

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

CAMILA DA SILVA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO**

João Pessoa  
2014

CAMILA DA SILVA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

**ORIENTADORA: PROFA. MSC. SÔNIA CRISTINA PEREIRA DE OLIVEIRA**

João Pessoa  
2014

F383a *Ferreira, Camila da Silva.*

Avaliação do estado nutricional e da qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço / Camila da Silva Ferreira. – João Pessoa : [s.n.], 2014.

52 f. : il.

*Orientadora: Sônia Cristina Pereira de Oliveira.  
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.*

1. Estado nutricional. 2. Qualidade de vida. 3. Câncer.

BS/CCS/UFPB

CDU: 612.39:616-006.6 (043.2)

CAMILA DA SILVA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título Bacharel em Nutrição, com ênfase em nutrição clínica.

APROVADO EM \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Sonia Cristina Pereira de Oliveira  
Mestre e Docente do Departamento de Nutrição da UFPB  
Docente

---

Tereza Helena Cavalcanti Vasconcelos  
Doutora e Docente do Departamento de Nutrição da UFPB  
Examinador

---

Heloisa Helena Veloso  
Doutora e Docente do Departamento de Odontologia Restauradora da UFPB  
Examinador

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Estado Civil dos pacientes.....	28
Gráfico 2 - Regiões acometidas pelo câncer.....	29
Gráfico 3 - Tratamento realizados pelos pacientes.....	29
Gráfico 4 - Estado nutricional dos pacientes.....	30
Gráfico 5 – Percentual de Perda de Peso.....	31
Gráfico 6 – Risco de complicações metabólicas.....	31
Gráfico 7 – Avaliação da qualidade de vida.....	32
Quadro 1- IMC para adultos.....	24
Quadro 2 - IMC para idosos.....	24
Quadro 3 – Classificação de circunferência da cintura.....	25
Quadro 4 – Escore de qualidade de vida dos pacientes.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ATP – Adenosina Trifosfato

IMC – Índice de Massa Corporal

NCP – Neoplasia de Cabeça e Pescoço

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO/FAO – World Health Organization/ Food and Agriculture Organization

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois se não fosse com a ajuda Dele não teria conseguido realizar este trabalho.

À meus pais por toda a dedicação, ensinamentos, compreensão e amor dados incessantemente.

Aos pacientes do projeto, pela disponibilidade e atenção, em um momento tão difícil como o tratamento desta patologia.

Agradeço a minha irmã Caroline Ferreira pela paciência, apoio e compreensão, sempre me ajudando nos estudos e na vida.

À professora Sônia Cristina Pereira de Oliveira por todos os ensinamentos e ajuda dados durante a elaboração deste trabalho. Sem ela não teria conseguido realizá-lo.

Aos meus amigos e colegas de graduação, em especial, Dayane Almeida, pela paciência, apoio e compreensão, sempre me ajudando nos meus estudos, principalmente nessa fase do TCC.

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a conclusão do curso da graduação em Nutrição e pela compreensão durante todo o processo de elaboração do TCC.

## RESUMO

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas e nutricionais importantes, tanto para os pacientes afetados quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida. Diante da complexidade de fatores que intervém na vida do paciente com neoplasia de cabeça e pescoço, avaliou-se o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço atendidos pelo projeto de extensão ERO (Endodontia e reabilitação oral). Este estudo é transversal, quantitativo com coleta de dados primários e foi realizado com 15 pacientes oncológicos encaminhados ao projeto de extensão ERO, vindos do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa, PB. Os dados coletados foram informatizados em um banco de dados no programa Microsoft Excel. A idade média dos pacientes foi de 59 anos, com variação entre 44 e 76 anos, tendo predomínio de 86,67% do sexo masculino, 73% eram casados, 80% referiram histórico de alcoolismo e tabagismo. O sítio primário de tumor mais frequente foi à cavidade oral, com destaque para a língua com 5 pacientes (33,33%) e garganta – 4 (26,66%). Na amostra pesquisada, os sintomas gastrintestinais mais citados foram à deglutição, seguidos de mastigação, paladar e saliva, quando relacionados às características dos pacientes. A própria localização do tumor dificulta a alimentação do paciente e ainda ocorrem repercussões diretas na qualidade de vida desses pacientes. Quanto ao estado nutricional, foi observada, na maioria dos pacientes, uma perda de peso grave induzindo a um estado de risco nutricional, perfil esse que foi mascarado pelo IMC. Mostrando que o perfil dos pacientes da amostra é composto por pacientes desnutridos, com diversos sintomas gastrintestinais e com qualidade de vida média, afetada pela associação dos sintomas físicos e psicológicos.

## ABSTRACT

Malignant neoplasms of the head and neck , by itself anatomic location , may entail significant changes in vital functions related to food, communication and social interaction of affected individuals , can generate important psychological and nutritional implications , both for affected patients and for their families , usually leading to some degree of dysfunction in your life. Given the complexity of factors that intervene in the lives of patients with head and neck cancer , we assessed the nutritional status and quality of life of patients with cancer of the head and neck treated by ERO project extension ( endodontics and oral rehabilitation ) . This study is cross-sectional , quantitative with primary data collection and was conducted with 15 cancer patients referred to the ERO extension project , coming from Napoleon Laureano Hospital in João Pessoa , PB . The collected data were computerized in a database in Microsoft Excel. The mean age of patients was 59 years, ranging between 44 and 76 years, with a prevalence of 86.67 % male , 73 % were married , 80 % reported a history of alcoholism and smoking . The most frequent primary tumor site was the oral cavity, especially the tongue with 5 patients ( 33.33 % ) and throat - 4 ( 26.66% ) . In the sample studied , the most common gastrointestinal symptoms were swallowing , followed by chewing , taste and saliva, as related to patient characteristics . The very location of the tumor makes it difficult to feed the patient, and direct impact on the quality of life of these patients occur. Regarding nutritional status , in most patients, we observed a loss of serious weight inducing a state of nutritional risk profile that this was masked by BMI . Showing that the profile of the patients is composed of malnourished patients with various gastrointestinal symptoms and average quality of life , affected by the association of physical and psychological symptoms.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
2.1 Câncer.....	12
2.1.1 Neoplasia de Cabeça e pescoço.....	12
2.1.2 Etiologia.....	13
2.1.3 Tratamento.....	14
2.1.4 Estágios da Neoplasia.....	15
2.2 Qualidade de vida.....	16
2.3 Estado nutricional.....	17
2.4 Complicações nutricionais.....	18
2.4.1 Caquexia.....	18
2.4.2 Alterações metabólicas.....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	22
3.1 Delineamento do estudo.....	22
3.2 Local de estudo.....	22
3.3 População do estudo.....	22
3.4 Variáveis e instrumentos da coleta de dados.....	22
3.5 Questionários para coleta de dados.....	24
3.6 Procedimentos estatísticos.....	27
3.7 Considerações éticas.....	27
<b>4 RESULTADOS</b> .....	27
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
<b>APÊNDICES</b> .....	45
APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	45
APÊNDICE B- Identificação do pesquisado.....	46
<b>ANEXOS</b> .....	47
ANEXO A- Questionário Qualidade de vida.....	47

## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas e nutricionais importantes, tanto para os pacientes afetados quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida (VARTANIAN et al., 2007).

Em virtude do aumento de sua incidência, o câncer é, atualmente, um problema de saúde pública mundial. A perda de peso e de tecidos corporais é uma condição comum em pacientes oncológicos e está relacionado com a localização, o tipo de tumor, a presença e a duração de sintomas gastrintestinais como, por exemplo, anorexia, vômitos e diarreia. A perda ponderal involuntária, diminuição da capacidade funcional, depleção progressiva de massa magra e tecido adiposo caracterizam a caquexia, condição de desnutrição energético-protéica grave. O estado caquético é provavelmente mediado por citocinas que alteram o metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras em pacientes com câncer. Esta condição afeta a capacidade funcional, a resposta ao tratamento, a qualidade de vida e a sobrevida do paciente (TOSCANO et al., 2008).

A avaliação da qualidade de vida tem ganhado espaço crescente no tratamento dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço, pois estes geralmente causam significativo comprometimento estético e funcional. Com a prática dos protocolos de preservação dos órgãos ou estruturas, a qualidade de vida despertou maior interesse, tornando-se um argumento para justificar modalidades terapêuticas menos mutiladoras quando os resultados oncológicos são equivalentes (AMAR et al., 2002).

O aumento da incidência desse tipo de câncer associado com uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da necessidade da inclusão de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, nos pacientes portadores de neoplasia. Dificilmente existe outra doença crônica que induza tantos sentimentos "negativos" em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte (FRANZI; SILVA, 2003).

A Psico-oncologia – assistência psiquiátrica e psicológica ao doente com câncer, a sua família e a equipe médica e de cuidadores que os assistem – aborda questões psicológicas,

sociais e comportamentais relacionadas ao câncer. O trabalho de outro profissional da equipe multidisciplinar, o nutricionista, torna-se essencial para estimular uma alimentação adequada, frente aos sintomas apresentados: falta de apetite, xerostomia, náuseas, vômitos, alteração do peristaltismo intestinal, mucosite, entre outros, a fim de prevenir perda de peso, diminuição da imunidade e outras complicações comuns em pacientes oncológicos (SILVA, 2006).

Diante da complexidade de fatores que intervém na vida do paciente com neoplasia de cabeça e pescoço, destaca-se a importância de avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço atendidos pelo projeto de extensão ERO (Endodontia e reabilitação oral).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Câncer

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil. Nas últimas décadas, o registro brasileiro de câncer tem crescido o número de novos casos, ressaltando a importância da doença e seu impacto social e econômico (BITTENCOURT, 2004). A *World Health Organization* e a *Food and Agriculture Organization* (WHO/FAO) estimam que as taxas globais de câncer possam crescer 50% entre os anos de 2000 e 2020, passando de 10 para 15 milhões de novos casos da doença. A enfermidade representa a segunda causa de mortes no mundo, sendo geralmente superada apenas pelas doenças cardiovasculares (MACHADO; SAMPAIO; LIMA, 2009).

O termo câncer ou neoplasia é utilizado genericamente para representar um conjunto de cerca de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. É uma importante causa de doença e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informação sobre Mortalidade (BOLIGON; HUTH, 2011).

A neoplasia é uma doença genética, ou seja, pode ser transmitido às células normais por meio da transferência de genes tumorais (células sadias que passaram por um processo de mutação). Ao serem transcritos, estes genes provocam a síntese de proteínas que demonstram perda ou ganho de sua função biológica. Pode-se, assim, distinguir uma célula normal de uma neoplásica através do crescimento e/ou proliferação desta que persiste, inclusive, durante a ausência de fatores de crescimento (ARAÚJO; SILVA; FORTES, 2008).

#### 2.1.2 Neoplasia de cabeça e pescoço

A neoplasia de cabeça e pescoço é um termo coletivo definido por bases anatômico-topográficas para descrever os tumores malignos do trato aerodigestivo superiores. Essa região anatômica engloba a cavidade oral, faringe e laringe (ALVARENGA et al., 2008). A incidência mundial estima cerca de 50.000 novos casos por ano. No Brasil, a estimativa para câncer de cavidade oral em 2010 foi de 14.120 casos novos (10.330 homens e 3.790 mulheres) (GALBIATTI et al., 2012).

Essa é a 11ª neoplasia mais comum e a 13ª causa de morte específica por câncer, na mesma população. Além disso, com frequência o diagnóstico é realizado em estágios clínicos avançados da doença. Isso determina um maior número de casos com prognóstico reservado, aumento da taxa de sequelas e deformidades e, conseqüentemente, reduz a qualidade de vida dos pacientes. A somatória desses fatores torna oneroso o tratamento e caracteriza esse tipo de câncer como importante questão de saúde pública (BERGAMASCO et al., 2008).

A neoplasia de cabeça e pescoço é caracterizada pela agressividade local e pelo risco de ocorrência de tumores secundários. O risco para o desenvolvimento de tumores secundários está estimado em 20% correspondendo a uma taxa anual de 4-6%, geralmente maior em mulheres quando comparadas aos homens. Os pacientes em tratamento apresentam risco para neoplasmas adicionais principalmente no trato aerodigestivo (RUIZ et al., 2006).

A incidência desse tipo de câncer é mais comum em asiáticos, associando-se em geral ao etilismo ou tabagismo, entre outros fatores (CUPPARI, 2005). O tratamento geralmente envolve cirurgia, ressecções maiores, mutilações estéticas e funcionais, afetando diretamente na vida diária dos pacientes. Outro tratamento comum para este tipo de câncer é a radioterapia e quimioterapia, que são utilizados como adjuvantes de modo a inibir a metástase e para melhorar a taxa de sobrevivência (PAULA et al., 2012).

### **2.1.3 Etiologia**

Diversos fatores estão relacionados com o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço, porém são considerados fatores de risco independentes o tabagismo e etilismo. Quando associados, desempenham um efeito sinérgico, aumentando o risco de desenvolvimento de câncer nessa região anatômica em até 15 vezes. Há maior incidência entre os indivíduos do sexo masculino, porém tem-se evidenciado aumento de sua ocorrência entre mulheres devido ao aumento de consumo de álcool e tabaco (LEME et al., 2010). Uma alimentação pobre em vegetais e frutas e fatores ocupacionais como o trabalho em ambiente externo (com prolongada exposição solar), e outras substâncias químicas também vêm sendo associados ao câncer de cabeça e pescoço (BOING; ANTUNES, 2011).

O tabagismo é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias no trato aerodigestivo superior: 75% a 90% dos tumores primários de cabeça e pescoço são atribuíveis a esta causa. Mais de 300 carcinógenos já foram identificados no cigarro, sendo as n-nitrosaminas e os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos os mais importantes. O uso não inalatório de tabaco (mascado) confere aumento da incidência de neoplasias de cavidade oral.

O etilismo é fator de risco independente e apresenta curva dose-resposta, assim como o tabagismo. Além de interferir nos mecanismos de reparo do DNA, especula-se que, por levar a atrofia de mucosa, facilitaria a penetração de demais carcinógenos, como aqueles presentes no cigarro (FABRÍCIO; MARTINS; GIGLIO, 2010).

Uma pobre higiene bucal pode agir sinergeticamente com o álcool que nessas condições, aumenta a produção de acetaldeído na saliva, um metabólito do etanol que contribui para o desenvolvimento do câncer. Em relação à dieta, as deficiências de micronutrientes parecem estar associadas com um risco aumentado deste tipo de neoplasia, entretanto essas evidências são inconsistentes. Paralelamente, há evidência de que uma dieta rica em vegetais (particularmente em carotenos) e frutas provavelmente diminui o risco. Por outro lado, uma história familiar positiva aumenta em 3,5 vezes a probabilidade empírica do desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço. Variações geográficas ou regionais indicam que o estilo de vida sociocultural de uma população pode refletir a apresentação clínica e as características do tumor (RUIZ et al., 2006).

#### **2.1.4 Tratamento**

Os pacientes oncológicos apresentam sinais e sintomas, dependendo do tamanho, da localização e da taxa de crescimento do tumor. A história clínica da patologia é geralmente curta, menor que três meses em mais de 50% dos casos. Os exames de imagem, como raio-X de tórax, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética de face e pescoço, e também nasofibrosopia direta são realizados no estadiamento e muitas vezes levam a alteração do mesmo em relação à avaliação clínica. A cirurgia e a radioterapia continuam sendo os principais e mais eficazes métodos de tratamento dos tumores (FORTUNA et al., 2009).

Recentemente, muitos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço têm sido submetidos a tratamentos não cirúrgicos, particularmente radioterapia e quimioterapia concomitantes, com o intuito de preservar os órgãos afetados pelo tumor primário. Tal opção terapêutica tem sido utilizada com maior frequência para os tumores localizados na laringe e na orofaringe, com bons resultados oncológicos, comparáveis aos resultados do tratamento convencional, ou seja, cirurgia e radioterapia adjuvante (PINTO et al., 2011).

A radioterapia é um dos tratamentos de eleição para esses pacientes, porém verifica-se que o aparecimento de sequelas é praticamente inevitável. Estas sequelas incluem dermatites nas regiões irradiadas, cáries de irradiação, principalmente em dentes em mau estado de

conservação, xerostomia, quando a terapia atinge as glândulas salivares maiores e alterações inflamatórias ou infecciosas da cavidade oral. Diversos autores afirmaram que as alterações de mucosa, após radioterapia, desenvolvem-se com doses superiores a 3.000 cGy causando desconforto e disfagia e levando a um comprometimento nutricional. A mucosite normalmente é transitória e os pacientes recuperam-se, espontaneamente, no primeiro mês após encerramento do tratamento. Entre as manifestações da mucosite a ulceração é a mais importante, constituindo-se em uma verdadeira porta de entrada para infecções bacterianas e determinando, em alguns casos, a suspensão do tratamento radioterápico. A associação da radioterapia com quimioterápicos produz um efeito sinérgico potencializando a severidade das alterações inflamatórias da mucosa oral (LABBATE; LEHN; DENARDIN, 2003).

A quimioterapia e a radioterapia provocam alterações gastrintestinais importantes, tais como náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, alteração no paladar, xerostomia, e alteração na absorção e metabolização dos nutrientes. Isso pode levar à redução da ingestão alimentar, além de instalação de aversões a alimentos específicos. Os pacientes desnutridos apresentam maiores taxas de morbi-mortalidade, independentemente da base associada. Os dados da literatura sugerem que o estado nutricional adequado está associado com maior sobrevida, menos tempo de hospitalização e maior tolerância ao tratamento oncológico proposto (ALVES et al., 2010).

### **2.1.2 Estágios da neoplasia**

O processo de carcinogênese pode ser dividido em três estágios: iniciação, promoção e progressão (FORTES; NOVAES, 2006). No estágio de iniciação (estágio 1), as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente. No estágio de promoção (estágio 2), as células geneticamente alteradas, sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. O estágio de progressão (estágio 3), se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença (VIEGAS, 2003).

## 2.2 Qualidade de vida

O aumento da expectativa de vida da população mundial reflete nas possibilidades de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares e câncer (ZANDONAI et al., 2010). Os pacientes que vivem com câncer têm de enfrentar múltiplos desafios que variam segundo o curso da doença. Aquelas pessoas que conhecem o seu diagnóstico provavelmente intuem que a doença tem avanço irreversível e incessante até à morte, o que pode gerar sensação de grande vulnerabilidade, temor à morte e padecimento de sintomas físicos e angústia psicológica, aspectos que requerem adaptação e, ao mesmo tempo, enfrentamento da mais difícil etapa da sua vida (VENEGAS; ALVARADO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (AZEVEDO; BOSCO, 2011).

Quanto ao câncer, existe uma ênfase crescente na avaliação da qualidade de vida de pessoas tratadas contra esta patologia, decorrente de fatores como o avanço na detecção e tratamento da doença as atitudes sociais mais otimistas, o aumento do número de sobreviventes, a preocupação com a autonomia e os direitos dos pacientes, o papel dos aspectos psicossociais, a extensão da sobrevivência, entre outros (JORGE; SILVA, 2010). A realização de pesquisas sobre qualidade de vida em pacientes com câncer é fundamental para levantar os domínios afetados e planejar as intervenções para a reabilitação desses pacientes (ZANDONAI et al., 2010).

O aumento da incidência de câncer associado com uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da necessidade da inclusão de instrumentos para avaliação da qualidade de vida nesses pacientes. Instrumentos que mensurem a qualidade de vida têm sido desenvolvidos e avaliados, uma vez que permitem a identificação dos problemas em áreas como estado emocional, estado físico geral, interação social e o delineamento de programas adequados de intervenção, possibilitando modificar variáveis que possam interferir de forma negativa com o acompanhamento multidisciplinar do paciente portador de câncer (FRANZI; SILVA, 2003).

Diante disso, a proposta de utilização de instrumento de avaliação de qualidade de vida, válido para todos os grupos humanos, por parte da OMS, busca homogeneizar o conceito e ainda instrumentalizar os profissionais com ferramenta técnico-científica

padronizada e consistente. O instrumento proposto pela OMS avalia qualidade de vida em domínios denominados físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente que interpretam a percepção que o indivíduo tem de si e do ambiente que o cerca, como favorável ou não (JORGE; SILVA, 2010).

### **2.3 Estado nutricional**

O comprometimento do estado nutricional está associado ao aumento da morbimortalidade no câncer. Uma avaliação nutricional periódica deve fazer parte da rotina do tratamento, pois repercute na susceptibilidade a infecções, resposta terapêutica e no prognóstico. A identificação do risco nutricional e do estado nutricional é feita utilizando-se parâmetros clínicos, físicos, dietéticos, sociais, subjetivos, antropométricos, laboratoriais e de bioimpedância, visando um melhor conhecimento do paciente (SILVA, 2006).

A perda de peso relacionada ao câncer é bem conhecida pelo fato de contribuir para a piora do bem estar do paciente, redução da tolerância às drogas antineoplásicas e piora do prognóstico. É observada a síndrome wasting, a qual pode ser caracterizada por situações de perda ponderal e de massa magra, que vem acompanhada de alterações na ingestão energético-protéica, disfagia, odinofagia, xerostomia, disgeusia, obstipação intestinal, náuseas, vômitos, diarreia, plenitude pós-prandial, comprometimento funcional e também alterações metabólicas sistêmicas (LEANDRO-MERHI et al., 2008).

Dos fatores associados à desnutrição, destacam-se, principalmente, a ingestão alimentar, que é influenciada pelo tumor e pela presença de várias substâncias tóxicas utilizadas no tratamento oncológico, as alterações no metabolismo energético e dos nutrientes e o aumento nas perdas nutricionais, devido a vômitos, má-absorção, diarreia e falência renal. O déficit do estado nutricional, principalmente quando evidenciado pela perda de massa corporal magra, está associado ao aumento no tempo de hospitalização e na morbimortalidade. Tal associação decorre do fato de que um aumento percentual na perda de massa magra está diretamente associado ao aumento de fatores de co-morbidade. Alguns estudos demonstraram redução na atividade das células NK (Natural Killer) e na relação Thelper/Tsupressor (CD4/CD8), em pacientes desnutridos com câncer, causando redução da imunidade, com aumento de infecções, prejuízos nos processos de cicatrização, fraqueza muscular, pneumonia e morte (GARÓFOLO; PETRILI, 2006).

## **2.4 Complicações nutricionais**

A desnutrição e a perda acelerada de peso são os diagnósticos secundários mais frequentes em doentes com câncer. A etiologia da desnutrição nestes pacientes é multifatorial, decorrente das alterações locais e metabólicas produzidas pelas células tumorais e pelos efeitos secundários do tratamento antineoplásico. De modo geral, os tumores de cabeça e pescoço associam-se a transtornos da deglutição, ocasionados pela obstrução provocada pelo tumor, com conseqüente redução da ingestão alimentar e comprometimento do estado nutricional, particularmente nos tumores de cavidade oral, faringe, laringe e esôfago (TAKARA et al., 2012).

Portanto, a má nutrição acaba sendo uma complicação frequente nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, devido ao próprio tumor primário, mas também ao tratamento instituído, que pode provocar efeitos colaterais comuns para a região, como disgeusia, disfagia, xerostomia e mucosite (REBOUÇAS et al., 2011). A aceitação dos alimentos é influenciada por fatores emocionais e psicológicos, em adição àquelas associadas com o tratamento da doença e perturbação metabólica é outro problema entre pacientes com câncer, e isto é muitas vezes representado por estado catabólico (GARÓFOLO; LOPEZ; PETRILLI, 2005).

Diversos autores afirmam que a alimentação tem um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer, destacando-se entre outros fatores de risco. Entre as mortes por câncer atribuídas a fatores ambientais, a dieta contribui com cerca de 35%, seguida pelo tabaco (30%) e outros, como condições e tipo de trabalho, álcool, poluição e aditivos alimentares, os quais contribuem com menos do que 5%. Acredita-se que uma dieta adequada poderia prevenir de três a quatro milhões de casos novos de cânceres a cada ano (GARÓFOLO et al., 2004).

### **2.4.1 Caquexia**

O termo caquexia vem do grego kakos (Má) e Hexis (estado). A prevalência varia entre 40% em doentes na fase aguda e 70-80% na fase avançada da doença. A prevalência de caquexia segundo o tumor primário é de 83-85% em neoplasias gástricas e pancreáticas, de 54-60% em neoplasias pulmonares, próstata e colon e 32-48% dos cânceres da mama, sarcomas, linfomas e leucemias. A sobrevivência de pacientes com caquexia no câncer de estômago, pâncreas, próstata, cólon e mama é significativamente menor do que os pacientes

que não a apresentam. A caquexia pode ser a causa direta da morte do paciente em mais de 20% dos casos (RODRIGUEZ et al., 2010).

A síndrome da anorexia-caquexia é uma complicação frequente no câncer em estágio avançado. Ela é caracterizada por um intenso consumo dos tecidos muscular e adiposo, com consequente perda involuntária de peso, além de anemia, astenia, balanço nitrogenado negativo, devido a alterações fisiológicas, metabólicas e imunológicas (FEARON; MOSES, 2002). Este quadro é intensificado pelas alterações no metabolismo dos nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios), alterações hormonais (leptina, NPY, MC, grelina), além do aumento das citocinas circulantes, como fator de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), interleucina-1 (IL-1), interleucina-6 (IL-6) e interferon gama (IFN- $\gamma$ ) (ARGILÉS et al., 2003; ARGILÉS et al., 2005; SILVA, 2006). A síndrome da anorexia caquexia é uma condição clínica de difícil tratamento, e não é corrigível pela simples terapia nutricional (FONSECA et al, 2009).

A etiologia da desnutrição no indivíduo com câncer é multifatorial. Pode estar relacionada a diversas substâncias anorexígenas produzidas pelo tumor ou hospedeiro, à presença de dor e obstrução do trato gastrointestinal. Lesões malignas localizadas ao longo do trato digestivo levam a obstrução parcial ou total de um ou mais sítios, interferindo na absorção de nutrientes e induzindo a perda de peso severa no indivíduo, bem como tumores na cavidade oral, que dificultam a ingestão de alimentos pelo paciente (TEIXEIRA, 2002).

É relatado que aproximadamente 60% dos pacientes com câncer têm um gasto energético alterado, dos demais pacientes cerca de 35% tem um quadro hipometabólico e 25% hipermetabólico, por outro lado, os pacientes oncológicos com redução da massa magra podem ter um gasto de energia ainda mais baixo do que observado nos indivíduos com o mesmo peso. Os vários mecanismos envolvidos no metabolismo intermediário ainda não estão completamente elucidados, sabe-se que as células malignas não só consomem nutrientes dos tecidos normais, mas também trocam substâncias com o organismo, secretando mediadores solúveis para a circulação sistêmica, aumentando a atividade das vias anti-anabólicas, incluindo a proteólise, lipólise e o excessivo funcionamento do ciclo de Cori no fígado (SOSA-SÁNCHEZ et al., 2008).

Nos últimos anos, diferentes abordagens no tratamento nutricional têm sido utilizadas para promover uma alimentação capaz de corrigir os déficits observados em pacientes com câncer: orientação dietética, suplementos orais, nutrição enteral e parenteral e estimulantes do apetite (GARÓFOLO; PETRILI, 2006).

### 2.4.2 Alterações metabólicas

A indução tumoral de caquexia e anorexia é mais provavelmente mediada por múltiplas citocinas produzidas pelos monócitos do hospedeiro, na tentativa de erradicar o tumor. Como o hospedeiro não consegue erradicá-lo, a produção crônica de citocinas pelo hospedeiro e pelo tumor leva a alterações metabólicas prejudiciais, observadas nos pacientes com câncer (TOSCANO et al., 2008).

Alterações no metabolismo de proteínas, carboidratos, gorduras, minerais e vitaminas são comuns em pacientes com câncer e diferem dos pacientes somente desnutridos, tornando a terapia nutricional um desafio maior no paciente oncológico. Observa-se, em pacientes com câncer, alteração no gasto energético basal, que pode estar reduzida, como nos pacientes desnutridos, inalterada ou aumentada; ocorrendo um descompasso com a ingestão de nutrientes, que está tipicamente reduzida. Em estudo com pacientes portadores de tumores sólidos, a taxa de metabolismo basal mostrou-se elevada mesmo antes da perda ponderal, sugerindo que a elevação da taxa de metabolismo basal pode ser causa (assim como consequência) dessa condição (TOSCANO et al., 2008).

O consumo excessivo de glicose pelo tumor aumenta a produção de glicose hepática a partir do lactato (Ciclo de Cori) e de aminoácidos musculares do hospedeiro (gliconeogênese). A conversão de lactato para a glicose envolve consumo de ATP e aparenta ser um processo bioquímico de gasto energético contribuindo para a perda de peso e massa corpórea. Segundo estimativas, o gasto energético no Ciclo de Cori é de aproximadamente 300 calorias por dia. Além disso, é comum observar resistência periférica à insulina em pacientes com caquexia, isto determina um estado metabólico semelhante ao diabetes, resultando em uma acentuada gliconeogênese no fígado. A intolerância à glicose e a resistência à ação da insulina são ocasionadas tanto pela diminuição da sensibilidade dos receptores das células beta pancreáticas como pela redução da sensibilidade dos tecidos periféricos (KOWATA et al., 2009).

As alterações no metabolismo de proteínas são comuns nos pacientes com câncer. Estas incluem aumento do *turnover* de proteínas totais e aumento de síntese e do catabolismo proteico. O aumento do *turnover* de proteínas causa o aumento do gasto energético em pacientes com câncer. Os autores ainda comparam o metabolismo proteico entre pacientes previamente hígidos, desnutridos sem câncer e desnutridos com câncer. O último grupo apresentou aumento do *turnover* proteico quando comparado aos demais grupos. (MARCHY et al., 2011).

As gorduras participam da dieta normal como uma fonte concentrada de energia, sendo importantes para o paciente com câncer. Essas têm uma importância fundamental em carrear vitaminas lipossolúveis (ADEK). Evidentemente, com a redução das reservas de gordura nos pacientes com câncer, o metabolismo lipídico também é alterado. O Fator de Necrose Tumoral aumenta os triglicerídeos séricos pelo estímulo da secreção hepática de lipídios, além de, juntamente com a interleucina-1 (IL-1), mobilizar as reservas de gorduras. Alguns estudos mostram que pacientes caquéticos são incapazes de oxidar ácidos graxos endógenos em taxas normais, e não suprimem a lipólise durante a infusão de glicose (MACHRY et al., 2011).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Estudo transversal, quantitativo com coleta de dados primários. Os estudos transversais são os estudos epidemiológicos no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (BORDALO, 2006).

Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Esse tipo de estudo consiste em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007).

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado com pacientes oncológicos encaminhados ao projeto de extensão ERO- Endodontia e Reabilitação oral, vindos do Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa, PB. Este hospital é referência em Oncologia no estado da Paraíba, atendendo a 223 municípios. Os pacientes foram avaliados na Clínica Integrada de Odontologia e no ambulatório de nutrição do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

#### **3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Para o presente estudo, a amostra foi composta de pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço do projeto de extensão ERO-Endodontia e reabilitação, de ambos os sexos. A amostra foi por conveniência, realizada no período de Novembro a Dezembro/2013.

#### **3.4 VÁRIAVEIS E INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS**

Foram utilizadas variáveis contínuas como peso, altura e circunferência da cintura. Ainda serão utilizados questionários de avaliação da qualidade de vida e da avaliação subjetiva global.

### 3.4.1 QUESTIONÁRIOS

#### 3.4.1.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação de qualidade de vida faz-se pela aplicação de questionários específicos desenvolvidos para essa finalidade. Atualmente, dispõe-se de diversos instrumentos específicos para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, contudo, nenhum deles pode ser considerado ‘padrão-ouro’. De todos os instrumentos disponíveis, os mais utilizados em todo o mundo são os questionários da University of Washington – Quality of Life Questionnaire (UW-QOL); o Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-H&N) e o European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-C30/H&N35), todos desenvolvidos em outros países (VARTANIAN et al., 2007).

O questionário (ANEXO A) utilizado na presente pesquisa será o questionário da Universidade de Washington, que foi criado em 1990, aonde foi desenvolvido um instrumento específico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A versão em português foi realizada pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital do Câncer Antônio Candido Camargo, sendo a tradução e adaptação cultural da versão realizada sem maiores dificuldades (VARTANIAN et al., 2007).

#### 3.4.1.2 AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL

Para avaliação do estado nutricional dos pacientes, adaptou-se o método de avaliação nutricional global, utilizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Este método consiste de questionário com questões fechadas, voltadas à investigação das alterações de peso, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional.

A avaliação subjetiva global é um método de fácil execução, com custos reduzidos que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde sendo, portanto, extremamente útil para classificação do estado nutricional de indivíduos hospitalizados (BARBOSA-SILVA; BARROS, 2002).

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados pela própria graduanda de nutrição responsável pelo Trabalho de Conclusão de Curso, mediante o preenchimento de questionários e avaliação antropométrica, com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) devidamente assinado pelo responsável no dia da coleta de dados. As buscas de dados foram realizadas no intervalo de dois meses (Dezembro/2013 a Janeiro de 2014).

A avaliação nutricional realizou-se através da aferição do peso, altura e circunferência da cintura dos pacientes. Essas medidas foram realizadas no ambulatório de nutrição do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Também foram aplicados dois questionários na forma de teste (ANEXO A e B) e a utilização de uma ficha com dados antropométricos (APÊNDICE B).

#### 3.5.1 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Os pacientes foram avaliados através das medidas antropométricas, peso e altura.

- **Peso:** a mensuração foi feita com auxílio de uma balança antropométrica FILIZOLA, com capacidade de 150 Kg e frações de 100 gramas. Os avaliados ficaram descalços, posicionados em pé, no centro da plataforma da balança com roupas leves;
- **Altura:** a estatura obteve-se através da haste metálica de 2 metros com frações de um centímetro que compõe a balança. Os indivíduos ficaram em posição ereta, descalços, com os pés juntos, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo, com o olhar dirigido para o horizonte e em apnéia respiratória no momento da aferição.

Com os valores de massa corporal e estatura, foi calculado o IMC (Índice de Massa Corporal) e utilizados os pontos de corte adotados pelo Ministério da Saúde (2008), segundo sexo e idade.

**Quadro 1:** Índice de Massa corporal para adultos

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>
BAIXO PESO III	Menor que 16
BAIXO PESO II	16 – 17
BAIXO PESO I	17 - 18,5
EUTROFIA	18,5 - 24,9
SOBREPESO	25,5 - 29,9
OBESIDADE GRAU I	30,0 – 34,9
OBESIDADE GRAU II	35,0 – 39,9
OBESIDADE GRAU III (MÓRBIDA)	Acima de 40,0

Fonte: Brasil, 2008.

**Quadro 2:** Índice de Massa Corporal para Idosos

<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Menor que 22	Magreza
22 – 27	Eutrofia
Maior que 27	Excesso de Peso

Fonte: Lipschitz, 1994.

### 3.5.2 CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

A circunferência da cintura é um dos indicadores mais utilizados na aferição da distribuição centralizada do tecido adiposo em avaliações individuais e coletivas, contudo as diferenças na composição corporal dos diversos grupos etários e raciais dificultam o desenvolvimento de pontos de corte universais. O conhecimento desses pontos de corte é útil na detecção do risco de desenvolvimento de doenças, tanto na vigilância nutricional quanto em estudos de diagnóstico populacional (FERREIRA et al., 2006).

A aferição foi realizada estando o indivíduo em pé, em posição ereta, utilizando-se uma fita métrica flexível e inextensível de 200 cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal. Para garantir a validade e fidedignidade das medidas, foi observada rigorosamente a posição da fita no momento da medição, mantendo-a no plano horizontal. Para obtenção dos

valores das circunferências, colocou-se a fita no local do corpo que se deseja medir, sendo a mesma colocada com firmeza, sem esticar excessivamente, evitando-se assim a compressão do tecido subcutâneo. A leitura foi feita no centímetro mais próximo, no ponto de cruzamento da fita. As circunferências foram aferidas com o indivíduo em posição ortostática, abdômen relaxado, braços ao lado do corpo e os pés juntos. A medida da circunferência da cintura foi tomada na altura da cintura natural do indivíduo, que é a parte mais estreita do tronco. Os valores de referências adotados para classificação dos pacientes foram de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998).

**Quadro 3:** Classificação da circunferência da cintura

<b>SEXO</b>	<b>CC AUMENTADA</b>	<b>CC MUITO AUMENTADA</b>
FEMININO	94 CM	102 CM
MASCULINO	80 CM	88 CM

Fonte: OMS, 1998.

### 3.6 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados coletados foram informatizados em um banco de dados e a análise estatística feita no programa Microsoft Excel. O serviço de digitação foi feito por uma única pessoa e foram realizadas distribuições de frequência para checar a entrada dos dados feita pela digitadora.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, e recebeu um parecer favorável ao seu desenvolvimento (protocolo CGEPE 164/2013 e Número CAAE 22047213.0.0000.5183).

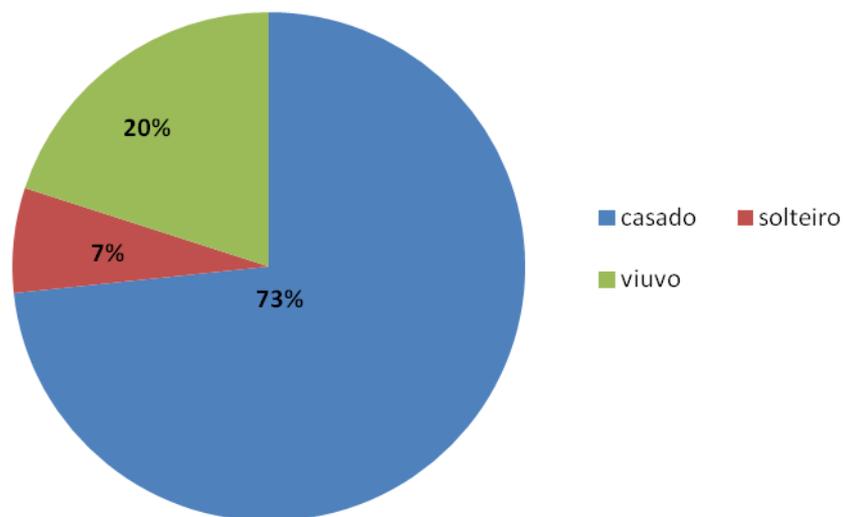
Aos participantes da pesquisa foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), contendo as informações necessárias a respeito do projeto.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DOS PACIENTES

A amostra deste estudo constou de 15 pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos no Hospital Napoleão Laureano e com tratamento odontológico realizado na clínica integrada do Hospital Universitário Lauro Wanderley, ligado ao projeto de extensão ERO-Endodontia e Reabilitação Oral, nos períodos de novembro a dezembro de 2013.

A idade média dos pacientes foi de  $59,00 \pm 10,96$  anos, com variação entre 44 e 76 anos, sendo 13,33% do sexo feminino e 86,67% do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 11 (73%) pacientes eram casados. Mostrando um perfil masculino predominante nesse tipo de patologia.

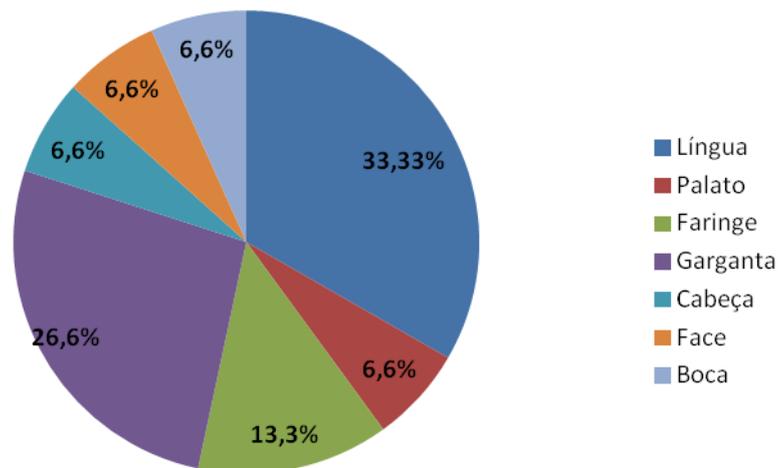


**Gráfico 1:** Estado Civil dos pacientes portadores de neoplasias de cabeça e pescoço

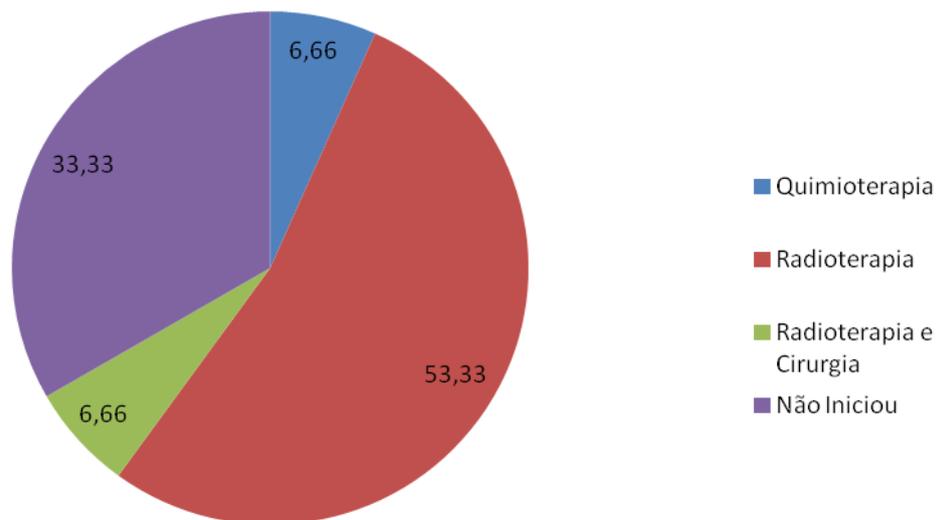
### 4.2 CARACTERIZAÇÕES DA NEOPLASIA E DO TRATAMENTO

As regiões acometidas pela neoplasia de cabeça e pescoço (NCP) foram língua, garganta, palato, faringe, cabeça, face e boca, englobando o trato aer respiratório superior. Tendo como maior frequência, a língua com 5 pacientes (33,33%), seguida da garganta – 4 (26,66%).

Quanto ao tratamento, foram identificadas três modalidades terapêuticas: radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Cerca de 53,33% (8) pacientes receberam radioterapia, sendo 1 (6,66%) associando a cirurgia com a radioterapia e 1 (6,66%) que realizou tratamento quimioterápico. Os demais pacientes (33,33%) não tinham iniciado o tratamento durante a coleta de dados (Gráfico 3).



**Gráfico 2:** Regiões acometidas pela neoplasias de cabeça e pescoço



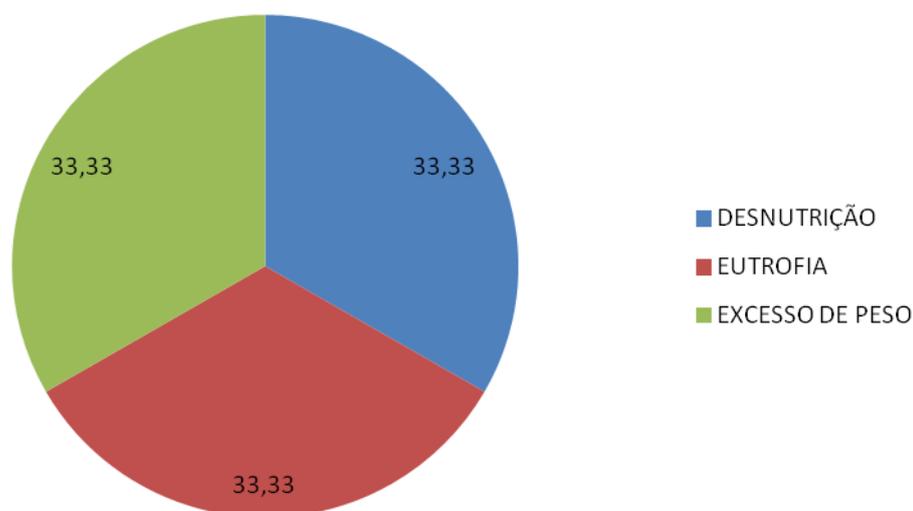
**Gráfico 3:** Tratamentos realizados pelos pacientes da pesquisa

### 4.3 FATORES DE RISCO

Com relação aos fatores de riscos, 12 (80%) pacientes referiram histórico de alcoolismo e tabagismo, sendo frequentes estes fatores na literatura. Os demais pacientes (3 - 20%) trabalharam na agricultura. O consumo de álcool e tabaco durou em média 24,3<sup>+</sup> anos, com menor consumo de 10 anos e maior de 50 anos. Após o diagnóstico da doença, todos os pacientes alegaram não ingerir álcool e fumo.

### 4.4 PERFIL NUTRICIONAL

Quanto ao estado nutricional dos pacientes, o IMC (índice de massa corpórea) apresentou uma média de 22,14 kg/m<sup>2</sup>, tendo com desvio padrão 5,51. Tendo como menor IMC o valor de 13,9 kg/m<sup>2</sup> e maior valor 29,28 kg/m<sup>2</sup>.

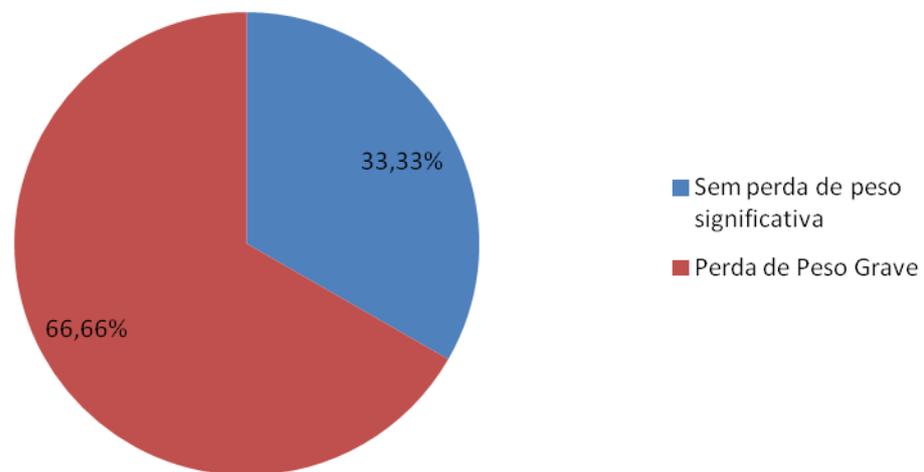


**Gráfico 4:** Estado Nutricional dos pacientes da amostra

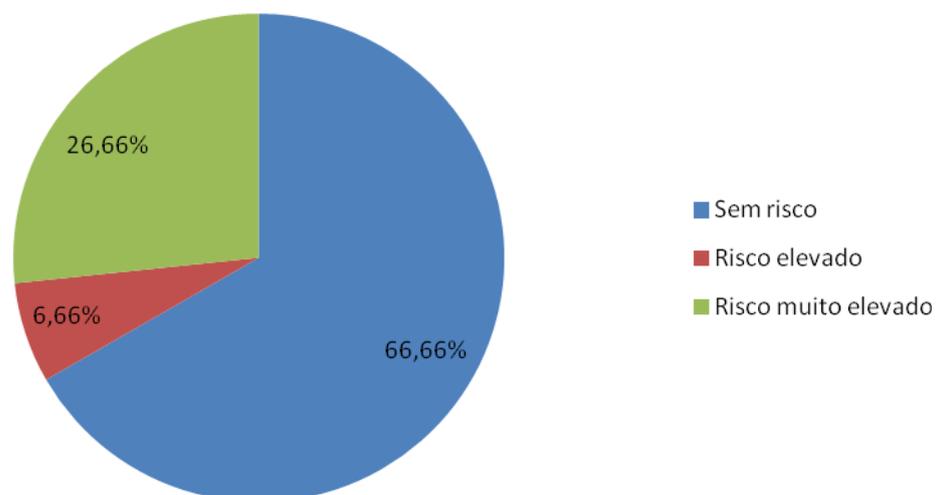
Os pesos dos pacientes variaram de 35 kg a 81,4 kg. Tendo com percentual de perda de peso, o valor máximo de 36% (perda de peso grave) e valor mínimo de 2,4% (sem perda de peso significativa). Na amostragem, 33,33% (n=5) dos pacientes não apresentaram perda significativa de peso e 66,66% (n=10) apresentaram perda de peso grave. Com relação à classificação do estado nutricional, 33,33% dos pacientes estavam desnutridos, mesma

porcentagem encontrada para a eutrofia e excesso de peso. A perda de peso mostrou-se um melhor indicador do perfil nutricional quando comparado ao IMC.

Quanto ao risco de complicações metabólicas foi avaliada a circunferência da cintura dos pacientes. Obteve-se a média de 86,8 centímetros (cm), com valor mínimo de 70 cm e máximo de 113 cm. Cerca de 26,66% (n=4) dos pacientes apresentaram risco muito elevado de complicações metabólicas, seguido de 6,66% (n=1) de risco elevado e 66,66% (n=10) não apresentaram riscos de desenvolvimento dessas complicações.



**Gráfico 5:** Percentual de perda de peso dos pacientes oncológicos



**Gráfico 6:** Risco de complicações metabólicas dos pacientes da pesquisa

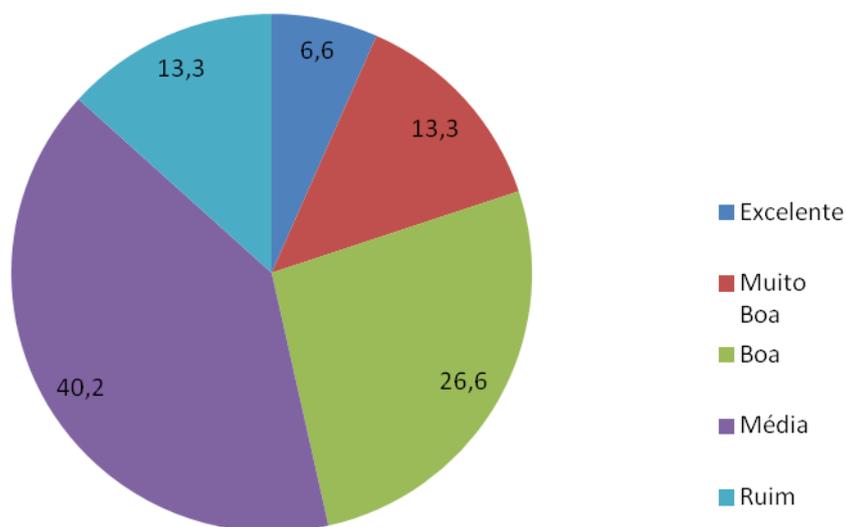
Quanto à avaliação subjetiva global (ANSG), 86,66% dos pacientes relataram sintomas gastrintestinais, como disfagia e/ou odinofagia, nas últimas duas semanas. A pontuação média dos pacientes foi de 9,06 pontos, com desvio padrão de 2,08. As náuseas foram referidas como sintomas nos pacientes submetidos à radioterapia (33,33%).

#### 4.5 QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Com relação aos domínios avaliados pelo questionário, mastigação e humor foram referidos como mais afetados pela doença. Nos pacientes que realizaram a radioterapia, a saliva foi referida como um dos problemas mais relevantes.

Quando questionados sobre quais os problemas mais relevantes nos últimos sete dias (antes da entrevista), a deglutição foi a mais citada, seguida de mastigação, paladar e saliva.

Quanto à localização do tumor, mostraram correlação positiva com relação aos domínios deglutição, paladar e saliva. Com relação à qualidade de vida, 40,2% (n=6) dos pacientes classificaram como média.



**Gráfico 7:** Avaliação da qualidade de vida dos pacientes da pesquisa

A mensuração da qualidade de vida dos pacientes engloba questões gerais e específicas acerca de diversos fatores que afetam o paciente oncológico na região de cabeça e

pescoço. Em relação ao gênero e à idade, os pacientes do gênero masculino e acima de sessenta anos receberam pontuações médias mais baixas para os domínios deglutição e mastigação, o que pode estar relacionado à condição funcional e fisiológica do paciente e localização do tumor; estas dificuldades apontadas podem estar agravadas pela doença e pelo tratamento.

## 5 DISCUSSÃO

Corroborando com o perfil dos pacientes da amostra, Alvarenga et al. (2008) compõe uma amostra de 367 pacientes, sendo 86% do sexo masculino e 14% (60), do sexo feminino. A idade dos indivíduos variou entre 30 a 94 anos, com média de 61,77 anos e desvio padrão de 11,44. Ainda homologando o referido trabalho, um estudo retrospectivo de vinte anos foi realizado utilizando 1408 prontuários do CEON\HUOC\UPE (Antunes et al., 2003) no qual houve uma prevalência do sexo masculino (66,7%) e 92,4% da amostra tinha idade acima de 40 anos, com uma média de 61,1 anos. Assim, pode-se observar que o perfil epidemiológico do câncer de boca permanece similar nos últimos vinte anos, exceto pelo aumento anual de casos.

Em relação ao consumo de cigarro e álcool, 83,37% foram tabagistas, 65,8% usaram álcool, 55,27% possuem os dois hábitos e 6,18% não possuem estes hábitos, segundo o estudo de Alvarenga et al. (2008). Brener et al. (2007) observaram que cerca de 90% dos indivíduos com diagnóstico de NCP consumiam tabaco sob a forma de cigarro, charuto, cachimbo ou mascado e, entre os que relatavam nunca ter fumado, a proporção homem : mulher se invertia, com as mulheres representando a maioria do grupo. Entre os pacientes que eram usuários de bebidas alcoólicas, 70% consumiam bebidas destiladas, mais especificamente a cachaça, sugerindo uma participação diferenciada desse tipo de bebida na carcinogênese bucal. Enquanto 29% das mulheres relataram-se etilistas, este número foi de 92% entre indivíduos do gênero masculino. Para enfatizar a importância da participação do tabaco e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal, 80% dos pacientes da pesquisa relataram ingestão crônica de bebidas alcoólicas e tabagismo, mostrando a influência desses fatores de risco no desenvolvimento da doença.

Corroborando com trabalhos similares sobre qualidade de vida e sintomas gastrintestinas, Sawada et al. (2003) notaram que a maioria dos pacientes pesquisados, que os efeitos que mais incomodaram e apareceram nas categorias "em demasia / o tempo todo", "muito/muitas vezes" e "um bocado/ algumas vezes" foram dor na boca (40,6%), pele ressecada (65,7%), dificuldade de engolir (50%), náuseas (28,1%), boca seca (84,5%), dores de garganta (34,4%), mal-estar estomacal (25%), saliva pegajosa (75,1%), cansaço e fadiga (28,1%), dificuldade no paladar (72%), falta de apetite (37,6%), vômitos (12,5%), rouquidão (34,4%), dificuldade de mastigar (9,3%). Estudos semelhantes observaram que dezenove (63,3%) pacientes queixaram-se de xerostomia (Araujo et al., 2009) e que os pacientes do

gênero masculino apresentaram médias mais baixas que o gênero feminino nos domínios mastigação, saliva, deglutição e paladar (ANDRADE et al., 2006).

A deglutição nesses pacientes é deficiente principalmente devido à localização do tumor e a diminuição da saliva, que ocorre principalmente como complicação do tratamento e mostra-se mais severa em pacientes conforme aumenta a idade. A função mastigatória também é afetada pela diminuição da salivação e a perda de dentes, comum em indivíduos mais idosos.

Comparando com os estudos supracitados, as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, pela própria localização anatômica, podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados, podendo gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes afetados quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida diária. Nesse cenário, a avaliação de qualidade de vida nessa população de pacientes pode ajudar à melhor compreensão do real impacto da doença e seu tratamento na vida dos indivíduos (ZANDONAI et al., 2010).

Para estes autores (Brener et al., 2007), a modalidade terapêutica mais indicada para a NCP bucal seria a cirurgia. Ao preconizar o tratamento radioterápico associado a uma dose única e alta de quimioterapia (QT), utilizando a cisplatina como agente único, propõe-se elevar para 37% a sobrevida em três anos quando comparado aos 23% para aqueles submetidos à radioterapia (RT) exclusiva. Alguns médicos preconizam a radioterapia concomitante à quimioterapia no pré-operatório, pela redução do volume tumoral, apesar de os efeitos colaterais serem substanciais e nem sempre aceitáveis para os pacientes. Quanto aos pacientes pesquisados, foram identificadas as três modalidades terapêuticas referidas nos artigos supracitados: radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Sendo 8 (53,33%) pacientes receberam radioterapia, sendo 1 (6,66%) associando a cirurgia com a radioterapia e 1 (6,66%) que realizou tratamento quimioterápico.

SILVA et al., 2013, a partir dos dados que foram coletados e analisados, identificou que os domínios com pior pontuação no início da radioterapia: foram aparência, fala e ansiedade; durante o tratamento: paladar, saliva e ansiedade e, no término da radioterapia: paladar, saliva e deglutição. Ao longo do tratamento, observou-se a deterioração do humor dos pacientes. Resultados similares foram notados na pesquisa quando questionados sobre os problemas mais relevantes nos últimos sete dias (antes da entrevista). Tendo como item mais citado a deglutição, seguida de mastigação, paladar e saliva. E nos pacientes que realizaram a radioterapia, a saliva foi referida como um dos problemas mais relevantes.

Saragiotto et al., (2013) observaram que pacientes hospitalizados com neoplasias, aqueles com baixo IMC e com perda de peso permaneceram por mais tempo internados do que os demais. Os pacientes com neoplasias digestivas e de cabeça e pescoço foram os que mais apresentaram alteração de peso (Leandro-Merhi et al., 2011). Ainda explanando sobre o estudo, a perda de peso foi frequente em grande parcela da população estudada (superior a 72% dos estudados).

Neste trabalho, os valores médios de IMC encontrados estiveram em 22,14 kg/m<sup>2</sup>, mostrando estado nutricional dentro da normalidade e não desnutrição, diferentemente de outro estudo recente que encontrou em pacientes com neoplasias, valores médios de IMC de 20.8 kg/m<sup>2</sup> (Kwang et al., 2010). Ainda referindo-se ao mesmo estudo, quando analisados separadamente, considerando-se os valores de IMC<18.5 e IMC<20 sem diferença significativa, foi observado maior frequência de pacientes desnutridos nas neoplasias digestivas e de cabeça e pescoço. As mesmas observações com relação aos indicadores de composição corporal foram mais prevalentes nas neoplasias digestivas e de cabeça e pescoço.

Mas a perda de peso foi frequente em grande parcela da população estudada (superior a 72% dos estudados). Neste estudo, o percentual de perda de peso, teve como valor máximo de 36% (perda de peso grave) e valor mínimo de 2,4% (sem perda de peso significativa). Na amostragem, 33,33% (n=5) dos pacientes não apresentaram perda significativa de peso e 66,66% (n=10) apresentaram perda de peso grave. A perda de peso e deterioração das reservas contribuí para o aumento da morbidade e mortalidade nesta população, e a perda de peso foi relatada como característica dominante de pacientes com mau estado nutricional (KWANG et al., 2010).

Em um estudo multicêntrico recente, epidemiológico e observacional, que determinou a prevalência de desnutrição em pacientes com neoplasias, identificando os fatores de risco para desnutrição e tempo de internação, entre outros achados. Eles encontraram 30.9% de desnutrição, e na análise multivariada, a obesidade pré-existente foi associada com o aumento de risco para desnutrição o uso de antibióticos foi significativamente maior em pacientes desnutridos e o tempo de internação também. Os autores concluíram que a obesidade pré-existente poderia ser identificada como novo fator de risco para desnutrição em pacientes com câncer (PRESSOIR et al., 2010).

Em outro estudo, foi possível inferir que 11 indivíduos (10,9%) perderam 10% ou mais do seu peso recentemente e que sintomas relacionados à doença e/ou ao tratamento fizeram com que 42,6% dos indivíduos fossem incluídos na classe de desnutrição leve/moderada e 15,8% na faixa de desnutrição grave (Brito et al., 2012). Um estudo similar

(Campos et al., 2012) revelou, quanto à classificação do estado nutricional, que as relações com o peso habitual e a Avaliação subjetiva global detectaram maior número de indivíduos desnutridos do que no método IMC. Isso corrobora com o presente estudo, na qual a classificação do estado nutricional dos pacientes mostra que 33,33% dos pacientes estavam desnutridos. No processo de desnutrição do câncer, as alterações metabólicas são diferentes das observadas no jejum prolongado, pois afetam todas as vias metabólicas simultaneamente (DOUGLAS; CISTERNA, 2003).

## 6 CONCLUSÃO

Na amostra pesquisada, os sintomas gastrintestinais mais citados foram à deglutição, seguidos de mastigação, paladar e saliva, quando relacionados às características dos pacientes. Mostrou-se também que, as neoplasias de cabeça e pescoço levam não somente a alterações nutricionais, mas também a alterações psicológicas, que sugerem uma participação importante no desenvolvimento da desnutrição.

Conforme mostrado na pesquisa, a própria localização do tumor dificulta a alimentação do paciente e ainda ocorrem repercussões diretas na qualidade de vida desses pacientes. Apesar dos pacientes apresentarem deficiências em domínios específicos, na avaliação global, a maioria relatou uma qualidade de vida média. Quanto aos fatores de risco, uns percentuais elevados dos pacientes relataram história passada do hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas, confirmando o relatado na literatura.

Quanto ao estado nutricional, foi observada, na maioria dos pacientes, uma perda de peso grave induzindo a um estado de risco nutricional, perfil esse que foi mascarado pelo IMC. Mostrando que o perfil dos pacientes da amostra é composto por pacientes desnutridos, com diversos sintomas gastrintestinais e com qualidade de vida média, afetada pela associação dos sintomas físicos e psicológicos.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L.M. et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.74, n.1, p. 68-73, jan./fev. 2008.

ALVES, F.R. et al. Suplemento artesanal oral: uma proposta para recuperação nutricional de crianças e adolescentes com câncer. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.5, p. 731-744, 2010.

AMAR, A. et al. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermoídes de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.68, n.3, mai./jun. 2002.

ARAÚJO, F.F. et al. Terapia nutricional enteral em pacientes oncológicos: uma revisão da literatura. **Comunidade Ciências Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 61-70, 2008.

ARGILÉS, J. M.; et al. Mediators involved in the cancer anorexia-cachexia syndrome: past, present, and future. **Nutrition**, Tarrytown, v. 21, n. 9, p. 977-985, 2005.

ARGILÉS, J. M.; et al. Catabolic mediators as targets for cancer cachexia. **Drug Discovery Today**, Oxford, v. 8, n. 18, p. 838-844, 2003.

AZEVEDO, C.D.; BOSCO, S.M.D. Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **ConScientiae Saúde**, Lajeado, v.10, n.1, p. 23-30, 2011.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BARBOSA-SILVA, M.C.G.; BARROS, A.J.D. Avaliação Nutricional Subjetiva. Parte 1- Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n.3, p. 181-187, jul./set. 2002.

BERGAMASCO, V.D. et al. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-19, jan./mar. 2008.

BITTENCOURT, R. et al. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, v.50, n.2, p.95-101, 2004.

BOING, A.F.; ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v.16, n.2, p.615-622, 2011.

BOLIGON, C.S.; HUTH, A. O Impacto do Uso de Glutamina em Pacientes com Tumores de Cabeça e Pescoço em Tratamento Radioterápico e Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Ijuí, v. 57, n.1, p. 31-38, 2011.

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v.20, n.4, p. 5, dez, 2006.

BRITO, L.F.; SILVA, L.S.; FERNANDES, D.D.; PIRES, R.A.; NOGUEIRA, A.D.R.; SOUZA, C.L.; CARDOSO, L.G.V. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p.163-171. 2012.

CAMPOS, J.A.D.B.; PRADO, C.D.; PINELLI, C.; GARCIA, P.P.N.S. Métodos de estimativa de peso e altura na avaliação de desnutrição de pacientes com câncer. **Alimentação e Nutrição**, Araraquara, v. 23, n. 4, p. 681-688, out./dez. 2012.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. São Paulo: Manole, 2005. 474 p.

FABRÍCIO, V.C.; MARTINS, R.E.; GIGLIO, A.D. Manejo clínico do carcinoma de cabeça e pescoço. **RBM Especial Oncologia**, São Paulo, v.67, n.1, abr. 2010.

FEARON, K.C.; MOSES, A.G. Cancer cachexia. **International Journal of Cardiology**, Amsterdam, v. 85, n. 1, p. 73-81, Set. 2002.

FERREIRA, M.G. et al. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.307-314, fev. 2006.

FONSECA, E.A.I. et al. Estudo das alterações morfológicas da glândula adrenal na caquexia neoplásica. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 163-174, jul./dez. 2009.

FORTES, R.C.; NOVAES, M.R.C.G. Efeitos da suplementação dietética com cogumelos Agaricales e outros fungos medicinais na terapia contra o câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v.52, n.4, p.363-371, 2006.

FORTUNA, A.P.D. et al. Avaliação de radio e quimioterapia concomitantes pós operatórias nos pacientes portadores de tumores de cabeça e pescoço localmente avançados. **Revista Imagem**, São Paulo, v.31, n.3, p. 39-43, 2009.

FRANZI, S.A.; SILVA, P.G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v.49, n.3, p. 153-158, 2003.

GALBIATTI, A.L.S. et al. Head and neck cancer: genetic polymorphisms and folate metabolism. **Brazilian Journal Otorhinolaryngol**, São José do Rio Preto, v.78, n.1, p. 132-139, 2012.

GARÓFOLO, A.; et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.4, p.491-505, out./dez., 2004.

GARÓFOLO, A.;PETRILI, A.S. Balanço entre ácidos graxos ômega-3 e 6 na resposta inflamatória em pacientes com câncer e caquexia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.5, p.611-621, set./out., 2006.

GARÓFOLO, A.; LOPEZ, F.A.; PETRILLI, A.S. High prevalence of malnutrition among patients with solid non-hematological tumors as found by using skinfold and circumference measurements. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.123, n.6 , nov./dez. 2005.

JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Uberaba, v.18, n.5, set./out, 2010.

KWANG, A.Y.; KANDIAH, M. Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Malaysia, v.27,n.2, p.117-126. 2010.

KOWATA, C.H. et al. Fisiopatologia da caquexia no câncer: uma revisão. **Arquivos de Ciência da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 267-272, set/dez. 2009.

LABBATE; R.; LEHN, C.N.; DENARDIN; O.V.P. Efeito da clorexidina na mucosite induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço. **Revista brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.69, n.3, mai./jun. 2003.

LEANDRO-MERHI, V.A. et al. Estudo comparativo de indicadores nutricionais em pacientes com neoplasias do trato digestório. **ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, Campinas, v.21, n.3, p. 114-119, 2008.

LEANDRO-MERHI; V.A.; AQUINO, J.L.B.; CAMARGO, J.G.T.; FRENHANI, P.B.; BERNARDI, J.L.D.; MCLELLAN, K.C. Clinical and nutritional status of surgical patients with and without malignant diseases: cross-sectional study. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.48, n.1, Jan./Mar. 2011.

LEME, C.V.D. et al. Análise dos genes *gstml* e *gstt1* em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São José do Rio Preto. v.56, n.3, p. 299-303, 2010.

MACHRY, R.V. et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.55, n.3, p.296-301, jul./set. 2011.

MACHADO, S.P.; SAMPAIO, H.A.C.; LIMA, J.W.O. Caracterização antropométrica de portadores de câncer de próstata do Ceará, Brasil. **Revista de Nutrição**, Fortaleza, v.22, n.3, p. 367-376, 2009.

OTTO, S.E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002.

PAULA, J.M. et al. Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p. 362-368, 2012.

PINTO; F.R. et al. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Santo André, v.57, n.2, p.171-176, 2011.

PRESSOIR, M.; DESNÉ, S.; BERCHERY, D.; ROSSIGNOL, G.; POIREE, B.; MESLIER, M.; TRAVERSIER, S.; VITTOT, M.; SIMON, M.; GEKIERE, J.P.; MEURIC, J.; SEROT, F.; FALEWEE, M.N.; RODRIGUES, I.; SENESSE, P.; VASSON, M.P.; CHELLE, F.; MAGET, B.; ANTOUN, S.; BACHMANN, P.; Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. **Brazilian Journal Cancer** , Paris, v.102, n.6, p.966-971. 2010.

REBOUÇAS, L.M. et al. Impacto da nutrição enteral na toxicidade aguda e na continuidade do tratamento dos pacientes com tumores de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia com intensidade modulada. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.44, n.1, p. 42-46, jan./fev. 2011.

RODRIGUEZ, A.T. et al. Caquexia en cáncer. **Medicina Clínica**, Barcelona, v.135, n.12, p.568-572, 2010.

RUIZ, M.T. et al. Epidemiologia e biomarcadores em câncer de cabeça e pescoço. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v.13, n.1, p.34-8, jan./mar. 2006.

SARAGIOTTO, L.; LEANDRO-MERHI, V.A.; AQUINO, J.L.B. Neoplasia digestiva, baixo índice de massa corporal e perda de peso como indicadores do tempo de internação em pacientes portadores de neoplasias. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, Campinas, v.26, n.2, p. 96-100. 2013.

SILVA, M. P. N. Síndrome da Anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Maceió, v.52, n.1, p.59-77, 2006.

SILVA, P.P.; MOREIRA, L.T.; OKAMOTO, A.C.; PRADO, G.M.; VENTURIN, R.; RANIEIRI, R.V.; SCHWEITZER, C.M.; GAETTI-JARDIM, J.E. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos á radioterapia. **4º Sim Saúde - Simpósio em Saúde 2013**, Araçatuba, supl.2, 2013.

SOSA-SÁNCHEZ, R. et al. Síndrome de anorexia-caquexia en el paciente oncológico. **Gaceta Médica de México**, México, v. 144, n. 5, p.435-440, 2008.

TEIXEIRA, M.H. Benefícios de uma dieta quimicamente definida com baixo teor de resíduos para pacientes com tumor de canal anal submetidos a radioquimioterapia associada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.405-410, 2002.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V.T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.6, p. 907, dez, 2005.

TOSCANO, B.A.F.; et al. Câncer: implicações nutricionais. **Comunidade Ciências Saúde**, Brasília, v.19, n.2, p.171-180, 2008.

VARTANIAN, J. G.; et al. Questionários para avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 108 - 115, abr./jun. 2007.

VENEGAS, E. M.; ALVARADO, S.O. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Concepción, v.18, n.4, jul./ago, 2010.

VIEGAS, C.C.B. Dosimetria in vivo com uso de detectores semicondutores e termoluminescentes aplicada ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço. 2003.183 f. Tese (Mestrado em Engenharia Nuclear). **Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2003.

ZANDONAI, A.P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p. 554-561, 2010.

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre neoplasias de cabeça e pescoço e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Camila da Silva Ferreira, aluna do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof(a) Sônia Cristina Pereira de Oliveira .

Os objetivos do estudo são avaliar o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasia de cabeça e pescoço atendidos pelo projeto de extensão ERO (Endodontia e reabilitação oral).

A finalidade deste trabalho é contribuir para a informação e conhecimento do estado nutricional dos pacientes, tendo em vista que um déficit nesses estados afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário e para a aferição de medidas antropométricas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (*se for o caso*). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

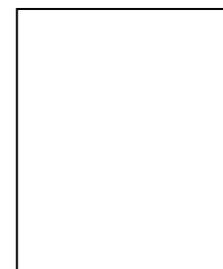
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)



Espaço para impressão

dactiloscópica

---

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora  
Camila da Silva Ferreira.

Telefone: (83) 87616016

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UEPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley -  
2007 Campus I , S/N - Cidade universitária - João Pessoa-PB CEP: 58050-000 – Fone: (83)  
3216-7042

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADO**

Número \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ / Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

<b>FICHA ANTROPOMÉTRICA</b>		
Peso Atual:	Altura:	IMC:
Peso Habitual:	Altura:	IMC:
% Perda de Peso:		
Circunferência da cintura:		

Ficha clínica	
Tipo de Tumor:	Fumante:
Tempo da doença:	Etilista:
Tratamento:	Outras Patologias:
Medicação:	

## ANEXO A

### **Versão validada em português do Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington**

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias.

1. Dor (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu não tenho dor.

75 [ ] Há dor leve não necessitando de medicação.

50 [ ] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente.

25 [ ] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados.

0 [ ] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Não há mudança na minha aparência.

75 [ ] A mudança na minha aparência é mínima.

50 [ ] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo.

25 [ ] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência.

0 [ ] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência.

3. Atividade (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu estou tão ativo quanto sempre estive.

75 [ ] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente.

50 [ ] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa.

25 [ ] Eu não saio de casa porque eu não tenho força.

0 [ ] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa.

4. Recreação (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa.

75 [ ] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir.

50 [ ] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso.

25 [ ] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV.

0 [ ] Eu não posso fazer nada agradável.

5. Deglutição (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu posso engolir tão bem como sempre.

67 [ ] Eu não posso engolir algumas comidas sólidas.

33 [ ] Eu posso engolir somente comidas líquidas.

0 [ ] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca.

6. Mastigação (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu posso mastigar tão bem como sempre.

50 [ ] Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas.

0 [ ] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves.

7. Fala (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Minha fala é a mesma de sempre.

67 [ ] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone.

33 [ ] Somente minha família e amigos podem me entender.

0 [ ] Eu não sou entendido pelos outros.

8. Ombro (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu não tenho problemas com meu ombro.

67 [ ] Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força.

33 [ ] Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho.

0 [ ] Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro.

9. Paladar (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu sinto sabor da comida normalmente.

67 [ ] Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente.

33 [ ] Eu posso sentir o sabor de algumas comidas.

0 [ ] Eu não sinto o sabor de nenhuma comida.

10. Saliva (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Minha saliva é de consistência normal.

67 [ ] Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente.

33 [ ] Eu tenho muito pouca saliva.

0 [ ] Eu não tenho saliva.

11. Humor (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer.

75 [ ] Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente.

50 [ ] Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer.

25 [ ] Eu estou um pouco deprimido por causa do meu câncer.

0 [ ] Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer.

12. Ansiedade (marque uma alternativa [ ])

100 [ ] Eu não estou ansioso por causa do meu câncer.

67 [ ] Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer.

33 [ ] Eu estou ansioso por causa do meu câncer.

0 [ ] Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer.

Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?

Marque [ ] em até 3 alternativas

Dor  Deglutição  Paladar

Aparência  Mastigação  Saliva

Atividade  Fala  Humor

Recreação  Ombro  Ansiedade

Questões gerais

Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde (marque uma alternativa: [ ])

[ ] Muito melhor.

[ ] Um pouco melhor.

[ ] Mais ou menos o mesmo.

Um pouco pior.

Muito pior.

Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [ ])

Excelente.

Muito boa.

Boa.

Média.

Ruim.

Muito ruim.

De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: [ ])

Excelente.

Muito boa.

Boa.

Média.

Ruim.

Muito ruim.

Por favor, descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados pelas nossas perguntas.

---

---

---

---

---

---

---

---