

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL: PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

NUTRITIONAL MONITORING: PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL: PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

✉ *Karine de Almeida Guerreiro*¹, ✉ *Patrícia Cândido Alves*², ✉ *Juliana das Chagas Bastos*³ e ✉ *Carone Alves Lima*⁴

RESUMO

Acompanhar o estado nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um Centro de Referência. Estudo transversal com 9 pacientes de ambos os sexos e acima de 18 anos. O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), percentual de perda de peso (%PP) e Avaliação Subjetiva Global (ASG-PPP). A média de idade foi de 58,7 anos, predominando pacientes homens, fumantes e etilistas e de baixos salários. Identificou-se desnutrição em sua maioria, segundo CB, %PP e ASG-PPP, porém o IMC constatou eutrofia. Houve prevalência de tumores na faringe e sintomas de dor, problemas para engolir e boca seca. Após dois atendimentos nutricionais, houve aumento de eutrofia pela ASG-PPP, redução no %PP e das queixas sintomáticas. A intervenção nutricional auxilia no avanço da desnutrição, minimizando os efeitos causados pela doença e tratamento.

Descritores: *Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Radioterapia; Avaliação Nutricional; Terapia Nutricional.*

ABSTRACT

To monitor the nutritional status of patients with head and neck cancer undergoing cancer treatment at a Reference Center. Cross-sectional study with 9 patients of both sexes and over 18 years of age. Nutritional status was determined by body mass index (BMI), arm circumference (AC), calf circumference (PC), percentage of weight loss (%PP) and Subjective Global Assessment (SGA-PPP). The mean age was 58.7 years, with a predominance of male patients, smokers and alcohol drinkers and low-wage patients. Most malnutrition was identified, according to BC, %PP and ASG-PPP, but the BMI showed eutrophy. There was a prevalence of pharyngeal tumors and symptoms of pain, swallowing problems and dry mouth. After two nutritional consultations, there was an increase in eu-trophy by SGA-PPP, a reduction in %PP and symptomatic complaints. Nutritional intervention helps in the advancement of malnutrition, minimizing the effects caused by the disease and treatment.


Descriptors: *Head and Neck Neoplasms; Radiotherapy; Nutrition Assessment; Nutrition Therapy.*


RESUMEN


Monitorear el estado nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento oncológico en un Centro de Referencia. Estudio transversal con 9 pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años. El estado nutricional se determinó mediante el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia del brazo (AC), la circunferencia de la pantorrilla (PC), el porcentaje de pérdida de peso (%PP) y la Evaluación Global Subjetiva (SGA-PPP). La edad media fue de 58,7 años, con predominio de pacientes del sexo masculino, fumadores y alcohólicos y de bajos ingresos. Se identificó mayor desnutrición, según BC, %PP y ASG-PPP, pero el IMC mostró eutrofia. Hubo un predominio de tumores faríngeos y síntomas de dolor, problemas de deglución y sequedad de boca. Después de dos consultas nutricionales, hubo un aumento de la eutrofia por SGA-PPP, una reducción del %PP y quejas sintomáticas. La intervención nutricional ayuda en el avance de la desnutrición, minimizando los efectos causados por la enfermedad y el tratamiento.

Descriptorios: *Neoplasias de Cabeza y Cuello; Radioterapia; Evaluación Nutricional; Terapia Nutricional.*

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE - Brasil. 

² Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE - Brasil. 

³ Faculdade Unyleya. Fortaleza, CE - Brasil. 

⁴ Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. Fortaleza, CE - Brasil. 

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é um termo coletivo para definir as neoplasias malignas que acometem o trato aerodigestivo superior, que incluem as regiões de cavidade oral, faringe, laringe e tireoide. O Brasil é um dos países com maior incidência de carcinoma escamoso de cabeça e pescoço¹. Para cada ano do triênio 2020-2022, a previsão do número de casos novos serão de 15.190 de cavidade oral e outros 7.650 casos na laringe. O câncer de cavidade oral é predominante no sexo masculino, ocupando a quinta posição entre todos os cânceres².

Os fatores de risco relacionados a esta neoplasia incluem aspectos genéticos, comportamentais e ambientais³. O tabaco e o álcool são os principais agentes etiológicos para a doença; outros fatores incluem a má higiene dental e oral, o refluxo gastroesofágico, a alimentação inadequada e a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), importante fator de risco nos casos de carcinoma de orofaringe¹.

Pacientes oncológicos de cabeça e pescoço apresentam risco evidente de deficiência nutricional, devido ao seu estilo de vida pré-mórbido, as complicações inerentes ao tratamento oncológico e à localização do tumor, que pode interferir na mastigação, na secreção de enzimas pelas glândulas salivares e na ingestão de alimentos, comprometendo a capacidade de oferta nutricional ao paciente^{4,5}. Cerca de metade destes pacientes estão desnutridos e cerca de 80% deles sofrem uma perda significativa de peso não intencional durante o tratamento, levando a piores resultados, aumento da morbidade e mortalidade, e má qualidade de vida⁶.

As condições clínicas e nutricionais e os dados epidemiológicos acima descritos indicam a necessidade do desenvolvimento de protocolos para assistência nutricional oferecida aos pacientes com câncer. Em 2004, foi idealizado o I Consenso Nacional em Nutrição Oncológica, com o objetivo de uniformizar a terapia e a assistência nutricional, visando a melhoria da qualidade da atenção prestada a estes pacientes⁷.

Logo, a avaliação nutricional deve ser individualizada e incluir a triagem de risco nutricional associada a medidas de variáveis antropométricas, laboratoriais e nutricionais³. Entre as ferramentas de triagem para pacientes com câncer, destacam-se a Avaliação Subjetiva Global (ASG), introduzida por Detsky em 1987 e utilizada em diversas condições clínicas. Em 1996, Ottery adaptou este método de avaliação para atender as características dos pacientes com câncer e no ano de 2010, esta versão foi validada em português, nomeada de Avaliação Subjetiva Global – Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP), utilizada exclusivamente na avaliação do estado nutricional do paciente oncológico, em razão de sua sensibilidade e predição de complicações⁸. Com isso, o acompanhamento nutricional é essencial para identificação do grau de comprometimento nutricional, minimizando a perda de peso e sinalizam aos pacientes benefícios na ingestão alimentar, na qualidade de vida e na mortalidade^{7,8}.

Expor a importância da assistência nutricional precoce e individualizada deve ser motivada e apresentada aos profissionais de saúde comprometidos com atenção ao paciente oncológico, pois possui benefícios como evitar o avanço da desnutrição, para recuperação do estado nutricional e minimizar os efeitos causados pela doença e pelo tratamento. Este trabalho tem como objetivo acompanhar o estado nutricional do paciente com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em Centro de Referência.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa no período de julho de 2021 a fevereiro de 2022, no Ambulatório de Nutrição do Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO, localizado na cidade de Fortaleza - CE. A população do estudo foi representada por indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos e com diagnóstico de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, que estavam em tratamento de radioterapia adjuvante ou neoadjuvante e que foram atendidos no serviço de nutrição pela primeira vez dentro do período da coleta de dados.

Foram excluídos, os sujeitos que possuíssem outras doenças hiper catabólicas associadas, como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e, ainda, pacientes em tratamento paliativo. A amostra foi composta por 9 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, selecionados pela técnica de amostragem por conveniência. Foram incluídos aqueles que possuíam tumor primário localizado em lábio e cavidade oral, faringe e laringe e seus subsítios, descrito pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e presentes no Manual de Oncologia Clínica do Brasil (2021), pois estão em regiões anatômicas que compartilham fatores de risco em comum e são considerados semelhantes em sua epidemiologia, tratamento e prognóstico (responsáveis por 90% de todos os cânceres desta região)^{9,10}.

A seleção dos participantes deu-se no momento da consulta nutricional no ambulatório de nutrição, previamente programada, onde os pacientes foram orientados sobre o objetivo do estudo, seguida da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista iniciou com aplicação da ASG-PPP, uma ferramenta de triagem utilizada em pacientes oncológicos para avaliar o risco nutricional, ingestão alimentar e sintomas. Possui duas etapas, onde a primeira, o paciente se auto avalia e, na segunda, o questionário é preenchido pelo profissional nutricionista. Ao final, o paciente é classificado em: bem nutrido, desnutrição moderada ou suspeita, ou gravemente desnutrido¹¹. Em seguida, foi aplicado um formulário de avaliação semiestruturado elaborado para este estudo, para coletar informações de identificação, dados demográficos, socioeconômico, culturais, clínicos e dados antropométricos. Os dados clínicos, como diagnóstico, estadiamento da doença e tipo de tratamento foram obtidos através do prontuário eletrônico do paciente.

A avaliação antropométrica foi realizada através da obtenção de peso (kg) e altura (m), com uso de Balança Mecânica com régua antropométrica Balmak® 150 kg e precisão de 100g, calibrada e instalada em uma superfície afastada da parede, lisa, plana e firme. Posteriormente, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), através da fórmula: peso em kg dividida pela estatura em metros elevada ao quadrado e a classificação seguiu os critérios da *World Health Organization*¹² para adultos (< 60 anos) e da Organização Pan-americana da Saúde¹³ para idosos (≥ 60 anos). As medidas da circunferência do braço (CB) e circunferência da panturrilha (CP) foram realizadas utilizando fita métrica Sanny®, modelo de fibra de vidro circular com trava e posteriormente classificadas¹⁴. Por fim, para os pacientes que tiveram perda de peso não intencional foi calculado o percentual de perda de peso (%PP), classificada pelos parâmetros de Rossi, Caruso e Galante¹⁴. Todos os dados antropométricos foram coletados de acordo com manual de orientações elaborado pelo Ministério da Saúde¹⁵.

Ao final da consulta nutricional, os pacientes receberam prescrição dietética personalizada, orientações nutricionais por escrito, aconselhamento sobre os cuidados com alimentação e o manejo dos sintomas. O retorno para reavaliação do paciente foi agendado com período variando de 15 a 60 dias, a depender do seu diagnóstico nutricional. Na consulta de retorno foi realizada uma nova avaliação antropométrica e repetição da aplicação da ASG-PPP, para acompanhamento da evolução nutricional do paciente. Ao final, todos os pacientes do estudo passaram por dois atendimentos nutricionais. Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o programa Microsoft Excel®, 2019 do Pacote Office e apresentados em tabelas.

A pesquisa seguiu as normatizações éticas instituídas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Regional Integrado de Oncologia e da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEP/ESP/CE), parecer nº 4.848.548.

RESULTADOS

O estudo apresentou um predomínio de pacientes do sexo masculino 66,67% (n = 6), com idade média de 58,7 anos (± 8,69) e variação de 42 e 65 anos. A maioria dos participantes estavam desempregados (55,56%, n = 5), com renda familiar mensal menor que 1 salário-mínimo (88,89%, n = 8), declarando-se como católicos (88,89%, n = 8) e com estado civil casados (44,44%, n = 4). Em relação ao estilo de vida dos indivíduos

avaliados, 77,78% (n = 7) informaram ter sido fumantes e 55,55% (n = 5) foram etilistas. Apenas 3 (33,33%) deles relataram possuir alguma comorbidade, sendo citada exclusivamente a hipertensão (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas, culturais e de estilo de vida dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço

Variável	N	(%)
Gênero		
Masculino	6	66,67
Feminino	3	33,33
Idade (anos)		
< 60 anos	4	44,44
≥ 60 anos	5	55,56
Renda Familiar (SM)¹		
< 1 SM	8	88,89
1-2 SM	1	11,11
Ocupação		
Trabalho remunerado	1	11,11
Desempregado	5	55,56
Aposentado	2	22,22
Outro (auxílio)	1	11,11
Religião		
Católica	8	88,89
Protestante	1	11,11
Estado civil		
Solteiro	3	33,33
Casado	4	44,44
Divorciado	1	11,11
Viúvo	1	11,11
Fatores de risco		
Tabagismo	7	77,78
Etilismo	5	55,55
Hipertensão		
Não	6	66,67
Sim	3	33,33

Fonte: Autoria própria. ¹SM: Salário-mínimo. Valor do salário-mínimo vigente na época da coleta: R\$ 1.100,00.

Os tumores primários com maior predominância estavam localizados na faringe (66,67%, n = 6). A maioria dos pacientes realizaram tratamento neoadjuvante, com radioterapia associada à quimioterapia ou apenas radioterapia com as mesmas frequências (33,33%, n = 3). Foi observado que 55,55% dos pacientes tiveram o primeiro contato com o profissional nutricionista quando já estavam com pelo menos 10 sessões de radioterapia realizadas, tais dados observa-se na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço avaliados, segundo local do tumor, tipo de tratamento e número de sessões

Variável	N	(%)
Local do tumor		
Faringe		
Orofaringe	4	44,44
Hipofaringe	1	11,11
Seio piriforme	1	11,11
Cavidade oral e lábio		
Língua	2	22,22
Laringe	1	11,11
Tipo de Tratamento		
Neoadjuvante		
RT	3	33,33
RT + QT	3	33,33
Adjuvante		
Cirurgia + RT	2	22,22
Cirurgia + RT + QT	1	11,11
Nº de sessões de RT no primeiro atendimento		
1-10	4	44,44
10-20	3	33,33
20-30	2	22,22

Fonte: Autoria própria. RT: Radioterapia; QT: Quimioterapia.

Em relação aos dados antropométricos, segundo IMC, a maior parte dos pacientes 77,78% (n = 7) estavam eutróficos na primeira avaliação. No entanto, em divergência a este indicador, houve prevalência de desnutrição ou risco nutricional através das medidas de CB, %PP e ASG-PPP, como mostrado na tabela 3.

Tabela 3. Comparação e classificação da avaliação antropométrica e da ASG-PPP nos atendimentos nutricionais dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço

Variáveis	Primeiro atendimento		Segundo atendimento	
	N	(%)	N	(%)
Categorias ASG-PPP				
Bem nutrido	1	11,11	3	33,33
Desnutrição moderada	5	55,55	4	44,44
Gravemente desnutrido	3	33,33	2	22,22
IMC				
Baixo peso	1	11,11	2	22,22
Eutrofia	7	77,78	6	66,67
Sobrepeso	1	11,11	1	11,11
CB				
Eutrofia	3	33,33	2	22,22
Desnutrição leve	3	33,33	2	22,22
Desnutrição mod.	2	22,22	4	44,44
Desnutrição grave	1	11,11	1	11,11
CP				
Eutrofia	7	77,78	6	66,67

Desnutrição	2	22,22	3	33,33
%PP				
Média ± DP	10,86 ± 10,57	-	4,3 ± 4,72	-
Grave	4	44,44	3	33,33
Significativa	4	44,44	3	33,33
Sem mudanças	1	11,11	0	0
Ganho de peso	0	0	3	33,33

Fonte: Autoria própria. AGS-PPP: Avaliação global subjetiva produzida pelo próprio paciente; IMC: Índice de Massa Corporal; CB: Circunferência do Braço; CP: Circunferência da Panturrilha; %PP: Percentual de Perda de Peso.

Os principais sintomas citados pelos pacientes no primeiro atendimento nutricional foram: Dor 25% (n = 6) e Problemas para engolir 25% (n = 6). No segundo atendimento, observou-se redução nas queixas sintomáticas, mas o sintoma Problemas para engolir continuou a predominar com 27,78% (n = 5) e o segundo mais citado, Boca seca com 22,22% (n = 4), como mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Sintomas mais prevalentes nos dois atendimentos nutricionais dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço

Sintomas	Primeiro atendimento		Segundo atendimento	
	N	(%)	N	(%)
Sem problemas na alimentação	2	8,33	1	5,55
Náusea	1	4,17	1	5,55
Vômito	2	8,33	1	5,55
Feridas na boca	3	12,50	2	5,55
Boca seca	1	4,17	4	22,22
Alimentos tem gosto estranho ou não tem gosto	3	12,50	1	5,55
Rapidamente satisfeito	-	-	1	5,55
Dor	6	25	2	11,11
Problemas para engolir	6	25	5	27,78

Fonte: Autoria própria.

Tabela 5. Relação entre o número de sintomas apresentados pelos pacientes nos dois atendimentos

Número de sintomas	Primeiro atendimento		Segundo atendimento	
	N	%	N	%
0-1 sintomas	2	22,22	5	55,56
≥ 2 sintomas	7	77,78	4	44,44

Fonte: Autoria própria.

Diante dos sintomas apresentados, observamos que inicialmente 77,78% (n = 7) possuíam pelo menos dois sintomas e no segundo atendimento, constatamos a redução de sintomas, uma vez que a maioria dos pacientes 55,56% (n = 5) relataram ter nenhum ou apenas um sintoma (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os cânceres de cabeça e pescoço se apresentam com predominância no gênero masculino, na quinta década de vida^{1,2}. Neste estudo, a incidência dominante em pacientes masculinos e idade média de 58,7 ± 8,69 anos, se assemelha aos resultados de estudos análogos, onde a média de idade da população foi entre 57 e 59,5 anos^{16,17}. No que tange as características socioeconômicas, a maioria estava desempregada e com renda familiar inferior a um salário mínimo. Os estudos que utilizaram a ocupação como indicador socioeconômico

identificaram maior razão de chances de câncer para estes grupos populacionais mais desprivilegiados¹⁸, e relacionam níveis socioeconômicos baixos com a precariedade na assistência de saúde e realização de higiene inadequada¹⁹.

Vários fatores de risco contribuem para o aparecimento do câncer de cabeça e pescoço, porém o tabaco e o álcool permanecem como os principais agentes etiológicos para a doença e, para aqueles que fumam e bebem, apresentam risco 30 vezes maior^{1,20}. Pootz e colaboradores²¹ relatam que dos seus participantes, 88% eram tabagistas e 56% eram etilistas, dados que corroboram com o estudo.

A localização do tumor causa dificuldades de deglutição e passagem dos alimentos, gerando risco de deficiência nutricional nestes pacientes⁴. Neste estudo, a localização do tumor predominou na região da faringe, seguido pela cavidade oral e laringe, prevalências também observadas em outros estudos^{16,17}. Porém diferem do cenário mundial e brasileiro, onde os tipos com maior incidência e mortalidade são os de cavidade oral e lábio, seguidos do câncer de laringe^{2,20}.

O tratamento pode ser realizado por meio de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, utilizados de forma isolada ou associados. Observamos neste e no estudo de Lima e colaboradores²², que houve predomínio de radioterapia associada ou não à quimioterapia e 33,33% informaram terem submetido à cirurgia como forma primária de tratamento oncológico. Todas estas modalidades terapêuticas apresentam forte impacto na funcionalidade dos pacientes, comprometendo a capacidade de oferta nutricional e influenciando no estado nutricional^{5,20}. A radioterapia, associada ou não à quimioterapia, pode causar efeitos colaterais transitórios e muito limitantes, que desaparecem no final do tratamento. Já a cirurgia pode causar mutilações permanentes, perda de órgãos e/ou alterações em suas funções²⁰.

No que se refere ao estado nutricional, antes do aconselhamento dietético, houve predomínio de desnutrição ou risco nutricional quando aferidos pelos índices antropométricos de CB, %PP e ASG-PPP. Estudos realizados com pacientes em tratamento oncológico^{17,22}, apresentaram em sua maioria algum grau de desnutrição, seja, desnutrição moderada ou grave, e sofreram uma perda significativa de peso não intencional²². Para a CB, 66,67% dos pacientes foram classificados com algum grau de desnutrição e quando comparado a literatura, identifica-se que a circunferência braquial foi preditor de identificação de desnutrição na maioria da população estudada^{17,23}.

Foi constatado diferença de classificação ao comparar os resultados anteriores com o IMC. Deste modo, considerando a classificação para idade, a desnutrição não apontou prevalência como indicado na ASG-PPP, pois prevaleceu a eutrofia em 77,78% dos pacientes. O mesmo foi identificado em outros estudos^{17,22,23}, o que nos alerta a importância do uso de outros instrumentos antropométricos, que não apenas o IMC, e a associação deles para fornecer diagnósticos nutricionais mais precisos.

Sendo uma das maiores preocupações, a perda de peso foi observada neste estudo e por outro²⁴, por mais de 85% dos pacientes, podendo ser iniciada desde o diagnóstico e perdurar até 3 meses após o término do tratamento²⁴. Foi visto no primeiro atendimento, que a média de perda de peso em seis meses foi de 10,86% ($\pm 10,57$) e independentemente de apresentar IMC em eutrofia, a perda de peso não intencional de 10% ou mais nos últimos seis meses pode levar a uma série de problemas, como fraqueza muscular, risco de infecção aumentado, resposta reduzida ao tratamento e aumento da mortalidade²⁵. Cacicedo e colaboradores²⁶ concluíram que a localização do tumor e o uso de radioterapia foram fatores de risco independentes para perda ponderal nestes pacientes, pois pesquisa que incluiu tumores em outros locais durante a radioterapia, a perda ponderal média foi significativamente maior nos pacientes com tumores de cabeça e pescoço.

Estudos expõem que a perda involuntária de peso está associada ao aumento da toxicidade do tratamento por serem fatores que interferem na alimentação^{16,17}. Nesta pesquisa, no primeiro atendimento, os pacientes que apresentaram no mínimo dois sintomas (77,78%) tiveram média de %PP de 13,35%. Na consulta de retorno, 55,56% dos pacientes relataram ter nenhum ou um sintoma e destes, a média de %PP foi de 1,06% e os demais (44,44%) que apresentaram pelo menos dois sintomas, teve média de 8,40%. Destaca-se ainda

que 33,33% já haviam terminado o tratamento radioterápico no segundo atendimento e estes obtiveram ganho de peso.

Dentre os sintomas assinalados, os mais frequentes foram dor, problemas para engolir e boca seca, assemelhando-se a um estudo realizado¹⁷. A sensação de boca seca é referida constantemente pelos pacientes de câncer de cabeça e pescoço durante e ao final do tratamento radioterápico¹⁶. A dor é um sintoma comum em portadores de câncer²⁷ e pode ser resultante de efeitos do tumor ou por complicações do tratamento e dessa forma, causar impacto na qualidade de vida²⁸.

Com o propósito do acompanhamento nutricional dos pacientes da pesquisa, realizou-se duas avaliações nutricionais. Através da monitoração das medidas de CB e CP não houveram mudanças significativas de classificação entre os atendimentos. Da mesma forma, no ensaio clínico²¹ que, apesar de não gerarem resultados significativos ao serem comparadas, mostraram a gradual diminuição dessas medidas. Já ao avaliar outros parâmetros, foi visto que o número de pacientes eutróficos aumentou segundo ASG-PPP, que houve redução na média de %PP e diminuição das queixas sintomáticas.

Estudos sobre os efeitos do aconselhamento dietético no estado nutricional deste grupo de pacientes submetidos a radioterapia, relataram efeitos positivos sobre o estado nutricional, apresentando menor perda ou manutenção do peso corporal em pacientes que receberam aconselhamento versus nenhum aconselhamento²⁹. O manejo nutricional nestes indivíduos desempenha papel importante e contribui para o sucesso do tratamento e sobrevida dos pacientes, destacando a importância do estado nutricional para planejamento de um plano nutricional individualizado, que deve ser elaborado por um nutricionista⁶.

Diretrizes sobre o manejo nutricional em pacientes com câncer de cabeça e pescoço recomendam oferecer avaliação antes de qualquer tratamento, pois a intervenção visa melhorar, manter ou reduzir o declínio no estado nutricional destes pacientes que possuem ou estão em risco de desnutrição, ou mesmo os identificados como bem nutridos, pois o tratamento pode impactar em seu futuro estado nutricional devendo receber avaliação dietética e intervenção em qualquer estágio da doença²⁵.

Sabendo da importância da terapia nutricional nos pacientes oncológicos, o ambulatório de nutrição onde o estudo foi realizado passou por mudanças em seu protocolo de atendimento para os pacientes de cabeça e pescoço em específico, e iniciaram o acompanhamento nutricional antes do tratamento com radioterapia. Diante disto, tivemos impacto no tamanho da amostra da pesquisa e isto foi limitante e dificultou a avaliação dos resultados. No entanto, deixamos evidente que a avaliação e intervenção nutricional são componentes integrais do tratamento do câncer de cabeça e pescoço, indispensável para preservar o estado nutricional e permitir o bom funcionamento dos sistemas orgânicos vitais.

CONCLUSÃO

O acompanhamento do estado nutricional dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço contribui para evitar o avanço da desnutrição e na recuperação do estado nutricional, minimizando os efeitos causados pela doença e pelo tratamento. Houve aumento do número de pacientes eutróficos segundo ASG-PPP, redução na média de %PP e diminuição das queixas sintomáticas. A avaliação nutricional deve ser individualizada e seguir um protocolo para melhor assistência nutricional, incluindo triagem de risco nutricional associada a medidas antropométricas variáveis.

REFERÊNCIAS

1. Chaves ALF, Santos M, Quintanilha MA, Barreira CESR. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: Santos M, Corrêa TS, Faria LDBB, Siqueira GSM, Reis PED, Pinheiro RN. Diretrizes Oncológicas 2. ed. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica, 2019:53-70.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. [online] Rio de Janeiro: INCA, 2019. [citado 27 Jan 2021]. 120 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.

3. Baiocchi O, Sachs A, Magalhães LP. Aspectos Nutricionais em Oncologia. São Paulo: Atheneu, 2018.
4. van Wayenburg CAM, Rasmussen-Conrad E, van den Berg MGA, Merckx MAW, van Staveren WA, van Weel C et al. Weight loss in head and neck cancer patients little noticed in general practice. *Journal of Primary Health Care*. 2010;2(1):16-21.
5. Mahan LK, Raymond JL. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
6. Müller-Richter U, Betz C, Hartmann S, Brands RC. Nutrition management for head and neck cancer patients improves clinical outcome and survival. *Nutrition Research*. 2017;48:1-8. DOI: 10.1016/j.nutres.2017.08.007.
7. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2013. 136p. ISBN 978-85-7318-213-6.
8. Miola TM, Pires FRO. Nutrição em Oncologia. 1 ed. Barueri: Manole, 2020.
9. Döbrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: Magnitude of the problem. *Cancer and Metastasis Reviews*. 2005;24(1):9-17. DOI: 10.1007/s10555-005-5044-4.
10. Buzaid AC, Maluf FC, William Jr. WN, Barrios CH. Manual de Oncologia Clínica do Brasil. Tumores Sólidos: Cabeça e Pescoço [online]. São Paulo: 2021. [citado 05 Mar 2021]. Disponível em: <https://mocbrasil.com/moc-tumores-solidos/cabeça-e-pescoco/>.
11. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Rev Bras Nutr Clin*. 2010; 25(2):102-8.
12. World Health Organization. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1995.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar [online]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud. Jamaica: OPAS, 2002. [citado 05 Mar 2021]. Disponível em: <<https://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>>.
14. Rossi L, Caruso L, Galante AP. Avaliação Nutricional: novas perspectivas. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 412 p. ISBN: 978-8527727532.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. ISBN 978-85-334-1813-4.
16. Neoh MK, Zaid ZA, Daud ZAM, Yusop NBM, Ibrahim Z, Rahman ZA et al. Changes in Nutrition Impact Symptoms, Nutritional and Functional Status during Head and Neck Cancer Treatment. *Nutrients*. 2020;12(5):1-16. DOI: 10.3390/nu12051225.
17. Secchi KR, Ascari RA, Ceconello F, Lutinski JA, Tiepo D, Buzzetti J et al. Estado nutricional de pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço em tratamento oncológico em um hospital público do oeste catarinense. *Research, Society and Development*. 2021;10(5):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15294>.
18. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(2):615-622.
19. Xavier HV, Rodrigues ALG, Tourinho LHP, Souza CS de. Características epidemiológicas do câncer oral no estado do Acre. *Braz. J. of Develop*. 2020;6(10):80491-507. DOI: 10.25248/REAS.e10058.2022.
20. Araújo VV de, Lima F, Lopes RA, Pereira MC. Instrumentos para avaliação da funcionalidade de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(4):1-8.
21. Pootz SC, Boff DC, Canuto R, Brollo J, Silva ACP da. Aconselhamento Nutricional em Pacientes com Câncer de Cabeça, Pescoço e Esôfago em Tratamento (Químio)Radioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020;665(1):1-10. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.531.
22. Lima KCM de, Soares AA, Alves CX, Silva LC da, Silva LGS da. Avaliação nutricional de pacientes ambulatoriais em quimiorradioterapia acometidos com câncer de cabeça e pescoço. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(5): 22152-61. DOI:10.34119/bjhrv4n5-313.
23. Medeiros FPP, Martinez CE, Cardoso SS. Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento oncológico. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2016;23(4):43-47.
24. Arribas L, Hurtós L, Taberna M, Peiró I, Vilajosana E, Lozano A et al. Nutritional changes in patients with locally advanced head and neck cancer during treatment. *Oral Oncol*. 2017;71:67-74. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2017.06.003.
25. Talwar B, Donnelly R, Skelly R, Donaldson M. Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2016;130(Suppl)2:32-40. DOI: 10.1017/S0022215116000402.
26. Cacicedo J, Casquero F, Martinez-Indart L, del Hoyo O, Iturriaga AG de et al. A prospective analysis of factors that influence weight loss in patients undergoing radiotherapy. *Chin J Cancer*. 2014;33(4):204-10. DOI: 10.5732/cjc.013.10009.

27. Farias MV, Bezerra AMS. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos de um hospital público do Ceará, Brasil. *Cadernos ESP*. [online]. 2021 [citado 18 Maio 2022];15(1):31-6. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/528](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/528).
28. Vieira C, Brás M, Fragoso M. Opióides na dor oncológica e o seu uso em circunstâncias particulares: uma revisão narrativa. *Acta Medica Portuguesa*. 2019;32(5):388-99. DOI: 10.20344/amp.10500.
29. Langius JAE, Zandbergen MC, Eerenstein SEJ, van Tulder MW, Leemans CR, Kramer MHH et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: a systematic review. *Clinical Nutrition*. 2013;32(5):671–8. DOI: 10.1016/j.clnu.2013.06.012.