evidências mais recentes também associam discussão multiprofissional a mudanças de manejo e melhores resultados de sobrevida, embora a magnitude do benefício varie segundo tumor, desenho do serviço e qualidade do processo decisório (Williams; Thompson, 2025).

A abordagem integrada inclui intervenções de suporte que atuam sobre mecanismos distintos. Exercício e reabilitação podem preservar força, capacidade funcional e participação nas atividades cotidianas; suporte nutricional busca prevenir ou reduzir perda de

peso e desnutrição; acompanhamento psicológico favorece manejo de ansiedade, depressão e sofrimento; cuidados odontológicos e fonoaudiológicos são relevantes para mucosite, xerostomia e disfagia; e enfermagem, farmácia e navegação do paciente contribuem para educação, monitoramento e continuidade. Revisões contemporâneas demonstram benefícios de programas de exercício sobre qualidade de vida e fadiga, de reabilitação sobre função e de intervenções de saúde bucal sobre toxicidades locais, reforçando que cada domínio interfere na tolerância global ao tratamento (Martínez-Vizcaíno *et al.*, 2023; Sleight *et al.*, 2022; Coppini *et al.*, 2024).

O acompanhamento sistemático da experiência do paciente acrescenta uma dimensão essencial à integração. Resultados relatados pelo paciente permitem captar sintomas e limitações entre consultas, orientar priorização clínica e identificar necessidades que podem não emergir espontaneamente em encontros breves. Revisões sobre PROs e sistemas eletrônicos mostram que essas ferramentas ampliam possibilidades de vigilância e de cuidado centrado na pessoa, embora os resultados dependam de fluxo de resposta, integração à equipe e capacidade de agir sobre alertas (Li *et al.*, 2023; Perry *et al.*, 2024; Salmani *et al.*, 2025). A interpretação desses dados deve estar articulada à avaliação clínica, evitando transformar questionários em coleta sem consequência assistencial.

A integração precoce de cuidados paliativos e de suporte amplia a atenção às necessidades físicas, psicossociais, espirituais e familiares ao longo da trajetória da doença. A atualização da ASCO recomenda cuidado paliativo especializado concomitante ao tratamento oncológico para pacientes com câncer avançado, especialmente

diante de sintomas e necessidades relevantes, e reforça o papel de equipes interdisciplinares na qualidade de vida e no controle de sintomas (Sanders *et al.*, 2024). Em paralelo, recomendações de sobrevivência para doença avançada destacam a necessidade de planos individualizados, coordenação e transições de cuidado, inclusive para pessoas que vivem por períodos prolongados com doença metastática (Hart *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, torna-se necessário sintetizar como diferentes áreas profissionais podem atuar de forma coordenada para prevenir, reconhecer e manejar toxicidades sem fragmentar o cuidado. O desafio não consiste apenas em aumentar o número de especialistas envolvidos, mas em definir responsabilidades, fluxos de comunicação, indicadores e critérios de encaminhamento que transformem múltiplas intervenções em um plano assistencial coerente. Este estudo tem como objetivo analisar estratégias multiprofissionais integradas para reduzir toxicidades relacionadas ao câncer e ao seu tratamento e promover qualidade de vida, destacando mecanismos de coordenação, monitoramento e continuidade do cuidado aplicáveis à prática oncológica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Cuidado Integral, Equipe Multiprofissional e Coordenação Oncológica

A integralidade em oncologia pressupõe que o plano terapêutico considere simultaneamente doença, tratamento, comorbidades, estado funcional, nutrição, sofrimento emocional, rede social e preferências. Em tumores complexos, decisões sobre cirurgia, radioterapia e terapias sistêmicas podem depender de informações

produzidas por diferentes especialidades. A reunião multiprofissional funciona como mecanismo de coordenação quando há preparação de casos, presença de membros essenciais, liderança definida, registro das decisões e possibilidade de revisão diante de novas informações. A revisão de Walraven et al. (2022) identifica organização, cultura de equipe, tomada de decisão, educação e avaliação como dimensões determinantes do funcionamento dessas reuniões, mostrando que o simples encontro de profissionais não garante qualidade.

A efetividade da abordagem multiprofissional também depende de continuidade entre a decisão e a execução. Em câncer de pulmão de não pequenas células, a revisão com metanálise de De Castro Jr. et al. (2023) encontrou associação entre manejo por equipe multidisciplinar e melhores indicadores de sobrevida, estadiamento e tempo para tratamento. Williams e Thompson (2025), ao sintetizarem estudos comparativos de diferentes tumores, observaram mudanças de conduta e tendência a melhores resultados entre pacientes discutidos por equipes, embora com heterogeneidade importante. Esses achados sustentam a compreensão de que reuniões devem ser integradas a protocolos de encaminhamento, monitoramento e retorno, evitando decisões que não se convertem em cuidado real.

No cotidiano, a coordenação pode ser operacionalizada por um plano multiprofissional compartilhado, com problemas priorizados, metas mensuráveis e profissionais responsáveis. A navegação do paciente é uma estratégia complementar, pois reduz barreiras práticas, facilita agendamento, direciona demandas e apoia adesão. Chen et al. (2024) identificaram benefícios de programas de navegação para início do tratamento, adesão, satisfação e

indicadores de qualidade, especialmente em populações socialmente desfavorecidas. A navegação não substitui o vínculo com os profissionais assistenciais; sua função é conectar etapas, identificar obstáculos e acelerar respostas quando surgem sintomas ou necessidades sociais.

2.2. Toxicidades Sistêmicas, Estratificação de Risco e Segurança

A redução de toxicidades começa antes da primeira dose de tratamento. Avaliação pré-terapêutica permite mapear comorbidades, medicamentos em uso, reserva funcional e fatores que aumentam risco de complicações. Na cardio-oncologia, as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia propõem avaliação basal e vigilância proporcional ao risco e ao agente antineoplásico, com integração entre oncologia e cardiologia quando necessário (Lyon *et al.*, 2022). O consenso da International Cardio-Oncology Society padroniza definições de toxicidades cardiovasculares, o que facilita comunicação, comparação de resultados e decisões de continuidade ou modificação terapêutica (Herrmann *et al.*, 2022).

O tromboembolismo venoso ilustra outro evento em que risco oncológico, tratamento e características do paciente precisam ser analisados em conjunto. A atualização da ASCO recomenda avaliação sistemática do risco e estabelece indicações específicas de profilaxia e tratamento, considerando contexto cirúrgico, hospitalização, terapia sistêmica e risco de sangramento (Key *et al.*, 2023). Na prática multiprofissional, enfermagem e farmácia podem apoiar educação sobre sinais de alerta, adesão e interações, enquanto a equipe médica define indicação e duração; essa divisão de tarefas reduz lacunas entre prescrição e uso seguro.

Imunoterapias introduziram toxicidades inflamatórias que podem atingir diferentes órgãos e exigir consulta rápida a especialistas. A experiência descrita por Iaculli et al. (2024) demonstra viabilidade de equipes interinstitucionais e telemedicina para manejo de eventos adversos relacionados à imunoterapia, destacando a necessidade de linhas de comunicação e indicadores de desempenho. Modelos semelhantes podem ser adaptados a outras toxicidades raras ou potencialmente graves: critérios de acionamento, responsável pela primeira avaliação, acesso a especialista e documentação padronizada diminuem atraso diagnóstico e reduzem decisões contraditórias.

A segurança também requer conciliação medicamentosa, análise de interações e educação do paciente sobre automedicação. Analgésicos, antieméticos, anticoagulantes, corticosteroides e medicamentos para comorbidades podem gerar eventos adversos ou mascarar sintomas. A diretriz de opioides para dor oncológica enfatiza avaliação individual, titulação, reavaliação frequente e prevenção de efeitos adversos, com colaboração de especialistas quando há maior complexidade (Paice *et al.*, 2023). O componente multiprofissional, portanto, não é acessório: permite distribuir vigilância e reduzir pontos cegos ao longo do tratamento.

2.3. Náuseas, Vômitos, Dor e Fadiga: Controle de Sintomas Baseado em Risco

Náuseas e vômitos induzidos pelo tratamento afetam hidratação, alimentação, adesão e bem-estar. As atualizações MASCC/ESMO reforçam que a profilaxia deve acompanhar o potencial emetogênico do regime e fatores individuais, com combinações distintas para tratamentos de alto e moderado risco (Herrstedt *et al.*,

2024; Scotté *et al.*, 2024). Para terapias de baixo ou mínimo risco, recomenda-se evitar excesso de profilaxia e reservar tratamento conforme indicação, reduzindo exposição desnecessária a fármacos (Olver *et al.*, 2024). Regimes de múltiplos dias, altas doses e vômitos de escape exigem estratégias próprias, incluindo combinações de classes e reavaliação rápida (Rapoport *et al.*, 2024).

Radioterapia e quimiorradioterapia também podem produzir náuseas e vômitos, especialmente conforme sítio irradiado e terapia concomitante. Ruhlmann *et al.* (2024) atualizam recomendações para prevenção e resgate, mantendo antagonistas serotoninérgicos como base em cenários de maior risco e diferenciando situações em que apenas medicação de resgate é necessária. A equipe de enfermagem pode monitorar intensidade e padrão dos sintomas, nutrição e hidratação podem intervir precocemente, e farmácia pode verificar adesão e horários, evitando que falhas de execução sejam interpretadas como falhas do esquema.

A dor oncológica tem origem multifatorial e pode decorrer do tumor, procedimentos ou tratamento. A recomendação da ASCO para opioides orienta que dor moderada a intensa seja tratada de forma proporcional e com monitoramento de resposta e efeitos adversos, integrando abordagens não farmacológicas quando apropriado (Paice *et al.*, 2023). Peters *et al.* (2024) mostram que atividade física pode reduzir intensidade de dor em pessoas com câncer, embora a prescrição deva considerar segurança, condição funcional e características da doença. A combinação entre analgesia adequada e reabilitação pode ampliar mobilidade e reduzir descondiçãoamento.

Fadiga relacionada ao câncer é persistente, multidimensional e frequentemente associada a sono, dor, anemia, sofrimento emocional e inatividade. A atualização ASCO-SIO aponta exercício, terapia cognitivo-comportamental e programas baseados em mindfulness entre as intervenções com benefício, variando conforme fase do tratamento (Bower *et al.*, 2024). Metanálises em câncer de mama e estudos de treinamento resistido reforçam efeitos positivos do exercício sobre fadiga e qualidade de vida (Zhou *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2024). Técnicas de relaxamento muscular progressivo também demonstram potencial de redução de fadiga e melhora da qualidade de vida, podendo ser incorporadas por enfermagem, fisioterapia ou psicologia conforme treinamento e contexto (Wang *et al.*, 2024).

2.4. Nutrição, Sarcopenia, Caquexia e Tolerância Ao Tratamento

Alterações nutricionais em oncologia resultam de redução de ingestão, inflamação, sintomas gastrointestinais, alterações de paladar, disfagia, dor, depressão e aumento do catabolismo. A avaliação deve ocorrer precocemente e ser repetida, pois perda de peso pode surgir mesmo em pacientes inicialmente eutróficos. A atualização da ASCO sobre caquexia reforça a necessidade de abordagem individualizada e destaca limites da evidência para intervenções isoladas, o que sustenta modelos combinados de cuidado (Roeland *et al.*, 2023). A meta prática é identificar causas tratáveis, manter ingestão possível e alinhar intervenções à fase da doença e às metas terapêuticas.

Suplementação oral pode ser útil para pacientes em quimioterapia com ingestão insuficiente. A metanálise de Sa-Nguansai, Pintasiri e Tienchaiananda (2024) encontrou benefícios em desfechos

nutricionais em ensaios recentes, embora a resposta dependa do tipo de suplemento, adesão e contexto clínico. Em doença incurável, Oliveira et al. (2022) identificaram resultados favoráveis especialmente em intervenções especializadas de natureza multimodal, com melhora de estado nutricional e, em parte dos estudos, qualidade de vida. Esses achados sugerem que aconselhamento, suplementação e manejo de sintomas devem ser conectados, em vez de prescritos sem acompanhamento.

A literatura sobre dietas em oncologia é heterogênea. A revisão de Ilerhunmwuwa et al. (2024), que mapeou ensaios clínicos randomizados de intervenções dietéticas, demonstra diversidade de objetivos e populações, com resultados que não autorizam recomendações universais de dietas restritivas como substitutas do tratamento. A diretriz ASCO sobre exercício, dieta e manejo do peso durante tratamento enfatiza orientações baseadas em evidências e cautela com perdas ou ganhos de peso não planejados (Ligibel et al., 2022). Para a equipe multiprofissional, isso significa avaliar ingestão real, sintomas, composição corporal, preferências e riscos antes de propor metas.

Nutrição se relaciona diretamente à funcionalidade. Perda de massa muscular pode reduzir tolerância ao esforço, autonomia e capacidade de recuperar-se após cirurgia ou ciclos intensos. Estratégias de preabilitação que combinam exercício, otimização clínica e, em alguns programas, suporte nutricional buscam aumentar reserva antes de intervenções. Gennuso et al. (2024) identificaram benefícios de preabilitação em desfechos funcionais em ensaios clínicos, embora os protocolos sejam heterogêneos. A integração entre nutrição e fisioterapia favorece metas realistas e evita recomendações conflitantes, sobretudo em pacientes frágeis.

2.5. Exercício, Fisioterapia, Preabilitação e Reabilitação Funcional

Exercício é uma intervenção terapêutica quando prescrito de acordo com capacidade, sintomas e risco. A diretriz da ASCO recomenda atividade física regular durante tratamento para adultos elegíveis e reconhece benefícios sobre aptidão cardiorrespiratória, força e fadiga, com necessidade de adaptações para condições específicas (Ligibel *et al.*, 2022). A metanálise em rede de Martínez-Vizcaíno *et al.* (2023) indica que programas combinando exercícios aeróbicos e resistidos podem melhorar qualidade de vida durante e após tratamento. Walker *et al.* (2024) também mostram que programas de exercício realizados durante a quimioterapia podem produzir benefícios de aptidão física, força e qualidade de vida, desde que individualizados e monitorados. Esses resultados reforçam que a prescrição deve ser incorporada ao plano assistencial e não tratada apenas como conselho genérico.

Reabilitação oncológica engloba mobilidade, força, equilíbrio, atividades de vida diária, retorno a papéis sociais e adaptação a limitações. A revisão de Sleight *et al.* (2022) encontrou grande variedade de medidas funcionais e intervenções, evidenciando a necessidade de selecionar desfechos coerentes com as metas do paciente. Terapia ocupacional também contribui para desempenho e participação; em mulheres com câncer de mama, He *et al.* (2023) encontraram efeitos positivos de intervenções de terapia ocupacional sobre qualidade de vida. A decisão de encaminhar deve ocorrer antes que limitações se tornem incapacitantes.

No linfedema de membro superior secundário ao câncer de mama, abordagens conservadoras incluem exercícios, terapia descongestiva e estratégias educativas. A revisão de Muñoz-Alcaraz *et al.* (2023)

demonstra que diferentes modalidades podem influenciar qualidade de vida, embora a heterogeneidade dificulte comparação direta. O acompanhamento multiprofissional é importante porque edema, dor, imagem corporal e restrição funcional se sobrepõem. Fisioterapia, enfermagem, medicina e psicologia podem compartilhar metas de controle de sintomas, autocuidado e reintegração às atividades.

A reabilitação também se estende a pessoas com doença avançada ou necessidades paliativas. Gauchez et al. (2024) revisaram modalidades fisioterapêuticas nesse contexto e identificaram potenciais benefícios em resultados relatados pelo paciente, embora a certeza da evidência seja limitada. A seleção de intervenções deve priorizar conforto, manutenção de autonomia e objetivos definidos pela pessoa, evitando programas de alta carga que não correspondam às condições clínicas. A capacidade funcional tem relação relevante com qualidade de vida em cuidados paliativos, como demonstrado no estudo brasileiro de Santos et al. (2023), o que justifica avaliações simples e repetidas ao longo da progressão da doença.

2.6. Neurotoxicidade, Cognição e Reabilitação Ocupacional

A neuropatia periférica induzida por quimioterapia pode provocar dor, parestesias, perda sensorial, alterações de equilíbrio e dificuldade para atividades finas, além de contribuir para reduções de dose ou interrupções. A metanálise de Khmethong, Hawsawi e Schneider (2024) encontrou melhora pequena, porém significativa, dos sintomas com exercício, enquanto a metanálise em rede de Nakagawa et al. (2024) sugere que diferentes modalidades podem ter efeitos sobre manifestações da neuropatia. O tratamento deve

considerar risco de quedas, integridade dos pés, segurança para marcha e tarefas que exigem destreza.

A avaliação funcional permite transformar queixas neurológicas em intervenções práticas. Fisioterapia pode trabalhar equilíbrio e força; terapia ocupacional pode adaptar atividades e orientar estratégias de proteção; enfermagem pode reforçar vigilância de lesões e sinais de piora; e a equipe médica pode revisar agentes e doses quando clinicamente indicado. A relevância do cuidado coordenado reside em reconhecer que toxicidade neurológica não é apenas um sintoma, mas um fator que interfere em autonomia, trabalho, direção, alimentação e segurança domiciliar. A integração entre medidas farmacológicas e reabilitacionais reduz a fragmentação da resposta.

Alterações cognitivas relacionadas ao câncer e ao tratamento incluem dificuldades de atenção, memória, velocidade de processamento e função executiva. Nakamura et al. (2024) observaram benefícios de diferentes modalidades de reabilitação cognitiva em medidas subjetivas e objetivas, embora os efeitos funcionais ainda sejam menos conclusivos. Em câncer de mama, Merceur et al. (2024) também identificaram diversidade de programas e momentos de intervenção, reforçando a necessidade de selecionar estratégias conforme queixa, fase terapêutica e demanda cotidiana. A avaliação neuropsicológica pode ser indicada em casos persistentes ou de maior impacto.

A reabilitação cognitiva deve ser acompanhada de educação para evitar interpretações alarmistas e para identificar fatores modificáveis, como sono, fadiga, ansiedade, dor e medicamentos. Estratégias compensatórias, organização de rotinas e adaptações

ambientais podem ser conduzidas por terapia ocupacional e neuropsicologia, enquanto atividade física e controle de sintomas contribuem indiretamente. Quando a equipe utiliza metas compartilhadas, a melhora cognitiva deixa de ser medida apenas por testes e passa a ser relacionada à participação social, retorno ao trabalho e manejo independente do tratamento.

2.7. Saúde Bucal, Mucosite, Xerostomia e Disfagia

Toxicidades orais podem causar dor, dificuldade alimentar, infecção, interrupção terapêutica e piora importante da qualidade de vida. Mucosite oral é particularmente relevante em determinados regimes de quimioterapia, transplante e radioterapia de cabeça e pescoço. A revisão com metanálise em rede de Coppini et al. (2024) avaliou agentes tópicos preventivos e mostrou que algumas intervenções podem reduzir incidência ou gravidade, embora a escolha deva considerar protocolo, evidência e características do paciente. Em pediatria, Braguês et al. (2024) identificaram resultados favoráveis para recursos como fotobiomodulação, palifermina, mel e zinco em estudos selecionados, mas destacaram que a evidência permanece heterogênea.

Xerostomia após radioterapia de cabeça e pescoço compromete fala, mastigação, deglutição, higiene e saúde dentária. Ribeiro et al. (2024) analisaram terapia com laser de baixa intensidade e observaram potencial de melhora de qualidade de vida em pacientes com xerostomia submetidos a radioterapia, embora a base de evidência exija interpretação prudente. A participação do cirurgião-dentista antes e durante o tratamento permite identificar focos infecciosos, orientar higiene, acompanhar mucosa e dentição

e reduzir complicações que podem exigir procedimentos urgentes durante períodos de imunossupressão.

Disfagia demanda participação de fonoaudiologia, nutrição, odontologia, fisioterapia e equipe médica, particularmente em tumores de cabeça e pescoço. A revisão de Vester et al. (2023) sobre preabilitação da deglutição aponta que exercícios iniciados precocemente podem contribuir para manutenção da função, embora adesão e heterogeneidade dos protocolos sejam desafios. A articulação entre segurança da deglutição e adequação nutricional é essencial: modificações de consistência precisam preservar ingestão e prazer alimentar quando possível, e sinais de aspiração ou perda ponderal devem gerar reavaliação rápida.

A prevenção de toxicidades orais deve ser incorporada à linha de cuidado e não iniciada apenas quando a lesão se torna grave. Avaliação odontológica, educação para autocuidado, acompanhamento da mucosa, controle da dor e encaminhamento para fonoaudiologia podem ser programados de acordo com o regime de tratamento. A coordenação reduz mensagens contraditórias sobre alimentação, higiene e manejo de sintomas e facilita ajustes quando uma intervenção em um domínio produz efeito em outro, como quando dor oral reduz ingestão e desencadeia perda de peso.

2.8. Psico-Oncologia, Sofrimento Emocional e Adaptação

Ansiedade e depressão são problemas clinicamente relevantes em pessoas com câncer e podem variar conforme diagnóstico, prognóstico, fase do tratamento, suporte social e sintomas físicos. A atualização da ASCO recomenda triagem, avaliação e intervenções

escalonadas, incluindo tratamentos psicológicos e farmacológicos conforme gravidade e preferência (Andersen *et al.*, 2023). A triagem isolada, entretanto, não resolve o problema: o serviço precisa definir fluxo para avaliação aprofundada, risco de suicídio, encaminhamento e retorno à equipe oncológica, garantindo que o sofrimento identificado gere resposta.

Intervenções psicoterápicas podem ser adaptadas ao contexto oncológico. Laing *et al.* (2024) revisaram adaptações da psicoterapia interpessoal e encontraram efeitos sobre sofrimento, depressão e ansiedade em diferentes populações, reforçando a importância de considerar relações, papéis sociais e transições provocadas pela doença. Em paralelo, treinamento de relaxamento muscular progressivo apresenta efeitos favoráveis sobre fadiga e qualidade de vida (Wang *et al.*, 2024), mostrando que estratégias psicológicas e corporais podem atuar sobre sintomas interdependentes.

A comunicação clínica é elemento estruturante da saúde mental. Informações inconsistentes entre profissionais aumentam incerteza e podem minar confiança; por isso, o plano multiprofissional deve registrar decisões, responsáveis e mensagens-chave. Em doença avançada, integração precoce de cuidados paliativos favorece conversas sobre metas, controle de sintomas e apoio a familiares, sem significar abandono de tratamento oncológico (Sanders *et al.*, 2024). O cuidado deve respeitar preferências culturais e cognitivas, usar linguagem compreensível e permitir que a pessoa participe das decisões no grau desejado.

O impacto emocional também se relaciona a alterações de imagem corporal, sexualidade, trabalho e papéis familiares. A equipe precisa reconhecer que problemas psicossociais podem aparecer em

consultas de nutrição, enfermagem, fisioterapia ou odontologia antes de serem verbalizados a um profissional de saúde mental. Treinamento básico para escuta e identificação de sinais de alerta amplia portas de entrada, enquanto casos complexos devem ser direcionados a psicologia ou psiquiatria. Essa lógica compartilhada evita que o sofrimento seja tratado como responsabilidade exclusiva de uma disciplina.

2.9. Enfermagem, Navegação, Pros e Autogestão de Sintomas

A enfermagem ocupa posição estratégica no monitoramento longitudinal, pois frequentemente acompanha ciclos terapêuticos, administra tratamentos, orienta autocuidado e recebe relatos de sintomas entre consultas médicas. Protocolos de triagem podem organizar gravidade, tempo de início, fatores associados e critérios de escalonamento. A navegação complementa esse papel ao reduzir barreiras de acesso e integrar etapas assistenciais; a revisão de Chen et al. (2024) mostra efeitos positivos sobre início do tratamento, adesão, satisfação e qualidade do cuidado. A combinação de navegação e monitoramento clínico pode ser particularmente importante para pacientes com múltiplas consultas e limitações socioeconômicas.

Resultados relatados pelo paciente oferecem uma forma padronizada de acompanhar sintomas como dor, náusea, fadiga, sono, função e bem-estar. A revisão de Li et al. (2023) encontrou evidência ainda heterogênea quanto ao impacto da coleta rotineira sobre desfechos de saúde, indicando que o valor depende da maneira como a informação é utilizada. Perry et al. (2024), ao avaliar ePROs em metanálise, destacam potencial dessas ferramentas para apoiar acompanhamento, mas também variabilidade de

plataformas, populações e resultados. Portanto, o instrumento deve ser inserido em um fluxo com limiares de alerta e responsabilidade definida.

Sistemas eletrônicos ampliam frequência de coleta e podem gerar alertas fora do ambiente hospitalar. Salmani et al. (2025) mapearam capacidades de ePROs em oncologia e identificaram forte ênfase em avaliação e manejo de sintomas. Quando bem integrados, esses sistemas permitem antecipar contato com a equipe e registrar tendências, mas dependem de acessibilidade digital, suporte e plano de resposta. Pacientes com baixa familiaridade tecnológica devem ter alternativas equivalentes, para que a inovação não produza nova barreira.

PROs também podem acrescentar informação prognóstica. Huang et al. (2025) demonstraram em revisão e metanálise que domínios relatados pelo paciente, como função e carga de sintomas, se associam à sobrevida global. Esse achado não implica usar questionários de forma determinista, mas reforça que a experiência do paciente contém informação clinicamente relevante. Intervenções de autogestão, por sua vez, podem apoiar aquisição de habilidades para monitorar sintomas, adaptar rotinas e buscar ajuda; Rimmer et al. (2024) identificaram potencial de melhora da qualidade de vida em diferentes programas, apesar da heterogeneidade das intervenções.

2.10. Cuidados Paliativos, Sobrevivência e Continuidade do Cuidado

Cuidados paliativos contemporâneos devem ser integrados às necessidades e não reservados exclusivamente às últimas semanas

de vida. A diretriz ASCO de 2024 recomenda envolvimento de equipe interdisciplinar especializada em situações de câncer avançado e necessidades relevantes, com atenção a sintomas, qualidade de vida e suporte a cuidadores (Sanders *et al.*, 2024). Essa integração pode coexistir com quimioterapia, imunoterapia, radioterapia ou outras estratégias de controle tumoral, permitindo que decisões considerem benefício, toxicidade e objetivos pessoais.

Pessoas que vivem por longo período com câncer avançado demandam modelos de sobrevivência adaptados. Hart et al. (2024) propõem padrões e recomendações para cuidado de sobrevivência em doença avançada ou metastática, incluindo coordenação, avaliação de necessidades, autocuidado e apoio a cuidadores. A continuidade é particularmente importante quando o paciente transita entre hospital, ambulatório, atenção domiciliar e outros pontos da rede. A ausência de comunicação nessas transições aumenta risco de duplicidade, omissão de medicação e orientações conflitantes.

Reabilitação e cuidados paliativos podem convergir em objetivos de conforto e autonomia. Gauchez et al. (2024) mostram que fisioterapia pode influenciar dor, função e qualidade de vida em pacientes oncológicos com necessidades paliativas, embora a certeza da evidência seja limitada. Santos et al. (2023) encontraram correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, reforçando que preservar mobilidade e participação continua relevante mesmo quando a doença não é curável.

A continuidade após o tratamento ativo também exige educação sobre efeitos tardios, reabilitação, saúde mental, hábitos de vida e

siniais de recorrência. O exercício, o manejo de fadiga e programas de autogestão permanecem relevantes na sobrevivência, e recomendações devem ser ajustadas a comorbidades e sequelas (Bower *et al.*, 2024; Rimmer *et al.*, 2024). Assim, o cuidado multiprofissional deve ser longitudinal, mudando intensidade e composição ao longo do tempo sem perder coordenação e acesso a profissionais responsáveis.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, desenvolvida para sintetizar evidências recentes sobre estratégias multiprofissionais voltadas à redução de toxicidades e à promoção da qualidade de vida de pacientes oncológicos. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a combinação de diretrizes clínicas, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais e documentos institucionais, desde que relacionados à organização do cuidado e aos principais domínios de suporte em oncologia. A pergunta orientadora foi: quais estratégias integradas, executadas por equipes multiprofissionais, contribuem para prevenir ou reduzir toxicidades e preservar qualidade de vida durante e após o tratamento do câncer?

As buscas e a verificação bibliográfica foram realizadas entre 1º e 6 de outubro de 2026 nas bases MEDLINE, via PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, via Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/BVS). A busca foi complementada por publicações institucionais do Instituto Nacional de Câncer e por diretrizes de sociedades científicas recuperadas por meio de seus registros indexados. Priorizou-se o uso de referências com DOI ou página

institucional persistente, permitindo conferência de autoria, título, periódico, ano e escopo.

Foram utilizados descritores e termos livres, em português e inglês, relacionados a 'Neoplasms', 'Oncology', 'Patient Care Team', 'Multidisciplinary Team', 'Supportive Care', 'Quality of Life', 'Treatment Toxicity', 'Adverse Events', 'Cancer Rehabilitation', 'Exercise', 'Nutrition Therapy', 'Cancer Cachexia', 'Cancer-Related Fatigue', 'Cancer Pain', 'Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting', 'Cardio-Oncology', 'Peripheral Neuropathy', 'Oral Mucositis', 'Xerostomia', 'Dysphagia', 'Psycho-Oncology', 'Patient-Reported Outcome Measures', 'Patient Navigation', 'Palliative Care' e 'Survivorship'. Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR e adaptados às características de cada base.

Uma estratégia-base foi estruturada pela combinação: ('Neoplasms' OR cancer OR oncology) AND ('Patient Care Team' OR multidisciplinary OR multiprofessional OR interdisciplinary) AND ('Quality of Life' OR toxicity OR adverse effects OR supportive care OR rehabilitation). Buscas adicionais foram realizadas para cada eixo temático, incluindo antiemese, cardio-oncologia, tromboembolismo, imunotoxicidade, nutrição, exercício, neuropatia, cognição, saúde bucal, saúde mental, PROs, navegação e cuidados paliativos. A opção por buscas temáticas complementares buscou reduzir a perda de evidências específicas que não necessariamente utilizam o termo 'multiprofissional' no título ou resumo, embora descrevam intervenções essenciais a um plano integrado.

Foram incluídos trabalhos publicados entre janeiro de 2022 e 6 de outubro de 2026; em português, inglês ou espanhol; com texto integral, resumo indexado ou registro bibliográfico verificável; e que

apresentassem evidências, recomendações ou resultados aplicáveis a pelo menos um dos eixos do cuidado multiprofissional oncológico. Foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes baseadas em evidências, consensos recentes, estudos sobre organização de equipes e documentos oficiais. Estudos de diferentes tipos de câncer foram aceitos quando os achados pudessem informar cuidado de suporte, reabilitação, manejo de toxicidades ou coordenação assistencial.

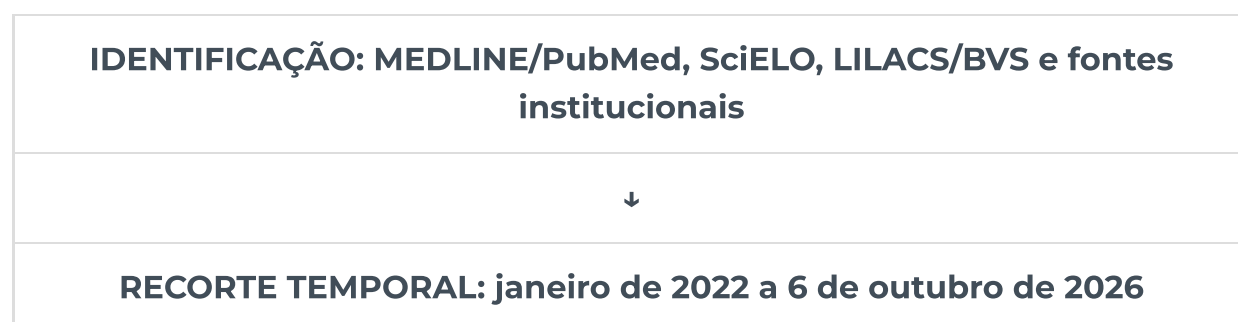
Foram excluídas publicações anteriores a 2022; duplicatas; textos opinativos sem base metodológica; materiais comerciais; estudos exclusivamente laboratoriais ou moleculares sem aplicação assistencial; trabalhos centrados apenas em eficácia antitumoral, sem relação com toxicidade, função, qualidade de vida ou organização do cuidado; referências sem possibilidade de verificação; e artigos retratados ou com alerta editorial incompatível com uso como evidência. Quando duas publicações apresentavam conteúdo substancialmente sobreposto, foi mantida a versão mais atual ou diretamente relacionada ao objetivo.

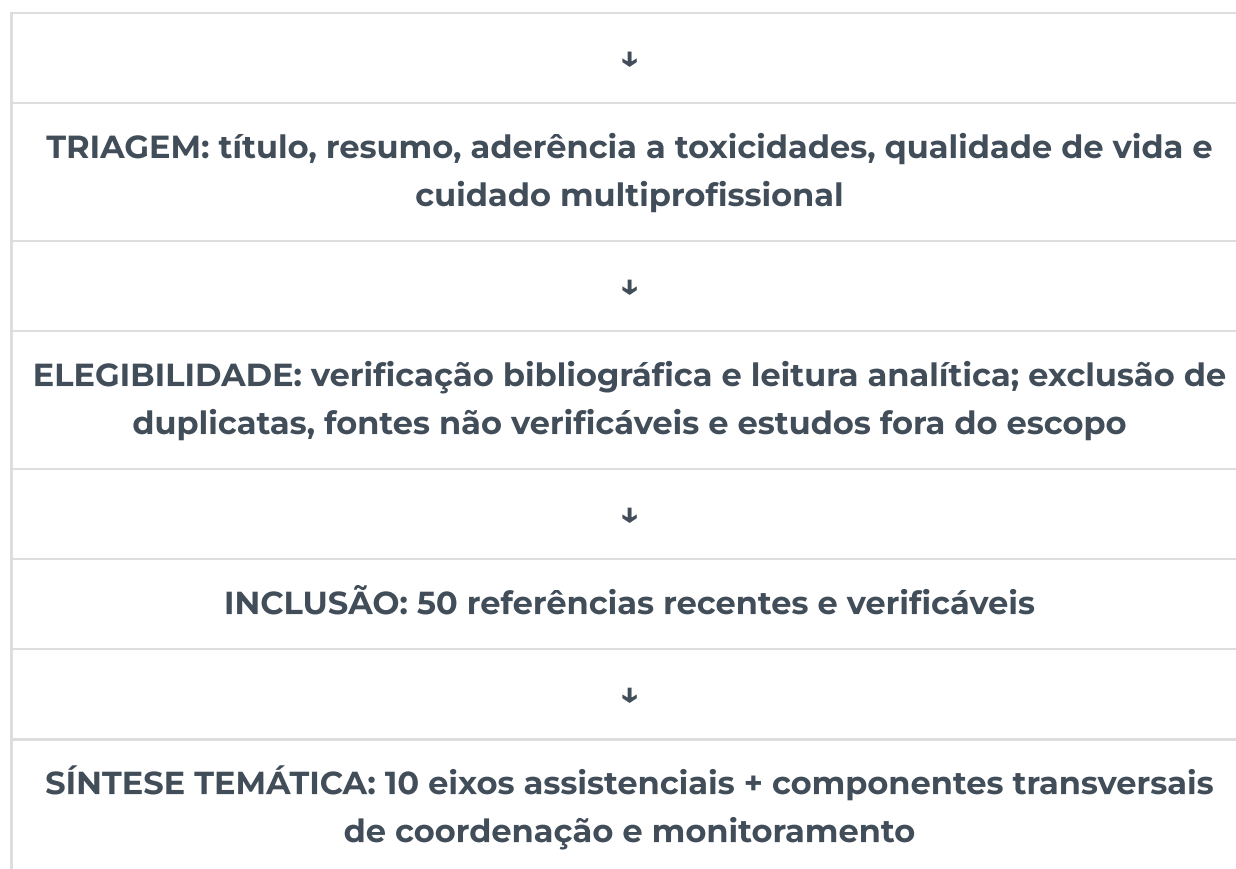
A seleção foi executada em etapas sucessivas: identificação de publicações por eixo; conferência de título e resumo; verificação de elegibilidade e metadados; leitura analítica das fontes selecionadas; e extração das informações de interesse. O corpus final foi composto por 50 referências publicadas entre 2022 e 2026. Para cada fonte foram registrados ano, desenho ou natureza do documento, população ou contexto, intervenção ou domínio de cuidado, principais resultados, limitações e implicações para integração multiprofissional. Não foi realizada metanálise própria, pois a heterogeneidade dos desenhos, tumores, intervenções e desfechos não permitiria agregação quantitativa válida.

A análise ocorreu por síntese temática. Inicialmente, os achados foram organizados em dez eixos: coordenação multiprofissional; toxicidades sistêmicas; controle de sintomas; nutrição; exercício e reabilitação; neurotoxicidade e cognição; saúde bucal e deglutição; saúde mental; monitoramento por PROs e navegação; e cuidados paliativos e sobrevivência. Em seguida, foram identificados componentes transversais - avaliação precoce, estratificação de risco, comunicação, educação, critérios de encaminhamento, monitoramento longitudinal e tomada de decisão compartilhada - utilizados para construir a discussão e propor um modelo integrado de acompanhamento.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público e não envolver participantes, prontuários individualizados ou intervenção, o estudo não requer submissão a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a natureza da revisão. Foram observados princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes e distinção entre evidência consolidada e recomendações dependentes do contexto. As principais limitações metodológicas são a heterogeneidade dos estudos, predominância de evidências internacionais em alguns eixos, diversidade de instrumentos de qualidade de vida e ausência de avaliação econômica padronizada entre as fontes, fatores considerados durante a interpretação.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa





Fonte: elaboração dos autores (2026).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Panorama das Evidências e Organização do Cuidado Multiprofissional

A síntese das 50 fontes evidenciou que o cuidado multiprofissional ao paciente oncológico se organiza em três níveis complementares. O primeiro é preventivo, formado por avaliação basal, estratificação de risco, educação e planejamento antes do tratamento. O segundo é de monitoramento, com rastreamento de sintomas, exames, avaliação funcional e identificação precoce de eventos adversos. O terceiro é de resposta, no qual profissionais executam intervenções específicas e redefinem o plano conforme evolução. A maior consistência das evidências foi observada para exercício e reabilitação, antiemese, manejo de dor e fadiga, avaliação de riscos

cardiovasculares e tromboembólicos, cuidados paliativos, nutrição e monitoramento por sintomas, embora a qualidade metodológica varie entre os domínios.

Os estudos sobre equipes multiprofissionais mostram que o resultado depende da qualidade do processo e não apenas da existência formal de uma reunião. Walraven et al. (2022) destacam preparação, composição, liderança, cultura de equipe e registro; De Castro Jr. et al. (2023) associam o modelo a melhores indicadores em câncer de pulmão; e Williams e Thompson (2025) observam mudanças de conduta e vantagens de sobrevida em diferentes cenários. Esses achados sugerem que uma equipe eficaz precisa de governança: critérios claros para inclusão de casos, disponibilidade de informações clínicas, documentação do plano e definição de quem comunica e executa cada decisão.

O cuidado integrado também requer conexão entre especialidades de suporte e oncologia. Uma consulta nutricional isolada perde efetividade se náusea e mucosite permanecem sem controle; exercício pode ser inviável quando dor e neuropatia não são tratadas; psicoterapia pode ser limitada se o paciente enfrenta barreiras logísticas que impedem continuidade do tratamento. O papel da navegação é relevante justamente por conectar necessidades e serviços. Chen et al. (2024) demonstram que programas de navegação podem favorecer início de tratamento, adesão e satisfação, particularmente quando há vulnerabilidades de acesso.

A literatura também indica que qualidade de vida deve ser medida como resultado transversal. PROs ampliam a visibilidade de sintomas e função e podem apoiar decisões compartilhadas, mas

exigem capacidade de resposta. Li et al. (2023) encontraram efeito variável da coleta rotineira, enquanto Perry et al. (2024) e Salmani et al. (2025) mostram crescente uso de sistemas eletrônicos. Isso reforça que a tecnologia é útil quando vinculada a fluxos assistenciais. Coletar dados sem equipe responsável por revisar alertas pode gerar carga documental sem benefício clínico.

4.2. Prevenção e Manejo de Toxicidades Sistêmicas

A análise das diretrizes de cardio-oncologia indica que o manejo deve começar com risco basal e seguir com vigilância adaptada ao agente e ao perfil clínico. As recomendações de Lyon et al. (2022) estruturam avaliação cardiovascular antes, durante e após terapias potencialmente cardiotóxicas, enquanto Herrmann et al. (2022) oferecem definições padronizadas de toxicidade. Na prática, isso favorece decisões mais precoces sobre ajuste terapêutico, cardioproteção e encaminhamento. O valor multiprofissional aparece quando enfermagem monitora sintomas, medicina integra risco e exames, farmácia avalia interações e fisioterapia adapta atividade diante de limitação cardiovascular.

Para tromboembolismo, a diretriz de Key et al. (2023) reforça que profilaxia não deve ser aplicada de maneira indiscriminada, mas orientada por cenário e risco de sangramento. A equipe pode incorporar avaliação de imobilidade, cirurgia recente, uso de cateter, tipo de tratamento e comorbidades. Educação sobre edema assimétrico, dor, dispneia e sinais de sangramento deve acompanhar prescrições de anticoagulantes, especialmente após alta ou em tratamento ambulatorial.

Eventos adversos imuno-relacionados exigem atenção a sintomas inespecíficos que podem representar toxicidades potencialmente graves. Iaculli et al. (2024) demonstram que equipes interinstitucionais apoiadas por telemedicina podem organizar consultas e decisões em eventos relacionados à imunoterapia. O modelo é especialmente útil quando o serviço oncológico não possui todas as especialidades localmente. A padronização de critérios de encaminhamento e de retorno à oncologia reduz atraso e evita tratamentos conflitantes.

A conclusão deste eixo é que toxicidades sistêmicas não devem ser geridas apenas após se tornarem graves. Uma matriz de risco pré-tratamento, combinada a agendas de monitoramento e critérios objetivos de escalonamento, permite antecipar complicações. Isso transforma o cuidado multiprofissional de uma soma de encaminhamentos em um sistema de prevenção, em que cada profissional reconhece sinais que exigem acionamento de outro núcleo de competência.

4.3. Controle de Náuseas, Vômitos, Dor e Fadiga

As recomendações antieméticas atualizadas mostram forte potencial de prevenção quando o esquema é adequado ao risco. Herrstedt et al. (2024) e Scotté et al. (2024) diferenciam regimes de alto e moderado potencial emetogênico e incorporam fatores individuais; Olver et al. (2024) evitam profilaxia excessiva nos tratamentos de baixo ou mínimo risco; Rapoport et al. (2024) abordam esquemas de múltiplos dias, altas doses e sintomas de escape; e Ruhlmann et al. (2024) organizam prevenção em radioterapia e quimiorradioterapia. Para os serviços, a implicação é adotar protocolos padronizados que possam ser checados por

medicina, farmácia e enfermagem antes da administração do tratamento.

A dor exige avaliação de intensidade, mecanismo, impacto funcional e resposta. A diretriz de Paice et al. (2023) sustenta o uso de opioides para dor moderada a intensa relacionada ao câncer ou ao tratamento, com titulação e monitoramento. Peters et al. (2024) acrescentam que atividade física pode reduzir dor em parte dos pacientes. A integração permite que analgesia seja ajustada para possibilitar movimento e que o exercício seja modificado quando existe risco ósseo, neuropatia ou instabilidade clínica. Fisioterapia e terapia ocupacional também podem identificar barreiras funcionais não percebidas em consulta médica.

Em fadiga, as evidências favorecem intervenções não farmacológicas estruturadas. Bower et al. (2024) recomendam exercício e intervenções psicológicas em diferentes fases; Zhou et al. (2024) demonstram benefício do exercício em mulheres com câncer de mama; Zhang et al. (2024) mostram ganhos de aptidão e qualidade de vida com treinamento resistido; e Wang et al. (2024) identificam efeito da técnica de relaxamento muscular progressivo. A abordagem clínica deve investigar causas reversíveis e escolher intervenções compatíveis com preferências e capacidade, em vez de atribuir fadiga como consequência inevitável do tratamento.

O eixo de sintomas revela um princípio comum: prevenção e tratamento devem ser proporcionais ao risco e acompanhados de reavaliação. Protocolos reduzem variabilidade, mas não substituem individualização. A equipe deve registrar intensidade basal, metas e resposta para decidir manutenção, escalonamento ou troca de estratégia. Esse ciclo de avaliação-intervenção-reavaliação é

essencial para evitar que sintomas persistentes reduzam alimentação, mobilidade, sono e adesão de forma cumulativa.

4.4. Suporte Nutricional e Preservação da Massa Funcional

A síntese do eixo nutricional mostra que desnutrição e caquexia exigem detecção precoce e intervenção multimodal. Roeland et al. (2023) atualizam recomendações para caquexia e evidenciam limites de soluções isoladas. Sa-Nguansai, Pintasiri e Tienchaiananda (2024) demonstram benefício de suplementação oral em pacientes recebendo quimioterapia, enquanto Oliveira et al. (2022) apontam resultados favoráveis de intervenções nutricionais especializadas em doença incurável, principalmente quando combinadas a outros componentes. O monitoramento deve incluir tendência de peso, ingestão, sintomas, força e funcionalidade, não apenas índice de massa corporal.

A revisão ampla de Ilerhunmwuwa et al. (2024) confirma grande diversidade de intervenções dietéticas e ressalta a necessidade de cautela diante de dietas restritivas com promessas antitumorais não sustentadas. Ligibel et al. (2022) orientam exercício, dieta e manejo de peso durante o tratamento, reforçando que recomendações devem evitar extremos e considerar segurança. Nutricionistas têm papel central na tradução dessas evidências para ingestão factível, respeitando paladar, sintomas, recursos financeiros e cultura alimentar.

Preabilitação representa oportunidade de intervir antes de procedimentos ou tratamentos intensivos. Gennuso et al. (2024) identificam benefícios em ensaios de preabilitação, sobretudo em capacidade funcional, embora protocolos variem. Integrar avaliação

nutricional e exercício antes de cirurgia pode aumentar reserva e preparar o paciente para recuperação. Em pacientes com tempo curto até o tratamento, a intensidade deve ser ajustada para não criar atraso nem carga adicional.

Os achados sustentam um plano conjunto entre nutrição, fisioterapia, enfermagem e equipe médica. Sintomas que limitam ingestão devem ser tratados simultaneamente, metas proteicas e energéticas precisam ser adaptadas à condição clínica, e exercício deve preservar estímulo muscular quando seguro. A avaliação repetida permite identificar rapidamente perda de peso, queda de ingestão ou redução funcional e modificar o plano antes que o declínio comprometa tolerância terapêutica.

4.5. Reabilitação Física, Neuropatia e Cognição

O conjunto de evidências sobre exercício mostra benefício consistente para capacidade física e qualidade de vida. Martínez-Vizcaíno et al. (2023) apontam resultados favoráveis de exercícios combinados; Zhang et al. (2024) mostram que treinamento resistido melhora componentes de aptidão e qualidade de vida; e Ligibel et al. (2022) apoiam atividade física durante o tratamento. A prescrição deve ser individualizada por risco, tipo de tratamento e condições musculoesqueléticas. Programas que apenas recomendam 'ser ativo' sem dose, acompanhamento ou adaptação podem ter baixa adesão e menor efeito.

A reabilitação não se limita ao exercício. Sleight et al. (2022) demonstram amplitude de desfechos funcionais utilizados em oncologia; He et al. (2023) evidenciam benefício de terapia ocupacional em qualidade de vida de pacientes com câncer de

mama; e Muñoz-Alcaraz et al. (2023) sintetizam intervenções conservadoras para linfedema. A equipe deve escolher medidas funcionais relevantes ao paciente, como caminhar, subir escadas, cozinhar, trabalhar ou cuidar de familiares, tornando o resultado clinicamente significativo.

Na neuropatia periférica induzida por quimioterapia, Khmethong, Hawsawi e Schneider (2024) e Nakagawa et al. (2024) sugerem que exercício pode reduzir sintomas e melhorar função, embora protocolos e magnitudes variem. Isso favorece programas com treino de força, equilíbrio e segurança, ajustados a alterações sensoriais. Educação sobre prevenção de quedas e inspeção dos pés é complementar, especialmente em pessoas com comorbidades que aumentem risco de lesões.

Para cognição, Nakamura et al. (2024) e Merceur et al. (2024) mostram que reabilitação cognitiva pode beneficiar queixas relacionadas ao câncer e ao tratamento. Intervenções incluem treinamento cognitivo, estratégias compensatórias e combinações. O encaminhamento deve considerar impacto na vida diária, e não apenas queixa subjetiva isolada. Fadiga, sono, ansiedade e depressão precisam ser avaliados concomitantemente, pois podem acentuar dificuldades cognitivas.

Em conjunto, esses resultados apoiam triagem funcional periódica e encaminhamento antecipado. A reabilitação tem maior potencial quando começa antes de perda funcional importante e quando metas são compartilhadas com os demais profissionais. Isso também reduz o risco de recomendações incompatíveis, como prescrição de exercício sem considerar cardiotoxicidade, anemia, metástase óssea ou dor não controlada.

4.6. Saúde Bucal, Deglutição e Nutrição Oral

A saúde bucal influencia diretamente dor, alimentação, sono e adesão. Coppini et al. (2024) identificam intervenções tópicas promissoras para prevenção de mucosite, enquanto Braguês et al. (2024) demonstram diversidade de estratégias em crianças submetidas a tratamento antineoplásico. O serviço deve adotar protocolos compatíveis com população e terapia, privilegiando medidas com evidência e evitando produtos não padronizados. Avaliação odontológica prévia e cuidados básicos de higiene funcionam como camada de prevenção antes de intervenções específicas.

Xerostomia é uma toxicidade frequente em radioterapia de cabeça e pescoço. Ribeiro et al. (2024) relatam potencial benefício da terapia a laser de baixa intensidade sobre qualidade de vida, mas a decisão deve considerar disponibilidade, experiência da equipe e protocolo. Saliva reduzida favorece cárie, desconforto e dificuldade alimentar, o que exige integração com nutrição e odontologia. O controle de sintomas pode preservar ingestão e reduzir complicações dentárias tardias.

Disfagia deve ser identificada antes que provoque perda ponderal, desidratação ou pneumonia aspirativa. Vester et al. (2023) apontam potencial de preabilitação da deglutição em câncer de cabeça e pescoço. Fonoaudiólogos podem orientar exercícios e segurança, nutricionistas adaptam consistência e densidade energética, e odontologia contribui para condições orais. A equipe médica coordena investigação de causas estruturais e toxicidades. Essa combinação demonstra como um único sintoma exige ações sincronizadas para preservar qualidade de vida.

A discussão desse eixo reforça a necessidade de incluir odontologia e fonoaudiologia nas redes oncológicas conforme perfil de pacientes, evitando encaminhamento apenas após toxicidade severa. Acompanhamento programado facilita prevenção, documenta evolução e permite ajustes antes de interrupções terapêuticas. Além disso, orientações devem ser unificadas, pois restrições alimentares e medidas de higiene contraditórias podem reduzir adesão.

4.7. Saúde Mental, Experiência do Paciente e Autogestão

A saúde mental influencia percepção de sintomas, capacidade de decisão, adesão e qualidade de vida. Andersen et al. (2023) recomendam identificação e manejo de ansiedade e depressão em sobreviventes, com intervenções proporcionais à gravidade. Laing et al. (2024) mostram que psicoterapia interpessoal adaptada à oncologia pode reduzir sofrimento, ansiedade e depressão. A equipe deve integrar triagem a fluxos reais de cuidado, evitando instrumentos sem acesso subsequente a avaliação ou tratamento.

Intervenções de autogestão permitem que pacientes desenvolvam habilidades para observar sintomas, ajustar rotinas e buscar ajuda. Rimmer et al. (2024) identificam características e componentes de programas associados a melhora de qualidade de vida, embora exista heterogeneidade. Essas estratégias são mais seguras quando definem limites claros: autocuidado não significa assumir responsabilidade por eventos que exigem avaliação profissional. Materiais educativos devem informar sinais de alerta e canais de contato.

A experiência do paciente deve orientar prioridades. Dor moderada que impede dormir, fadiga que impede caminhar até o banheiro ou neuropatia que dificulta abotoar roupa podem ter maior impacto individual do que alterações laboratoriais assintomáticas. PROs favorecem essa visibilidade e complementam a avaliação clínica (Li *et al.*, 2023; Perry *et al.*, 2024). Huang *et al.* (2025) mostram que carga de sintomas e função relatadas pelo paciente também carregam informação prognóstica, reforçando seu valor no acompanhamento.

A integração de saúde mental e experiência do paciente com os demais eixos reduz risco de explicações simplistas. Sintomas emocionais podem ter componente orgânico, e sintomas físicos podem aumentar sofrimento. Por isso, o plano multiprofissional deve distinguir problemas prioritários sem fragmentar a pessoa em especialidades. Reuniões breves de alinhamento e registro compartilhado de metas podem melhorar coerência das mensagens e reduzir repetição de histórias em cada consulta.

4.8. Pros, Epros, Navegação e Monitoramento Longitudinal

A implementação de PROs deve responder a quatro perguntas: o que medir, quando medir, quem recebe o resultado e qual ação ocorre diante de um alerta. Li *et al.* (2023) demonstram que a coleta rotineira por si só não produz benefício uniforme. Perry *et al.* (2024) mostram resultados promissores de sistemas eletrônicos, mas com diferenças entre plataformas e estudos. Salmani *et al.* (2025) descrevem funcionalidades como monitoramento de sintomas e coleta longitudinal. A prática deve privilegiar instrumentos validados e integração com o prontuário ou fluxo de trabalho.

Alertas podem ser estratificados por gravidade. Sintomas leves podem gerar educação automatizada e reavaliação; sintomas moderados podem acionar contato de enfermagem; sintomas graves ou sinais específicos devem direcionar avaliação clínica urgente. Esse desenho reduz sobrecarga e evita que a equipe receba grande volume de dados sem prioridade. O paciente precisa saber que a ferramenta não substitui canais de urgência, especialmente quando o sistema não é monitorado continuamente.

A navegação conecta o monitoramento às barreiras práticas. Chen et al. (2024) mostram benefícios da navegação em acesso e adesão, o que é relevante quando pacientes enfrentam transporte, múltiplas especialidades e dificuldade de compreensão do plano. Navegadores podem acompanhar pendências, mas decisões clínicas permanecem com profissionais habilitados. Esse delineamento de papéis aumenta eficiência sem criar ambiguidade de responsabilidade.

Sistemas digitais também precisam considerar equidade. Idade, renda, conectividade, letramento e deficiência podem limitar uso de aplicativos. A ausência de resposta digital não deve ser interpretada como ausência de sintomas. Alternativas telefônicas ou presenciais são necessárias para garantir que o monitoramento não exclua justamente pessoas de maior vulnerabilidade. A tecnologia deve ampliar o alcance da equipe, não condicionar o acesso ao cuidado.

4.9. Cuidados Paliativos, Funcionalidade e Continuidade

A integração precoce de cuidados paliativos é uma das estratégias mais consistentes para alinhar controle de sintomas, comunicação e qualidade de vida em câncer avançado. Sanders et al. (2024)

recomendam equipes interdisciplinares especializadas concomitantes ao tratamento ativo quando há necessidades relevantes. A decisão de encaminhamento pode ser baseada em carga de sintomas, complexidade de decisões, sofrimento familiar e necessidade de planejamento, evitando associação exclusiva entre paliativo e fase terminal.

Hart et al. (2024) destacam que sobrevivência em doença avançada ou metastática exige padrões próprios de cuidado, com avaliação de necessidades e coordenação. Essa visão é particularmente importante porque novas terapias prolongam períodos de tratamento, mantendo pacientes expostos a toxicidades cumulativas e incertezas. A equipe multiprofissional pode acompanhar metas ao longo do tempo e ajustar intensidade de reabilitação, suporte nutricional e intervenções psicológicas.

A funcionalidade deve permanecer como indicador, inclusive em cuidados paliativos. Santos et al. (2023) demonstram correlação significativa entre capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes oncológicos paliativos. Gauchez et al. (2024) encontram potencial de modalidades fisioterapêuticas sobre resultados relatados, embora a evidência seja de baixa certeza. A meta pode mudar de ganho de desempenho para manutenção de autonomia, conforto, transferências seguras ou possibilidade de permanecer em casa.

A continuidade do cuidado exige planejamento de transições. Alta hospitalar, mudança de linha terapêutica, entrada em cuidado domiciliar ou término de tratamento são momentos de risco para perda de informação. Um sumário multiprofissional com medicamentos, toxicidades ativas, necessidades funcionais, dieta,

dispositivos, sinais de alerta e contatos de referência pode reduzir fragmentação. Esse instrumento também facilita participação da atenção primária quando o seguimento é compartilhado.

4.10. Proposta de Estratégia Integrada para Redução de Toxicidades e Qualidade de Vida

A síntese permite propor um ciclo assistencial em cinco etapas. A primeira é avaliação basal multiprofissional, com risco clínico, cardiológico e tromboembólico, estado nutricional, função, saúde bucal, sofrimento emocional e barreiras sociais. A segunda é prevenção orientada pelo tratamento, incluindo antiemese, educação, exercício seguro, suporte nutricional e medidas específicas. A terceira é monitoramento periódico por consulta, exames e PROs. A quarta é resposta escalonada a sintomas e toxicidades. A quinta é reavaliação compartilhada do plano, verificando se a intervenção reduziu sintomas sem comprometer objetivos oncológicos.

Nesse modelo, a comunicação precisa ser estruturada. Um registro compartilhado pode conter problemas ativos, grau de toxicidade, metas, profissional responsável e prazo de reavaliação. Reuniões multiprofissionais devem priorizar casos complexos, enquanto problemas de menor complexidade podem seguir protocolos. Walraven et al. (2022) fornecem elementos organizacionais para reuniões de qualidade, e Williams e Thompson (2025) reforçam o impacto potencial da discussão multidisciplinar sobre decisões e resultados. A coordenação evita duplicidade e diminui risco de orientações contraditórias.

Os indicadores recomendados devem combinar segurança, efetividade e experiência. Entre os clínicos estão internações não planejadas, interrupções por toxicidade, perda ponderal, intensidade de dor, eventos tromboembólicos e complicações cardiovasculares. Entre os funcionais, capacidade de marcha, força e desempenho em atividades diárias. Entre os relatados pelo paciente, fadiga, náusea, bem-estar emocional e qualidade de vida. Sistemas de PROs podem apoiar esse monitoramento (Perry *et al.*, 2024; Salmani *et al.*, 2025), desde que exista resposta definida.

A personalização permanece essencial. Evidências sobre exercício, nutrição, psicoterapia, reabilitação e cuidados paliativos não significam que todos os pacientes devam receber a mesma intensidade de cada intervenção. A equipe deve selecionar componentes conforme necessidades, risco e preferências, revisando o plano ao longo do tratamento. Isso reduz carga de consultas desnecessárias e direciona recursos a quem mais se beneficia.

Finalmente, a qualidade do cuidado multiprofissional depende de implementação. É necessário tempo protegido para comunicação, acesso a profissionais, treinamento em protocolos, prontuário capaz de compartilhar informações e mecanismos de auditoria. Sem essas condições, a multidisciplinaridade pode permanecer apenas nominal. Quando estruturada como ciclo de prevenção, monitoramento e resposta, a equipe multiprofissional transforma o manejo de toxicidades em parte central do tratamento e torna a qualidade de vida um resultado acompanhado de forma sistemática.

Quadro 1. Eixos multiprofissionais para prevenção de toxicidades e promoção da qualidade de vida

Eixo	Profissionais-chave	Ações integradas	Indicadores de acompanhamento
Risco sistêmico	Oncologia, clínica, cardiologia, enfermagem, farmácia	Estratificação, revisão medicamentosa, vigilância de cardiotoxicidade e tromboembolismo	Eventos adversos, internações, alterações clínicas/laboratoriais
Sintomas	Medicina, enfermagem, farmácia, psicologia	Antiemese, analgesia, manejo de fadiga, educação e reavaliação	Dor, náusea/vômito, fadiga, uso de resgate
Nutrição e função	Nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem	Triagem nutricional, suplementação quando indicada, exercício, preabilitação e adaptações	Peso, ingestão, força, mobilidade, atividades diárias
Saúde bucal/deglutição	Odontologia, fonoaudiologia, nutrição, oncologia	Prevenção de mucosite, manejo de xerostomia, exercícios de deglutição e adequação alimentar	Mucosite, dor oral, ingestão, disfagia, perda ponderal
Saúde mental	Psicologia, psiquiatria, enfermagem, cuidados paliativos	Triagem, psicoterapia, manejo de ansiedade/depressão, comunicação e apoio familiar	Distress, ansiedade, depressão, sono, metas de cuidado
Monitoramento/continuidade	Enfermagem, navegação,	PRO/ePRO, alertas, navegação, sumário	Alertas respondidos,

dade	equipe médica, TI em saúde	de transição e plano compartilhado	adesão, tempo de resposta, continuidade
------	-------------------------------	---------------------------------------	---

Fonte: elaboração dos autores com base na síntese das evidências (2026).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que a redução de toxicidades e a promoção da qualidade de vida em oncologia dependem de cuidado multiprofissional estruturado ao longo de toda a trajetória terapêutica. A integração é mais efetiva quando começa antes do tratamento, com avaliação de riscos e necessidades, e prossegue por meio de monitoramento, intervenções específicas e reavaliação compartilhada. Esse modelo permite reconhecer complicações precocemente e reduzir o impacto cumulativo de sintomas sobre alimentação, mobilidade, saúde mental, adesão e autonomia.

As estratégias analisadas indicam complementaridade entre áreas. Controle clínico de eventos cardiovasculares, tromboembólicos e imuno-relacionados precisa coexistir com antiemese e analgesia; suporte nutricional deve ser articulado ao manejo de sintomas e à atividade física; fisioterapia e terapia ocupacional contribuem para preservar função; odontologia e fonoaudiologia atuam sobre toxicidades orais e deglutição; psicologia e psiquiatria abordam sofrimento emocional; e enfermagem, navegação e monitoramento por resultados relatados pelo paciente sustentam continuidade e resposta oportuna.

A qualidade da equipe não é definida pelo número de profissionais, mas pela coordenação entre eles. Protocolos, critérios de

encaminhamento, registro compartilhado, responsáveis definidos e mecanismos de retorno são necessários para que decisões se convertam em ações. Reuniões multiprofissionais devem priorizar problemas complexos e utilizar dados clínicos, funcionais e relatados pelo paciente, mantendo o cuidado centrado nas metas e preferências individuais.

Conclui-se que a assistência oncológica multiprofissional pode aumentar tolerância ao tratamento, preservar funcionalidade e fortalecer qualidade de vida quando organizada como um ciclo contínuo de prevenção, monitoramento e resposta. A incorporação sistemática de indicadores de toxicidade, função e experiência do paciente, associada à integração precoce de reabilitação, nutrição, saúde mental e cuidados paliativos, oferece uma base prática para cuidados mais seguros, resolutivos e humanizados.

Entre as limitações da revisão destacam-se a heterogeneidade das populações, intervenções e instrumentos, além da menor disponibilidade de estudos brasileiros em alguns eixos. Pesquisas futuras devem avaliar modelos integrados em serviços reais, incluindo desfechos de implementação, custos, equidade de acesso e impacto sobre internações não planejadas, interrupções terapêuticas e qualidade de vida, favorecendo adaptação das estratégias às diferentes realidades assistenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, Barbara L. et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 18, p. 3426-3453, 2023. DOI:

10.1200/JCO.23.00293.

Disponível

em:

<https://doi.org/10.1200/JCO.23.00293>. Acesso em: 6 set. 2026.

BOWER, Julianne E. et al. Management of fatigue in adult survivors of cancer: ASCO-Society for Integrative Oncology guideline update.

Journal of Clinical Oncology, v. 42, n. 20, p. 2456-2487, 2024. DOI:

10.1200/JCO.24.00541.

Disponível

em:

<https://doi.org/10.1200/JCO.24.00541>. Acesso em: 6 set. 2026.

BRAGUÊS, Ricardo et al. Oral mucositis management in children under cancer treatment: a systematic review. **Cancers**, v. 16, n. 8, art.

1548, 2024. DOI: 10.3390/cancers16081548. Disponível em:

<https://doi.org/10.3390/cancers16081548>. Acesso em: 6 set. 2026.

CHEN, Matthew et al. Patient navigation in cancer treatment: a systematic review. **Current Oncology Reports**, v. 26, n. 5, p. 504-537, 2024.

DOI: 10.1007/s11912-024-01514-9. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s11912-024-01514-9>. Acesso em: 6 set. 2026.

COPPINI, Martina et al. Efficacy of topical agents in oral mucositis prevention: systematic review and network meta-analysis. **Oral**

Diseases, v. 30, n. 7, p. 4126-4144, 2024. DOI: 10.1111/odi.15046.

Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.15046>. Acesso em: 6 set. 2026.

DE CASTRO JR., Gilberto et al. Does multidisciplinary team management improve clinical outcomes in NSCLC? A systematic review with meta-analysis.

JTO Clinical and Research Reports, v. 4, n. 12, art. 100580, 2023. DOI: 10.1016/j.jtocrr.2023.100580. Disponível

em: <https://doi.org/10.1016/j.jtocrr.2023.100580>. Acesso em: 6 set. 2026.

GAUCHEZ, Luna et al. Recommended physiotherapy modalities for oncology patients with palliative needs and its influence on patient-

reported outcome measures: a systematic review. **Cancers**, v. 16, n. 19, art. 3371, 2024. DOI: 10.3390/cancers16193371. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers16193371>. Acesso em: 6 set. 2026.

GENNUSO, Daniele et al. Efficacy of prehabilitation in cancer patients: an RCTs systematic review with meta-analysis. **BMC Cancer**, v. 24, art. 1302, 2024. DOI: 10.1186/s12885-024-13023-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13023-w>. Acesso em: 6 set. 2026.

HART, Nicolas H. et al. Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC-ASCO standards and practice recommendations. **JCO Oncology Practice**, v. 20, n. 9, p. 1160-1172, 2024. DOI: 10.1200/OP.23.00716. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/OP.23.00716>. Acesso em: 6 set. 2026.

HE, Kang et al. Effects of occupational therapy on quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Medicine**, v. 102, n. 31, e34484, 2023. DOI: 10.1097/MD.00000000000034484. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034484>. Acesso em: 6 set. 2026.

HERRMANN, Joerg et al. Defining cardiovascular toxicities of cancer therapies: an International Cardio-Oncology Society (IC-OS) consensus statement. **European Heart Journal**, v. 43, n. 4, p. 280-299, 2022. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab674. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab674>. Acesso em: 6 set. 2026.

HERRSTEDT, Jørn et al. 2023 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of nausea and vomiting following high-emetic-risk antineoplastic agents. **Supportive Care in Cancer**,

v. 32, art. 47, 2024. DOI: 10.1007/s00520-023-08221-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08221-4>. Acesso em: 6 set. 2026.

HUANG, Ryan S. et al. Patient-reported outcomes as prognostic indicators for overall survival in cancer: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Oncology**, v. 11, n. 11, p. 1303-1312, 2025. DOI: 10.1001/jamaoncol.2025.3153. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2025.3153>. Acesso em: 6 set. 2026.

IACULLI, Alessandro et al. Multidisciplinary management of immunotherapy-related adverse events in solid tumors: an inter-institutional and telemedicine-based working team. **Cancer Medicine**, v. 13, n. 13, e7403, 2024. DOI: 10.1002/cam4.7403. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cam4.7403>. Acesso em: 6 set. 2026.

ILERHUNMWUWA, Nosakhare Paul et al. Dietary interventions in cancer: a systematic review of all randomized controlled trials. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 116, n. 7, p. 1026-1034, 2024. DOI: 10.1093/jnci/djae051. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jnci/djae051>. Acesso em: 6 set. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2026-2028**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 6 set. 2026.

KEY, Nigel S. et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: ASCO guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 16, p. 3063-3071, 2023. DOI: 10.1200/JCO.23.00294. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.23.00294>. Acesso em: 6 set. 2026.

KHMETHODONG, Usa; HAWSAWI, Samah; SCHNEIDER, Joanne Kraenzle. The effects of exercise on symptoms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. **Oncology Nursing Forum**, v. 51, n. 5, p. 426-444, 2024. DOI: 10.1188/24.ONF.426-444. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/24.ONF.426-444>. Acesso em: 6 set. 2026.

LAINING, Ebba M. et al. Adaptations of interpersonal psychotherapy in psycho-oncology and its effects on distress, depression, and anxiety in patients with cancer: a systematic review. **Frontiers in Psychology**, v. 15, art. 1367807, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1367807. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1367807>. Acesso em: 6 set. 2026.

LI, Danyu et al. Effects of routine collection of patient-reported outcomes on patient health outcomes in oncology settings: a systematic review. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 11, art. 100297, 2023. DOI: 10.1016/j.apjon.2023.100297. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100297>. Acesso em: 6 set. 2026.

LIGIBEL, Jennifer A. et al. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, v. 40, n. 22, p. 2491-2507, 2022. DOI: 10.1200/JCO.22.00687. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00687>. Acesso em: 6 set. 2026.

LYON, Alexander R. et al. 2022 ESC guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with EHA, ESTRO and IC-OS. **European Heart Journal**, v. 43, n. 41, p. 4229-4361, 2022. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac244. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac244>. Acesso em: 6 set. 2026.

MARTÍNEZ-VIZCAÍNO, Vicente et al. Comparative effects of different types of exercise on health-related quality of life during and after active cancer treatment: a systematic review and network meta-analysis. **Journal of Sport and Health Science**, v. 12, n. 6, p. 726-738, 2023. DOI: 10.1016/j.jshs.2023.01.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2023.01.002>. Acesso em: 6 set. 2026.

MERCEUR, Marianne et al. A systematic review of rehabilitation programs for cognitive impairment related to breast cancer: different programs at different times? **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 67, n. 5, art. 101832, 2024. DOI: 10.1016/j.rehab.2024.101832. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2024.101832>. Acesso em: 6 set. 2026.

MUÑOZ-ALCARAZ, María Nieves et al. Effect of conservative rehabilitation interventions on health-related quality of life in women with upper limb lymphedema secondary to breast cancer: a systematic review. **Healthcare**, v. 11, n. 18, art. 2568, 2023. DOI: 10.3390/healthcare11182568. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare11182568>. Acesso em: 6 set. 2026.

NAKAGAWA, Natsuki et al. Exercise intervention for the management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and network meta-analysis. **Frontiers in Neurology**, v. 15, art. 1346099, 2024. DOI: 10.3389/fneur.2024.1346099. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1346099>. Acesso em: 6 set. 2026.

NAKAMURA, Zev M. et al. Impact of cognitive rehabilitation on cognitive and functional outcomes in adult cancer survivors: a systematic review. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 40, n. 5, art.

151696, 2024. DOI: 10.1016/j.soncn.2024.151696. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151696>. Acesso em: 6 set. 2026.

OLIVEIRA, Livia Costa de et al. Effects of specialised nutritional interventions in patients with incurable cancer: a systematic review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, n. 4, p. 388-402, 2022. DOI: 10.1136/spcare-2022-003893. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-003893>. Acesso em: 6 set. 2026.

OLVER, Ian et al. 2023 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: controlling nausea and vomiting with chemotherapy of low or minimal emetic potential. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, art. 37, 2024. DOI: 10.1007/s00520-023-08223-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08223-2>. Acesso em: 6 set. 2026.

PAICE, Judith A. et al. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 4, p. 914-930, 2023. DOI: 10.1200/JCO.22.02198. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.02198>. Acesso em: 6 set. 2026.

PERRY, Melissa Betty et al. Examining the effectiveness of electronic patient-reported outcomes in people with cancer: systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 26, e49089, 2024. DOI: 10.2196/49089. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/49089>. Acesso em: 6 set. 2026.

PETERS, Mitchell et al. Physical activity and pain in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, art. 145, 2024. DOI: 10.1007/s00520-024-08343-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08343-3>. Acesso em: 6 set. 2026.

RAPOPORT, Bernardo Leon et al. 2023 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of nausea and vomiting following multiple-day chemotherapy, high-dose chemotherapy, and breakthrough nausea and vomiting. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, art. 36, 2024. DOI: 10.1007/s00520-023-08224-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08224-1>. Acesso em: 6 set. 2026.

RIBEIRO, Lucas Nascimento et al. Impact of low-level laser therapy on the quality of life of patients with xerostomia undergoing head and neck radiotherapy: a systematic review. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, art. 118, 2024. DOI: 10.1007/s00520-024-08325-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08325-5>. Acesso em: 6 set. 2026.

RIMMER, Ben et al. Characteristics and components of self-management interventions for improving quality of life in cancer survivors: a systematic review. **Cancers**, v. 16, n. 1, art. 14, 2024. DOI: 10.3390/cancers16010014. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/cancers16010014>. Acesso em: 6 set. 2026.

ROELAND, Eric J. et al. Cancer cachexia: ASCO guideline rapid recommendation update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 25, p. 4178-4179, 2023. DOI: 10.1200/JCO.23.01280. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.23.01280>. Acesso em: 6 set. 2026.

RUHLMANN, Christina H. et al. 2023 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of radiotherapy- and chemoradiotherapy-induced nausea and vomiting. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, art. 26, 2024. DOI: 10.1007/s00520-023-08226-z.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08226-z>. Acesso em: 6 set. 2026.

SA-NGUANSAI, Sunatee; PINTASIRI, Photcharaphon; TIENCHAIANANDA, Piyawan. Efficacy of oral nutritional supplement in cancer patients receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Annals of Palliative Medicine**, v. 13, n. 2, p. 260-272, 2024. DOI: 10.21037/apm-23-558. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm-23-558>. Acesso em: 6 set. 2026.

SALMANI, Hosna et al. Electronic patient-reported outcome systems and capabilities in cancer care: a systematic review. **Frontiers in Digital Health**, v. 7, art. 1560533, 2025. DOI: 10.3389/fdgth.2025.1560533. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1560533>. Acesso em: 6 set. 2026.

SANDERS, Justin J. et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 42, n. 19, p. 2336-2357, 2024. DOI: 10.1200/JCO.24.00542. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542>. Acesso em: 6 set. 2026.

SANTOS, Laiane Lima dos et al. Correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 3, e-203912, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3912. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.3912>. Acesso em: 6 set. 2026.

SCOTTÉ, Florian et al. 2023 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of nausea and vomiting following moderately emetic risk antineoplastic agents. **Supportive Care in**

Cancer, v. 32, art. 45, 2024. DOI: 10.1007/s00520-023-08222-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08222-3>. Acesso em: 6 set. 2026.

SLEIGHT, Alix et al. Systematic review of functional outcomes in cancer rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 103, n. 9, p. 1807-1826, 2022. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.01.142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.01.142>. Acesso em: 6 set. 2026.

VESTER, Sarah et al. Prehabilitation of dysphagia in the therapy of head and neck cancer: a systematic review of the literature and evidence evaluation. **Frontiers in Oncology**, v. 13, art. 1273430, 2023. DOI: 10.3389/fonc.2023.1273430. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1273430>. Acesso em: 6 set. 2026.

WALKER, R. C. et al. Exercise during chemotherapy for cancer: a systematic review. **Journal of Surgical Oncology**, v. 130, n. 8, p. 1725-1736, 2024. DOI: 10.1002/jso.27845. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jso.27845>. Acesso em: 6 set. 2026.

WALRAVEN, Janneke E. W. et al. Factors influencing the quality and functioning of oncological multidisciplinary team meetings: results of a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 22, art. 829, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-08112-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08112-0>. Acesso em: 6 set. 2026.

WANG, Yajiao et al. The efficacy of progressive muscle relaxation training on cancer-related fatigue and quality of life in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. **International Journal of Nursing Studies**, v. 152,

art. 104694, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104694. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104694>. Acesso em: 6 set. 2026.

WILLIAMS, Gabrielle J.; THOMPSON, John F. Management changes and survival outcomes for cancer patients after multidisciplinary team discussion: a systematic review and meta-analysis. **Cancer Treatment Reviews**, v. 139, art. 102997, 2025. DOI: 10.1016/j.ctrv.2025.102997. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2025.102997>. Acesso em: 6 set. 2026.

ZHANG, Qiuhua et al. Effect of resistance exercise on physical fitness, quality of life, and fatigue in patients with cancer: a systematic review. **Frontiers in Oncology**, v. 14, art. 1393902, 2024. DOI: 10.3389/fonc.2024.1393902. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1393902>. Acesso em: 6 set. 2026.

ZHOU, Runyu et al. Effects of exercise on cancer-related fatigue in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Life**, v. 14, n. 8, art. 1011, 2024. DOI: 10.3390/life14081011. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/life14081011>. Acesso em: 6 set. 2026.

¹ Técnico em Química Industrial pelo IFPE - Campus Recife; graduando em Medicina pela UFPE - CAA Caruaru. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2777-4866>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Graduando em Medicina. Faculdade Morgana Potrich (FAMP). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0052-6672>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Pós-graduado em Enfermagem em Urgência e Emergência. UNIGRANRIO. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7915-2301>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Pós-graduada em Saúde Coletiva. Unileya. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4955-1279>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Nutricionista e biólogo (bacharel em Nutrição e Biologia). Nutrição - UNIFESP; Biologia - UFSCar. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2604-6405>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ Doutora em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com experiência em Metodologia da Pesquisa Científica; docente da Unidade Curricular Metodologia de Pesquisa e Extensão da UniFacema, Caxias (MA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6820-9861>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Formanda em Enfermagem. UNIP - Campina Grande (PB). Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4764560775986583>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁸ Acadêmica de Medicina, 12º período. UniFOA. Identificador informado: 009-0008-6138-9191. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁹ Mestre. Formação: Faculdade Integrada Santa Maria (FISMA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9620-8206>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁰ Médica. Universidade Federal de Goiás (UFG). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0536-855X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹¹ Especialista em Oncologia e Hematologia. UFRGS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹² Mestre em Nutrição e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7406-183X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹³ Biólogo; Tecnólogo em Radiologia; Especialista em Radioterapia e Docência em Saúde. IFSC; FACSM; IBRA. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0928-7169>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁴ Médico anestesista, psiquiatra, médico do trabalho, médico da dor e psiquiatra forense. UFCG. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9214-482X>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁵ Médica. Universidade Federal de Mato Grosso. Identificador informado: 0009000440184681. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁶ Pós-graduada. Fundação Oswaldo Aranha (UniFOA). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2849-9101>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁷ Mestre pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0462-2184>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

