



Carolina Alves Bento

Qualidade de Vida
e estado nutricional de doentes
com tumores da cabeça e pescoço

Setembro de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Carolina Alves Bento

Qualidade de vida e estado nutricional de doentes com tumores da cabeça e pescoço

Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, 2017

Na capa,
ALMADA NEGREIROS. [Autorretrato]. Sem data. Tinta da China sobre papel.
Coleção particular em depósito no Museu Calouste Gulbenkian – Coleção Moderna.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOCFG, EPE) – com uma palavra especial ao Serviço de Nutrição - pelo apoio e incentivo e por proporcionarem as condições que permitiram que este trabalho de investigação fosse desenvolvido.

A todos os participantes, sem exceção. A sua disponibilidade, interesse e sugestões ajudaram a superar preconceitos e irão contribuir para que outros, em idênticas circunstâncias, possam usufruir de um serviço de saúde mais abrangente e ainda mais humano

– esta é a sua esperança e a minha convicção.

RESUMO

Os tumores da cabeça e pescoço desenvolvem-se na proximidade ou emanam de estruturas vitais relacionadas com a respiração, a comunicação e a alimentação e os passos necessários para erradicar ou controlar a doença podem causar um conjunto acrescido de sintomas e toxicidades. Esta carga física, juntamente com uma condição psicossocial fragilizada, pode ter um forte impacto no estado de saúde e nutricional e no bem-estar geral e qualidade de vida. Por outro lado, a desnutrição é reconhecida como um importante preditor da qualidade de vida dos doentes oncológicos, em particular dos doentes com tumores da cabeça e pescoço. Apesar deste reconhecimento, a avaliação da qualidade de vida e do estado nutricional, com recurso a instrumentos validados para o efeito, não é frequente na prática clínica

Neste estudo investigamos de que forma pode o percurso terapêutico influenciar a qualidade de vida e o estado nutricional de doentes com tumores da cabeça e pescoço sob quimioterapia e radioterapia concomitantes. Numa segunda linha de pesquisa, procuramos conhecer como se relaciona o estado nutricional com a qualidade de vida do doente.

O estado nutricional, a qualidade de vida relacionada com a saúde e a perceção do estado de saúde foram avaliados no primeiro e no último dia de quimiorradioterapia e 1,5 meses depois. Foram aplicadas escalas validadas para doentes oncológicos: a ‘Patient Generated-Subjective Global Assessment’ (PG-SGA) para a avaliação do estado nutricional e a escala da ‘European Organization for Research and Treatment of Cancer’ (EORTC QLQ-C30) e o seu módulo específico para os tumores da cabeça e pescoço (EORTC QLQ - H&N35) na avaliação da qualidade de vida. Para a avaliação do estado de saúde auto-percecionado foi utilizado o instrumento do grupo EuroQoL (EQ 5D-5L).

No estudo da qualidade de vida, em determinadas dimensões, foram encontradas diferenças com significado estatístico e clínico na distribuição dos doentes de acordo com o seu estado nutricional, com uma tendência favorável aos doentes com melhor condição nutricional.

Este trabalho contribuiu para a demonstração de que a recolha de informação relativa à qualidade de vida e estado nutricional, com recurso a instrumentos validados para o efeito, é possível, exequível e frutífera. A sua integração na prática diária é desejável e pode proporcionar melhores resultados em saúde.

ABSTRACT

Tumors of the head and neck develop close to or arise from structures related to breathing, communication and feeding and the steps to eradicate or control this disease may add an important set of symptoms and toxicities. This physical impairment, coupled with a fragile psychosocial environment, may have a relevant impact on health and nutritional status and on overall well-being and quality of life. On the other hand, malnutrition is an important predictor of the quality of life of cancer patients, in particular those with head and neck cancers. Despite this recognition, quality of life and nutritional status assessment using validated instruments is not frequent in clinical practice

In this study, we investigated how does the therapeutic course influence quality of life and the nutritional status of patients with tumors of the head and neck undergoing chemoradiotherapy. On a second line of research, we sought to know how does the nutritional status relate to the patient's quality of life.

Nutritional status, health-related quality of life, and health status were assessed on the first and last day of chemoradiotherapy and 1.5 months later. Scales validated for cancer patients were used: for the evaluation of nutritional status, the Patient Generated-Subjective Global Assessment (PG-SGA) was used and for a quality of life assessment the European Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaire (EORTC QLQ-C30) and the specific module for head and neck tumors (EORTC QLQ - H & N35) were used. The EuroQoL group scale (EQ 5D-5L) was used to assess self-perceived health status.

Regarding quality of life, differences with statistical and clinical significance were found in the distribution of patients according to their nutritional status, favouring patients with better nutritional scores.

The collection of information regarding quality of life and nutritional status, using validated instruments, is possible, feasible and provides plenty of information. Its integration into daily practice is recommended and can provide better health outcomes.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Oncologia	3
a) Origem, características e especificidades	3
b) Interesse da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde	3
2. A qualidade de vida de doentes com tumores da cabeça e pescoço	4
a) Um perfil do doente	4
b) Os tumores da cabeça e pescoço - características, etiologia, prognóstico.....	4
c) Impacto da doença e da terapia oncológica na qualidade de vida	6
3. Medição da qualidade de vida relacionada com a saúde	7
a) Instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .	7
b) Evolução da qualidade de vida de doentes com tumores da cabeça e pescoço	13
c) Desafios na medição da qualidade de vida na patologia da cabeça e pescoço	14
4. Nutrição e Oncologia.....	16
a) Estado nutricional e cancro.....	16
b) A natureza, a prevalência e o efeito da desnutrição nos doentes oncológicos.	17
c) Rastreio da desnutrição e avaliação do estado nutricional.....	19
d) Desafios nutricionais nos doentes com tumores da cabeça e pescoço.....	22
e) O impacto dos tratamentos no estado nutricional	24
f) Intervenção nutricional e resultados em saúde	27
5. O estado nutricional é um dos determinantes da qualidade de vida.....	29
6. Qualidade de vida, estado nutricional e organização das Instituições de Saúde .	32
Objetivos.....	37
Metodologia.....	39
Discussão	59
Conclusão	65
Referências bibliográficas	67

INTRODUÇÃO

If we want to discover what man amounts to, we can only find it in what men are: and what men are, above all other things, is various. It is in understanding that variousness – its range, its nature, its basis, and its implications – that we shall come to construct a concept of human nature that, more than a statistical shadow and less than a primitivist dream, has both substance and truth.

Clifford Geertz: Religion as a Cultural System, in Clifford Geertz, The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books 1973, 107-8.

O conceito de sobrevivência com cancro é complexo. A experiência é única e individual, mas alguns aspetos, que podem variar com o tempo e que alteram o percurso de vida, serão universais. As consequências de um diagnóstico de cancro podem ser de natureza física, psicológica, social e espiritual (1), podendo existir aspetos positivos e negativos associados. De todas as formas, do diagnóstico em diante, o doente irá certamente conviver, no mínimo, com a incerteza.

Nos países desenvolvidos, o cancro é atualmente classificado como uma doença crónica e os doentes oncológicos poderão viver, de facto, vidas mais longas – mas não forçosamente mais saudáveis. Uma atitude na gestão da doença que reflita este novo paradigma é necessária.

O diagnóstico de cancro leva a uma “interrupção biográfica” onde o doente é forçado a reavaliar a sua vida (2). De facto, este diagnóstico ainda carrega uma mensagem associada a fatalidade, apesar de toda a inovação e progresso a que assistimos em Oncologia.

Até recentemente, era relativamente fácil as pessoas abdicarem da responsabilidade sobre a sua saúde pela simples natureza, estrutura e costumes dos serviços. Mudanças no clima social, financeiro e político, sentidas nos últimos anos, poderão significar maior responsabilidade e contributo que o próprio doente pode dar em vários aspetos da sua saúde. Sempre que possível, a utilização de técnicas de autoavaliação e autogestão deve ser incentivada de modo a promover a satisfação e a independência (3). Uma melhor literacia, não só em saúde, é fundamental neste processo.

O sobrevivente de cancro tem necessidades múltiplas, mas estas devem ser acompanhadas de uma mudança cultural na sociedade em direção a um cuidado e suporte com maior enfoque na recuperação, na saúde e no bem-estar – em todas as suas aceções.

É reconhecida a necessidade de serviços de suporte e reabilitação, por parte dos doentes oncológicos, ao longo do seu percurso de cuidados (4). Estas necessidades, onde

podemos incluir a Nutrição, são muitas vezes negligenciadas ficando os doentes sem acesso a uma avaliação e intervenção adequadas.

Uma visão mais generosa e abrangente facilitará uma prestação de cuidados mais completos, mais inclusivos e mais humanos.

Esta tese debruça-se sobre uma constelação de aspetos – a qualidade de vida, o estado nutricional, a doença e o percurso terapêutico – e, tentando mapear algumas relações, espera contribuir para estas áreas de conhecimento.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Oncologia

a) Origem, características e especificidades

As últimas quatro décadas assistiram ao desenvolvimento de uma nova tecnologia em medicina baseada inteiramente no relato, feito pelo próprio doente, de sintomas e estado funcional. Os primeiros investigadores neste campo designaram os resultados desta autoavaliação como “estado de saúde” ou medição de “resultados em saúde”. Doentes e população em geral poderiam ser objetos desta avaliação.

Gradualmente, o trabalho dedicado a indivíduos doentes passou a ser designado por “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QVRS) para o distinguir da qualidade de vida (QV) da população em geral, uma vez que esta última depende também de fatores não relacionados com a saúde. A QVRS corresponde a uma avaliação multidimensional que inclui, pelo menos, domínios físicos, emocionais (ou psicológicos) e sociais, podendo incluir outros domínios como a função cognitiva, sexualidade e espiritualidade (5).

Nesta dissertação, por uma questão de simplicidade, utilizaremos os termos QVRS e QV de modo interconvertível.

b) Interesse da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde

A oncologia é um terreno fértil para a investigação na área da QVRS. O doente oncológico experiencia múltiplos sintomas e perda de capacidades funcionais. Alguns dos sintomas e funções não são mensuráveis com testes laboratoriais ou técnicas imagiológicas, sendo os relatos dos próprios doentes essenciais. Exemplos são a função de desempenho e social, a sensação de bem-estar, a dor, a fadiga e a QV global.

A multiplicidade de cenários de medição da QV em oncologia é uma realidade, podendo esta decorrer num contexto de prevenção primária e secundária, de terapia adjuvante ou de terapia primária, esta com intenção curativa. Pode ainda desenrolar-se também durante a terapia paliativa da doença metastizada ou durante o suporte de fim de vida. Em todos os casos, pode assumir uma função de previsão e prognóstico (5).

A pesquisa e avaliação da QVRS poderá sinalizar indicadores com potencial para guiar a otimização dos cuidados e terapia prestados e estratificar os doentes em categoria de risco. A aplicação planeada de questionários validados e a análise dos resultados em saúde relatados pelos doentes podem ser a única forma de identificação sistemática de dificuldades físicas, psicológicas e sociais (6,7).

A QVRS poderá não superar um resultado eminentemente clínico, como o controlo da doença ou a sobrevivência, mas poderá corresponder a um valor acrescentado aos resultados clínicos habituais, ou seja, poderá suportar os resultados biomédicos ou proporcionar descrições melhoradas das experiências de tratamento de doentes com cancro (5).

2. A qualidade de vida de doentes com tumores da cabeça e pescoço

a) Um perfil do doente

Nos doentes com tumores da cabeça e pescoço, nos quais o impacto da doença e dos tratamentos assume formas particulares, podemos dizer que a avaliação da QVRS se reveste de particular importância. O estágio da doença, o seu local anatómico, as características e implicações da terapia oncológica podem ser preditores da qualidade de vida naturais e gerais, mas outros fatores serão menos previsíveis e mais individuais (8).

O doente com um tumor da cabeça e pescoço é, frequentemente, desfavorecido e de um baixo nível socioeconómico, com a sua rede social fragilizada pela incapacidade para trabalhar. A sua disfunção física e os resultados psicológicos de uma doença e tratamento lesantes podem conduzir a solidão e autoisolamento, com prejuízo da QV (9).

Alguns doentes poderão apresentar muito baixa autoestima e alguma relutância em indicar e discutir as suas dificuldades (10). Os doentes com TCP apresentam, com frequência, dificuldades concretas em comunicar os seus problemas verbalmente e poderão não estar seguros quanto ao que será apropriado questionar durante uma consulta, alguns deles por não querer ser um fardo adicional para o profissional de saúde (11,12).

Desta forma, parece quase inevitável que os problemas dos doentes com esta patologia não sejam devidamente reconhecidos.

b) Os tumores da cabeça e pescoço - características, etiologia, prognóstico.

A expressão “tumores da cabeça e pescoço” descreve qualquer tumor que se desenvolva nas vias aerodigestivas superiores, incluindo regiões como a cavidade oral ou os seios nasais e órgãos como a faringe, a laringe ou a língua (figura 1). O grupo coletivo dos tumores da cabeça e pescoço (TCP), embora heterogéneo na localização, origina-se com frequência num tipo de células das superfícies epiteliais, designadas por células escamosas (13).

Em todo o mundo, os TCP atingem mais de 550 000 indivíduos, sendo responsáveis por 380 000 mortes por ano (14). Na Europa, o cancro da cabeça e pescoço é o sétimo

tipo de cancro mais comum. A sua prevalência ronda os 250 000 casos ou 4% da incidência de cancro, tendo causado 63 500 mortes em 2012 (15). Em Portugal, registam-se anualmente mais de 1800 novos casos de carcinomas da cabeça e pescoço. Agrupando diferentes localizações (laringe, faringe, cavidade oral e nasofaringe), os TCP constituem a quarta patologia com maior incidência em indivíduos do sexo masculino, matando três portugueses por dia (16).

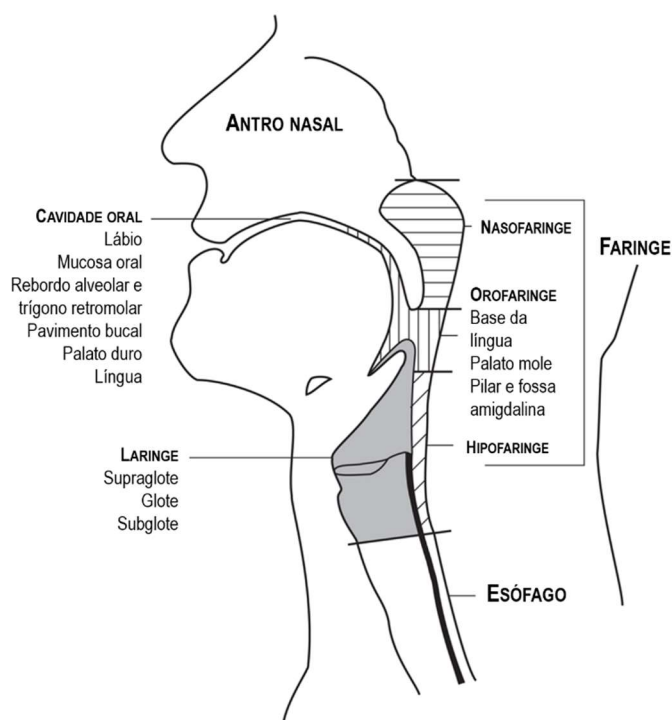


Figura 1: localizações anatómicas da cabeça e pescoço (adaptado de Ridge *et al*, 2008) (18).

Os homens são significativamente mais afetados do que as mulheres, com razões a oscilar entre os 2:1 e os 4:1 (13). Os TCP correspondem a metade dos casos de cancro do pulmão, mas são duas vezes mais comuns que o cancro do útero (17).

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, isolados ou em sinergia, são os fatores etiológicos mais comuns, sendo responsáveis por 75% dos tumores primários e secundários da cabeça e pescoço (14,19). Fatores etiológicos mais específicos e menos reconhecidos pela população em geral são a exposição solar e idade superior a 40 anos bem como o Vírus do Papiloma Humano (HPV) o qual pode constituir um fator relevante na oncogénese dos tumores de cabeça e pescoço (20).

Uma formação sólida no pescoço, dor ao engolir e rouquidão ou alteração da voz são sintomas comuns desta patologia. Congestão nasal persistente e perda auditiva são sinais que também merecem atenção (16).

No estudo “About Face”, realizado pela Sociedade Europeia do Cancro da Cabeça e Pescoço em sete países europeus (França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Reino Unido), 75% dos inquiridos desconheciam a doença, o número de pessoas afetadas, os fatores de risco, as regiões do corpo atingidas e a sua sintomatologia. Este desconhecimento pode atrasar o diagnóstico e, conseqüentemente, os tratamentos (20).

De facto, apesar da sua gravidade e prevalência na sociedade, a sensibilização para os TCP ainda não é suficiente e os resultados e prognóstico são pouco satisfatórios. 60% das pessoas com TCP apresentam doença localmente avançada no diagnóstico e 60% das pessoas diagnosticadas em estágio avançado morrem da doença no espaço de cinco anos. Para os doentes diagnosticados nos estádios iniciais da doença a taxa de sobrevivência ronda os 80-90% (17).

O momento de diagnóstico da doença tem grande importância e relaciona-se com a sobrevivência dos doentes. O facto de grande parte dos TCP ser diagnosticada já numa fase avançada, conduz à necessidade de terapêuticas mais agressivas e compromete a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes.

Os efeitos colaterais associados aos tratamentos na patologia oncológica da cabeça e pescoço são um fator major a ter em consideração na otimização da qualidade de vida dos doentes (8).

c) Impacto da doença e da terapia oncológica na qualidade de vida

Os TCP desenvolvem-se na proximidade ou emanam de estruturas vitais à qualidade de vida (a língua, a laringe, a mandíbula, por exemplo). O envolvimento destas estruturas e os passos necessários para erradicar a doença podem causar um espectro alargado de toxicidades.

Os problemas e toxicidades mais básicas relacionam-se com a respiração, comunicação e alimentação. A respiração e a comunicação podem ser prejudicadas por tumores volumosos, dano neuromuscular secundário ao crescimento tumoral ou por uma laringe e/ou faringe edemaciadas. A alimentação pode ser comprometida por alterações na deglutição (disfagia e odinofagia), disgeusia/ageusia, anorexia, xerostomia, trismus, mucosite, náuseas e vômitos.

Para além destas limitações, os doentes poderão experienciar toxicidade cutânea provocada pela radiação e pela quimioterapia (cetuximab), neurotoxicidade proveniente de agentes citostáticos (cisplatina) e da RT e complicações dentárias causadas pela RT, em particular a dirigida à mandíbula, osso maxilar e glândulas salivares.

A dor orofacial é outro problema frequente no doente com TCP. Trata-se de uma dor contínua, persistente e inespecífica, que se pode dever à inflamação tecidual ou isquemia ou comprometimento de um nervo, por invasão tumoral de estruturas adjacentes (pele, músculos da mastigação, osso, articulação temporomandibular), podendo não ser visíveis alterações dentárias ou da mucosa. Outros fatores que podem contribuir para a dor orofacial, para além do dano induzido pelo próprio tumor, incluem a ocorrência de infeção e a cicatrização (cirúrgica ou não cirúrgica) bem como a mucosite, frequente durante a RT concomitante ou não com a QT (21).

Uma revisão sistemática da literatura que incluiu mais de 3000 doentes com patologia da cabeça e pescoço concluiu que a dor estava presente em cerca de 50% dos pacientes, antes de qualquer tratamento. Durante o tratamento, cerca de 80% dos doentes apresentam queixas algicas e, embora o tratamento oncológico possa contribuir para algum alívio da dor, 36% dos doentes ainda apresentavam queixas seis meses depois de concluída a terapia (21).

O sucesso no alívio ou tratamento da dor determina a necessidade de nutrição por via de uma sonda e a capacidade para realização de todos tratamentos propostos.

O tratamento dos tumores da cabeça e pescoço progrediu substancialmente nas duas últimas décadas. Em muitos casos, foi possível substituir o tratamento cirúrgico por radioterapia e, mais recentemente, foi possível obter benefício adicional com formas mais sofisticadas deste tratamento, como a radioterapia de intensidade modulada, e com a combinação da radioterapia com quimioterapia (22).

A quimioterapia e radioterapia concomitantes estão associadas a um conjunto único de efeitos secundários e toxicidades a curto e longo prazo, proibitivos em doentes com comorbilidades e pior *performance status*, mas tornou-se o tratamento definitivo de muitos doentes com patologia avançada da cabeça e pescoço, com boas taxas de sobrevivência específicas e controlo locorregional (23).

3. Medição da qualidade de vida relacionada com a saúde

a) Instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Nos últimos quarenta anos, foi desenvolvido um grande número de instrumentos de medição de resultados em saúde, seja de estado de saúde ou qualidade de vida relacionada com a saúde seja de avaliação e satisfação com os cuidados, e tem crescido a sua utilização em investigação e na prática clínica.

Em 2014, Heutte *et al* reviram alguns dos instrumentos validados e disponíveis para avaliar a QVRS de doentes com TCP. Algumas destas escalas eram categorizadas como genéricas, avaliando a qualidade de vida e o estado de saúde independentemente da patologia de base e permitindo a comparação entre doentes com diferentes patologias e com controlos saudáveis. As escalas diziam-se específicas quando se dedicavam a uma doença (o cancro ou o cancro da cabeça e pescoço, por exemplo), a um sintoma (fadiga, depressão, xerostomia ou disfagia, por exemplo) ou a uma modalidade de tratamento (cirurgia ou radioterapia, por exemplo), sendo por este motivo mais sensíveis a variações clínicas e aos efeitos de um tratamento (9).

Para se considerar validada, uma escala deve cumprir um conjunto de requisitos.

Validade – capacidade para medir o que se pretende medir.

Fiabilidade – estabilidade ou reprodutibilidade de um procedimento de medição para produzir a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado.

Sensibilidade – capacidade para detetar alterações ao longo do tempo, em particular em ambos os extremos da variação.

Quando uma escala validada sofre uma alteração de conteúdo ou de estrutura ou é traduzida para outra língua é necessária uma validação complementar (24).

Os questionários de autoadministração são mais sensíveis comparativamente aos preenchidos por um profissional de saúde ou familiar. Estes instrumentos devem ser bem aceites pela população em estudo de modo a maximizar a taxa de resposta e o número de itens respondido (e, assim, de domínios avaliados). Devem ser de preenchimento tão rápido quanto possível (25).

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam escalas de avaliação da QV e estado de saúde genéricas, específicas para o cancro e específicas para os TCP. É indicada a designação da escala, o autor e referência, as dimensões/itens avaliados e a existência de versão portuguesa validada e com os respetivos autores e referência.

Tabela 1: seis instrumentos genéricos para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Estado de Saúde.

Escala Autor (referência)	Dimensões ou itens avaliados	Versão portuguesa Autor (referência)
SF-36 v2 , <i>MOS Short Form Health Survey 36 Item v2</i> Ware JE (26)	8 dimensões: função e desempenho físico, dor, saúde global, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.	SF-36 v2 <i>Questionário de estado de saúde (SF-36v2)</i> Ferreira PL (27,28)
SIP 68 , <i>Sickness Impact Profile</i> Bruin A; Diederiks J; de Witte L <i>et al</i> (29)	Itens: autonomia somática, controlo da mobilidade, autonomia física e comunicação, comportamento social, estabilidade emocional	SIP 68 <i>Impacto das Consequências da Doença - 68 itens</i> Santos, I; Gil J (30)
WHOQOL-100 , <i>World Health Organization Quality of Life Instruments</i> WHOQOL Group (31)	7 dimensões: faceta geral, física, psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/religião/crenças pessoais.	WHOQOL-100 <i>Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde</i> Canavarro, MC <i>et al</i> (32)
NHP , <i>Nottingham Health Profile</i> Hunt SM (33)	6 dimensões: mobilidade física, dor, energia, reações emocionais, sono, isolamento social.	NHP <i>Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) v2</i> Ferreira, PL; Melo, E (34)
EUROHIS-QOL-8 , <i>QOL measure</i> Power M (35)	Multidimensional, 8 itens.	EUROHIS-QOL-8 <i>Indicador de Qualidade de Vida</i> Pereira M <i>et al</i> (36)
EuroQol EQ-5D EuroQoL Group (37)	5 dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão.	EuroQoL EQ-5D Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN (38)

Tabela 2: quatro instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Estado de Saúde específicos para doentes oncológicos.

Escala Autor (referência)	Dimensões avaliadas	Versão portuguesa Autor (referência)
QLQ-C30 , <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)</i> (39)	8 dimensões: física, desempenho, cognitiva, social, emocional, náusea, dor, fadiga e 6 itens simples (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e impacto financeiro e escala de avaliação da QV global).	Ferreira, PL (40)
FACT-G , <i>Functional Assessment of Cancer Therapy</i> Cella D <i>et al</i> (41)	4 dimensões: bem-estar físico, social e familiar, emocional e funcional.	Moreira, F <i>et al</i> (42)
FLIC , <i>Functional Living Index: Cancer</i> Schipper H <i>et al</i> (43)	Dimensões referentes às funções física, psicológica e social, ao bem-estar atual e aos sintomas gastrointestinais.	Não foi identificado.
RSCL , <i>Rotterdam Symptom Checklist</i> de Haes <i>et al</i> (44)	4 dimensões: sintomas físicos, psicológicos, nível de actividade e QV global.	Santos (45)

Tabela 3: três instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Estado de Saúde específicos para doentes com tumores da cabeça e pescoço.

Escala Autor (referência)	Dimensões ou itens avaliados	Versão portuguesa Autor (referência)
QLQ-H&N35 , EORTC – Head and Neck 35 Bjordal <i>et al</i> (46)	7 dimensões: dor, deglutição, paladar/olfato, fala, alimentação em público, interação social, sexualidade. 11 itens isolados.	Bjordal <i>et al</i> (47)
FACT-H&N , <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck</i> Cella D <i>et al</i> (48)	5 dimensões: bem-estar físico, bem- estar social/familiar, bem-estar emocional, bem-estar funcional, preocupações adicionais - subescala cabeça e pescoço.	Furia C (49)
UW-QOL , University of Washington Questionnaire Hassan <i>et al</i> (50)	12 itens: dor, aparência, atividade, lazer, deglutição, mastigação, fala, função do ombro, paladar, produção de saliva, disposição, ansiedade.	Não foi identificada.

As dimensões cobertas por estes instrumentos específicos para os TCP variam significativamente e incluem a função física (dor, deglutição, aparência, fala, boca seca, mobilidade da porção superior do corpo, mastigação, sialorreia, com dificuldade de contenção da saliva, paladar, obstipação e nutrição), função psicossocial e arrependimento relacionado com a realização da terapia oncológica. O período de avaliação varia entre o momento atual (“neste momento”) e “nas últimas 4 semanas”.

Alguns instrumentos específicos para uma determinada localização anatômica foram desenvolvidos para ser usados isoladamente; outros podem ser associados a instrumentos genéricos para o cancro (por exemplo, o FACT-G e o FACT-HN, o EORTC QLQ-C30 e o módulo de 35 questões, específico para TCP).

Ojo *et al*, numa revisão sistemática de 2012, identificaram 19 escalas para a avaliação da capacidade funcional e bem-estar especificamente de doentes com TCP. Neste grupo, para além de instrumentos para a globalidade dos TCP, encontramos instrumentos dirigidos para localizações específicas como a nasofaringe, a pele, a tiroide ou a parótida (51).

O mesmo grupo de investigadores indica que os instrumentos mais utilizados e extensivamente testados foram o EORTC QLQ-H&N 35, o University of Washington QOL questionnaire (UWQOL), o FACT-HN.

A revisão de Ojo apresenta ainda 11 medidas de avaliação dos efeitos adversos dos tratamentos oncológicos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). As dimensões avaliadas incluem a função física (função digestiva, energia, sono, concentração, atividade, lazer, aparência, dor e sintomas específicos relacionados com a localização do tumor), função psicossocial (incluindo questões socioeconómicas) e satisfação. O período

avaliado variava entre as últimas 24 horas e intervalos de tempo mais ambíguos como o “dia-a-dia” e “desde a realização do tratamento”.

Por fim, Ojo *et al* apresentam 27 medidas específicas para sintomas: 17 instrumentos relacionados com a presença de xerostomia, mucosite ou disfagia; 7 instrumentos que avaliam o impacto das alterações da voz na QV e 3 instrumentos construídos para a avaliação da satisfação com a aparência, conforto facial, função oral, movimento facial, roncopia e fonação.

O processo de desenvolvimento e validação de um questionário de avaliação da QVRS pode demorar dez anos a concluir. Está recomendada alguma ponderação na produção de novas ferramentas de avaliação da QVRS, as quais teriam que garantir, no mínimo, o mesmo racional das existentes (52).

O volume e heterogeneidade das medidas apresentadas é considerável, não existindo um questionário de referência (51).

Alguns questionários, contudo, destacam-se pelo seu historial de utilização e testes a que foram submetidos. É o caso do EORTC QLQ-C30, o respetivo módulo para os TCP (EORTC QLQ - H&N35) e o questionário do grupo EuroQol, o EQ-5D.

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

Em 1986, a Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Cancro iniciou um programa para o desenvolvimento de uma abordagem integrada e modular que permitisse a avaliação da QV de participantes em ensaios clínicos na área da Oncologia. Um questionário para a avaliação da Qualidade de Vida de doentes oncológicos, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* ou EORTC QLQ-C30, é oficialmente lançado em 1993.

O EORTC QLQ-C30 contempla trinta perguntas que englobam uma dimensão de avaliação funcional (função física, desempenho, cognitiva, emocional e social), uma dimensão relacionada com sintomas (fadiga, dor e náuseas e vómitos) e uma dimensão de avaliação global do estado de saúde e da qualidade de vida.

Esta escala destaca-se pelo seu historial de aplicação de mais de trinta anos. O questionário define domínios da QV considerados relevantes para profissionais de saúde e para os doentes, estando indicado como sendo a ferramenta mais eficaz na medição da QV (39).

Este questionário, considerado central e primário, pode ser associado a módulos mais específicos, onde se inclui o módulo referente ao cancro da cabeça e pescoço, o EORTC QLQ - H&N35 (46).

O EORTC QLQ - H&N35 inclui 35 perguntas que avaliam diferentes dimensões organizadas em 7 escalas: dor, deglutição, sentidos, fala, alimentação em público, contacto social e sexualidade e onze itens simples que descrevem preocupações específicas e próximas aos doentes com TCP.

Os sessenta e cinco itens do EORTC QLQ C30 e do módulo H&N35 cobrem a maioria dos problemas dos doentes com TCP. Algumas questões, contudo, como a disfunção do ombro e reações cutâneas aos tratamentos não são avaliadas.

Questionário EuroQoL EQ-5D

O EQ-5D é um instrumento genérico de medição da QVRS desenvolvido pelo grupo EuroQol. Aplicável a uma ampla gama de condições de saúde e tratamentos, fornece um perfil descritivo simples e um índice único para o estado de saúde que pode ser usado em avaliações clínicas e económicas dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas do estado de saúde da população.

O EQ-5D foi desenhado de forma a promover o auto-preenchimento e permite uma aplicação presencial ou não (por correio ou telefone, por exemplo). É cognitivamente pouco exigente, levando apenas alguns minutos para ser concluído.

O EQ-5D baseia-se num sistema de classificação que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Desde 2005 que o EQ-5D, para cada uma destas dimensões, passou de três (EQ-5D-3L) para cinco níveis de gravidade associados (EQ-5D-5L): sem problemas (nível 1), problemas ligeiros (nível 2), problemas moderados (nível 3), problemas graves (nível 4) e problemas extremos (nível 5) vividos ou sentidos pelo indivíduo (37,53–55). Esta nova configuração aumentou a fiabilidade e a sensibilidade (poder discriminatório), mantendo a viabilidade e reduzindo o chamado “efeito-teto” (percentagem de inquiridos que se posiciona no pior nível, neste caso).

O EQ-5D-5L consiste de duas páginas - o sistema descritivo EQ-5D-5L e a Escala Visual analógica EQ (EQ VAS).

A versão portuguesa do EQ-5D-3L foi validada em 2013, utilizando três amostras, uma delas com doença crónica (cataratas, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e

artrite reumatoide) (56). O sistema de valores e dados de referência para a população portuguesa foi estabelecido em 2014 (57,58).

b) Evolução da qualidade de vida de doentes com tumores da cabeça e pescoço

A evolução da QV durante e após um tratamento oncológico depende, para além de fatores individuais, da localização anatómica do tumor e do tratamento realizado (figura 2). Existe, contudo, um padrão comum entre diferentes grupos de doentes com TCP: a QV diminui durante o tratamento; volvidos cerca de 6 meses, apresenta melhorias ligeiras, mais expressivas após 12 meses. Frequentemente, porém, não atinge os níveis de QV anteriores ao tratamento. Mais especificamente, a boca seca e os problemas de deglutição (em especial após a radioterapia), bem como os problemas de fala (em especial após a cirurgia) são duradouros (59).

Ao investigar a evolução da QV, o abandono diferencial pode representar um problema nos estudos prospetivos (59). Os doentes que abandonam o estudo devido a de morte ou problemas de saúde diferem daqueles que continuam a participar, e isto também é verdade para os resultados iniciais, antes de qualquer terapia oncológica. Assim, se avaliarmos apenas os doentes que completam todas as avaliações, as pontuações poderão ser excessivamente otimistas.

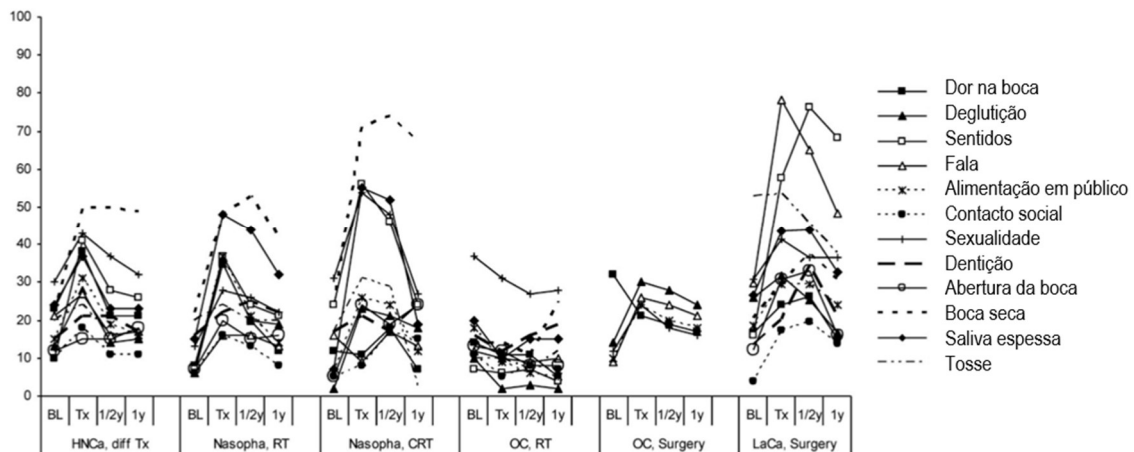


Figura 2: qualidade de vida ao longo do tempo de em doentes com tumores da cabeça e pescoço em diferentes localizações (adaptado de Singer, 2013 (59)).

Valores médios da aplicação do EORTC QLQ-H&N35 em diferentes grupos de doentes. Referências (da esquerda para a direita): Bjordal et al, 2001 (375 doentes, Suécia e Noruega) (47); Fang et al, 2008 (203 doentes, Taiwan) (60); Oates et al, 2007 (14 doentes, Austrália) (61); Yoshimura et al, 2009 (56 doentes, Japão) (62); Schliephake et al, 2002 (53 doentes, Alemanha) (63); Singer et al, 2013 (174 doentes, Alemanha) (59). Abreviaturas: HNCa, grupo heterogéneo de doentes com TCP; Nasopha, tumores da nasofaringe; OC, tumores da cavidade oral; LaCa, tumores da laringe; diff Tx, tratamentos distintos; RT, radioterapia; CRT, quimioradioterapia; BL, início do tratamento; Tx, durante o tratamento; 1/2y, 6 meses após o início do tratamento; 1y, 1 ano após o início do tratamento.

c) Desafios na medição da qualidade de vida na patologia da cabeça e pescoço

Conhecido o impacto dos TCP e da terapia oncológica na QVRS, poderá pertencer ao campo do senso comum que a QV e o estado de saúde percebido são preditores da satisfação e, por isso, relevantes no planeamento da prestação dos cuidados de saúde.

Contudo, a medição da QV prática clínica ainda não é parte integrante da rotina de avaliação e prestação de cuidados. Ao nível dos ensaios clínicos, a avaliação da QV tem sido crescente, mas a análise destes dados ainda não é totalmente satisfatória.

Três questões poderão ajudar a explicar esta situação (59).

Em primeiro lugar, alguns dos investigadores e utilizadores dos instrumentos de avaliação da QVRS não têm conhecimento suficiente que permita a sua análise e extração de resultados. Resultados múltiplos são geralmente considerados como algo negativo num ensaio clínico pelo que a multidimensionalidade destes instrumentos pode ser desencorajadora. Como consequência, um investigador pode calcular pontuações totais de diferentes escalas que estão psicometricamente e clinicamente não relacionadas, resultando em resultados sem sentido.

Em segundo lugar, a natureza psicológica de uma autoavaliação, em geral, pode intrigar um investigador. A QV é um conglomerado de expectativas, perceções e comparações com outras pessoas. A satisfação de um indivíduo com uma determinada situação depende, por um lado, das suas expectativas e, por outro, da avaliação da sua realidade ou do nível a que essas expectativas são cumpridas. Se um doente não espera viver sem sofrer, poderá suportar mais problemas de saúde do que outros com diferentes expectativas. Por outras palavras, se um doente refere não ter problemas com os efeitos colaterais de um determinado tratamento, isso pode significar que realmente não há efeitos colaterais ou que o paciente não considera que eles sejam um problema que vale a pena mencionar ao investigador.

Por fim, está demonstrado que os doentes tendem a relatar apenas problemas que consideram relevantes para a doença (64). Por exemplo, um doente oncológico a quem é perguntado acerca da dor que sentiu na semana anterior, pode considerar apenas a dor do tumor como relevante, mas não a enxaqueca que sofreu no dia anterior. Este "relato seletivo" pode levar a uma subestimação dos problemas de saúde dos doentes. Assim, faz mais sentido comparar subgrupos de doentes em vez de doentes com a população em geral.

Os resultados da medição da QVRS só podem ser compreendidos quando processos psicológicos são tidos em consideração. Por exemplo, paradoxalmente, indivíduos

gravemente doentes podem indicar uma melhor QV do que indivíduos saudáveis. Estas e outras situações podem conduzir a alguma confusão e frustração por parte do investigador. No entanto, isto não significa que as medidas de QVRS sejam inválidas. Importante será a deteção, compreensão e resolução destes desafios.

Outro desafio metodológico é a adesão dos doentes ao preenchimento de questionários de QVRS, presumindo-se, com frequência, que os doentes não estão dispostos a participar neste tipo de investigação. Revendo a literatura existente sobre o tema, apenas alguns autores relatam as taxas de conclusão do questionário nos seus estudos. Uma revisão sistemática (65) das publicações que empregaram o EORTC QLQ-H & N35, indicou que, de 125 artigos, apenas 23 relatam as percentagens de valores em falta. A taxa de resposta dos questionários variou entre 66% (66) e 99% (67). As escalas que com maior frequência apresentavam ausência de resposta incluíam a sexualidade, a fala, a dentição e o ganho de peso, com percentagens médias de valores em falta de 11,5%, 7,0%, 2,7% e 2,0%, respetivamente. Relativamente às escalas sobre dentição e sexualidade alguns autores referem não ser claro se a falta de resposta acontece porque o doente não estava disposto a responder ou porque o item não se aplicava à sua condição (66,67).

Outro ponto interessante a considerar na análise dos resultados de QVRS é a diferença entre significado estatístico e relevância clínica. De forma simples, o significado estatístico é função do número de doentes incluídos. Se um estudo tem muitos participantes, pequenas diferenças entre os grupos se tornarão estatisticamente significativas; se o contrário suceder, mesmo diferenças relevantes não se tornarão significativas. Portanto, ao invés de apenas olhar para o significado estatístico de um resultado, ou para o seu valor p , é importante também interpretar o efeito da dimensão da amostra (seja uma diferença ou uma associação). Somente um resultado clinicamente significativo deve ser usado para a tomada de decisão clínica (68).

4. Nutrição e Oncologia

A nutrição já demonstrou ter um papel e uma influência importantes em muitos aspetos do desenvolvimento e tratamento do cancro, não só pelo papel direto dos componentes e nutrientes dos alimentos, mas também pela sua influência na composição corporal, equilíbrio hormonal e fatores de crescimento.

Uma vez instalada, a doença oncológica pode originar um conjunto de problemas com impacto no estado nutricional. A interação entre alterações metabólicas e nutricionais pode influenciar a composição corporal, o estado funcional (*performance status*) e psicológico e a capacidade para suportar a terapia oncológica. O tratamento de doentes malnutridos por estar associado a maior morbilidade e mortalidade, pode colocar desafios específicos.

Estas alterações podem ter um impacto profundo na qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores.

A nutrição é crucial no suporte de doentes oncológicos sob terapia intensiva, nas eventuais alterações ao estilo de vida do sobrevivente de cancro e na gestão de alguns dos efeitos secundários dos tratamentos oncológicos. Para os doentes em que a cura não é possível, a alimentação e a nutrição podem continuar a ser uma forma de contribuir para a sua qualidade de vida. Para todos os doentes oncológicos, a alimentação será sempre central nos aspetos sociais e afetivos da convivência com amigos e família.

a) Estado nutricional e cancro

A depleção nutricional progressiva é frequente no doente oncológico. A diminuição no aporte alimentar e o aumento do catabolismo são os fatores que determinam os diferentes fenótipos desta síndrome, cuja característica principal é uma combinação variável de fatores como a redução da ingestão alimentar, perda ponderal e alterações na composição corporal.

A relevância clínica da degradação do estado nutricional é sublinhada pela sua elevada prevalência e o seu impacto da morbilidade e mortalidade

O impacto negativo da degradação do estado nutricional no prognóstico de doentes oncológicos é reconhecido desde 1980 (69) e a terapia médica, nomeadamente a antitumoral, sofreu avanços importantes nos últimos 30 anos. Seria expectável que o impacto do estado nutricional na morbilidade e mortalidade fosse suavizado por este conhecimento e avanço. Todavia, existe evidência clínica que demonstra com robustez que a depleção nutricional continua a ser um fator de prognóstico negativo para a

toxicidade associada aos tratamentos e para a sobrevivência, seja em doentes submetidos a cirurgia (70) ou a quimioterapia (71).

Durante a última década, o aumento progressivo da prevalência global da obesidade aumentou o número de doentes oncológicos obesos. Curiosamente, a obesidade parece proporcionar alguma proteção à toxicidade associada aos tratamentos mas é um fator de mau prognóstico em doentes oncológicos, em particular nos indivíduos com índice de massa corporal superior a 35 Kg/m² (72).

b) A natureza, a prevalência e o efeito da desnutrição nos doentes oncológicos

Os termos ‘desnutrição’ e ‘caquexia’ são muitas vezes empregados de modo indiferente na investigação que diz respeito à nutrição e oncologia. Esta inconsistência surge devido à natureza imprecisa da definição de caquexia (73,74).

Na ausência de uma definição universal e clara é difícil diagnosticar e medir a caquexia. Existe contudo algum consenso na visão da caquexia como uma síndrome caracterizada por perda ponderal progressiva (normalmente em torno dos 10% ou mais) combinada com a presença de um sintoma como a anorexia, fadiga ou redução da ingestão alimentar e, de acordo com alguns autores, valores de proteína C - reativa elevados (como indicador de inflamação sistémica) (73).

A desnutrição corresponde a um dos extremos da malnutrição, sendo esta última ‘um estado nutricional no qual uma deficiência, excesso ou desequilíbrio energético, proteico ou de outros nutrientes causam efeitos negativos e mensuráveis num tecido (forma, dimensão, composição, na função e prognóstico’ (75). A desnutrição refere-se especificamente à malnutrição por défice e é este conceito que nos acompanhará ao longo desta tese/este documento.

Distinguir entre desnutrição como um efeito de um tratamento e caquexia é difícil e, para os efeitos desta tese, o termo desnutrição será empregue na descrição das alterações ao estado nutricional observadas no doente oncológico.

A perda ponderal e a desnutrição nos doentes oncológicos são multifatoriais (ver tabela 4). O local e extensão do tumor, a terapia oncológica e a medicação empregue para paliar os efeitos secundários dos tratamentos e os sintomas da doença determinam a presença e a extensão da desnutrição.

Tabela 4: causas possíveis para a perda de peso corporal e desnutrição nos doentes oncológicos.

Efeitos catabólicos do tumor / metabolização alterada dos nutrientes
Aporte inadequado devido a anorexia induzida pelo tumor
Aporte reduzido secundário aos efeitos dos tratamentos como náuseas, vômitos, estomatite, obstipação e malabsorção.
Obstrução tumoral (disfagia devido a um tumor esofágico) ou secundária a um tratamento (disfagia devido a radioterapia dirigida à faringe).
Dor, ansiedade e depressão.

A desnutrição, em particular a perda de peso, associa-se a menor sobrevida, pior resposta e tolerância aos tratamentos e custos com os cuidados de saúde e tempo de internamento superiores (76–78). A relação entre a desnutrição e o risco de complicações infecciosas e não infecciosas em cirurgias *major*, o comprometimento da cicatrização e a degradação das funções muscular, imune e psicossocial tem sido extensivamente estudado (75).

Contudo, a própria doença oncológica terá o seu próprio impacto na estrutura e função do organismo. Atualmente, é difícil separar os efeitos da desnutrição do impacto da gravidade da doença no prognóstico. É provável que doentes pior nutridos sejam também os mais doentes. É possível argumentar que a desnutrição não é causa das complicações mas que ambas, a desnutrição e as complicações, são resultados da doença de base ou de outros fatores (79). As duas interagem de tal forma que a melhoria ou agravamento de uma influencia o curso da outra. O estado nutricional, a ocorrência de complicações e a doença de base formam uma tríade de fatores onde não está clara uma relação causal linear. Também é possível que as consequências da perda ponderal/desnutrição possam perpetuar perda ponderal e desnutrição adicionais.

Alguns profissionais de saúde afirmam que as necessidades nutricionais podem ser ignoradas porque serão naturalmente corrigidas à medida que a doença de base for tratada. Porém, em determinadas circunstâncias (uma cirurgia *major* ou um tratamento de quimioterapia, por exemplo), doentes desnutridos apresentam pior prognóstico (80). Podemos argumentar que, pese embora a doença seja um forte preditor da ocorrência de complicações, a intervenção nutricional ainda teria valor se colaborar na redução de complicações.

Um dos desafios na atualidade da nutrição clínica distinguir a doença de base da desnutrição, separar os respectivos efeitos no prognóstico e provar que a desnutrição, de forma independente e oposta à intervenção nutricional, piora o prognóstico.

O impacto da desnutrição, e especificamente a percentagem de perda ponderal, na redução da QV também tem sido alvo de pesquisa (77,81,82).

Fatores de natureza nutricional e o aporte alimentar parecem influenciar algumas dimensões da QV, nomeadamente, a interação social e o contributo para a estruturação do dia (81–83).

De referir que a experiência de um suporte nutricional, por via entérica (através de uma sonda) ou por via parentérica, pode afetar negativamente a QV.

A prevalência da desnutrição entre doentes oncológicos varia consideravelmente – entre os 8 e os 84% - dependendo da população estudada, do critério para definir a desnutrição e do local e estágio da doença (75).

Apesar de todos os estudos a sublinhar a elevada prevalência e impacto negativo, a desnutrição ainda se encontra generalizada entre os doentes oncológicos, não existindo nenhum método de referência para a identificar.

c) Rastreio da desnutrição e avaliação do estado nutricional

Vimos anteriormente que as alterações metabólicas e debilidade nutricional são frequentes no doente oncológico, contêm significado prognóstico (74,84,85). São, muitas vezes, passíveis de tratamento pelo que a sua identificação é fundamental.

O rastreio de risco nutricional pretende servir de alerta, permitindo uma deteção e tratamento precoces da desnutrição. Para ser eficiente, o rastreio deve ser breve e pouco dispendioso; deve ser altamente sensível e deter boa especificidade (80).

Com este objetivo, o IMC (Índice de Massa Corporal = $\text{Peso corporal [Kg]} / \text{estatura}^2 [\text{m}]$), a perda ponderal e a ingestão alimentar podem ser obtidas diretamente ou através de ferramentas validadas para o rastreio nutricional (*Nutrition Risk Screening 2002* (NRS-2002), *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (figura 3), *Malnutrition Screening Tool* (MST), *Mini Nutritional Assessment Short Form Revised*, por exemplo) (86).

Uma vez que o impacto clínico e financeiro da desnutrição foi identificado como sendo muito relevante, alguns países estabeleceram o rastreio de risco nutricional como prática obrigatória (87–89).

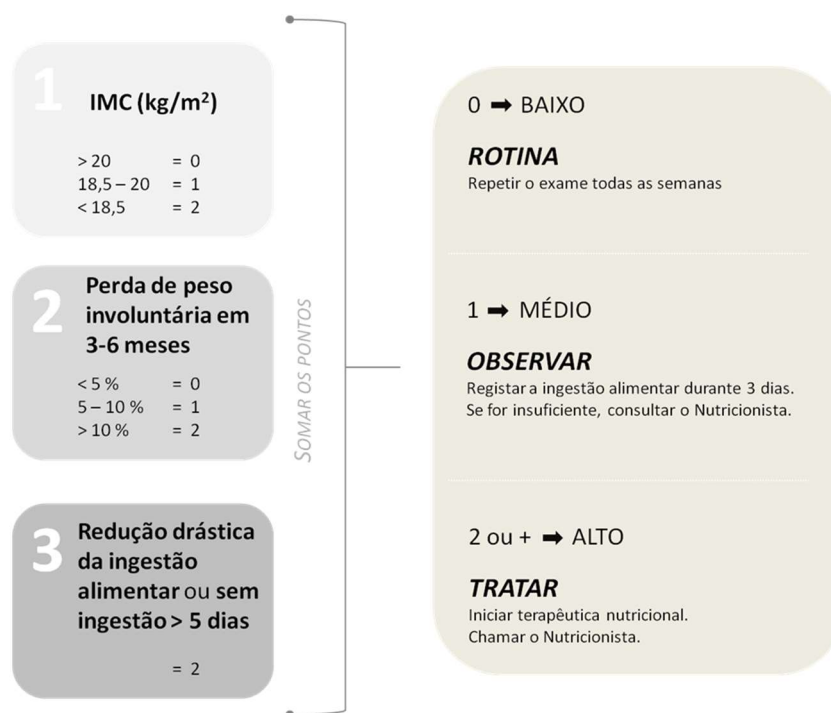


Figura 3: “Malnutrition Universal Screening Tool” adaptado de Todorovic (2003) (90) – um exemplo de uma ferramenta de rastreio de risco nutricional.

Nos casos onde prevaleça a diminuição do aporte alimentar, sem alterações metabólicas graves – como é o caso dos doentes portadores de tumores da cabeça e pescoço sob QT e RT concomitantes – a intervenção nutricional é, pelo menos parcialmente, eficaz e pode melhorar os resultados clínicos (91). Nestes doentes, o rastreio de risco convencional seguido de avaliação do estado nutricional e de uma adequada intervenção podem ter bons resultados.

A avaliação do estado nutricional deve justificar, informar e guiar a intervenção. A avaliação deve ser repetida com intervalos adequados para conhecimento da necessidade de intervenção nutricional e monitorização dos seus efeitos (por exemplo, quinzenalmente, mensalmente ou a cada 6 meses, conforme apropriado). Uma execução regular da avaliação de estado nutricional pode ser mais difícil em doentes ambulatoriais comparativamente a doentes internados e esta questão deve ser abordada na organização do processo de prestação de cuidados de saúde e nutricionais locais. (80)

O aporte alimentar, a composição corporal, a atividade física e o padrão metabólico predominante parecem ser as variáveis-chave que influenciam a capacidade e funções do organismo (73). Nos doentes identificados como estando em risco nutricional, estes parâmetros devem ser avaliados, servindo como guia da intervenção nutricional.

Não existe um consenso no que toca ao método de avaliação do estado nutricional, nomeadamente em Oncologia ou nos doentes com TCP. A Sociedade Europeia de

Nutrição Entérica e Parentérica (ESPEN), nas suas orientações dedicadas à Oncologia (80), indica três ferramentas validadas e de utilização frequente - “Mini Nutrition Assessment” (MNA), “Subjective Global Assessment” (SGA) e “Patient Generated Subjective Global Assessment” (PG-SGA) - as quais combinam dados qualitativos e semi-quantitativos para produzir uma classificação abrangente do grau de desnutrição, faltando-lhes, contudo, uma gradação específica dos défices nos seus subdomínios (tabela 5) (92–95).

Tabela 5: instrumentos de avaliação do estado nutricional indicados nas linhas orientadoras para Oncologia da ESPEN.

INSTRUMENTO (REFERÊNCIA)	POPULAÇÃO	PARÂMETROS ESTUDADOS
MNA, Mini Nutrition Assessment (94)	Idosa	18 itens. Quantificação do estado nutricional ou risco de desnutrição na população idosa. Rastreio (avaliação do estado nutricional). Integra uma curva de peso, ingestão alimentar, atividade física, estado emocional e medidas antropométricas.
SGA, Subjective Global Assessment (92)	Todos os indivíduos	Avalia o grau de desnutrição baseado na gravidade da perda ponderal e dos sintomas gastrointestinais e clínicos da desnutrição e nas alterações funcionais, incluindo o conceito de intensidade do stress metabólico.
PG-SGA, Patient Generated – Subjective Global Assessment (96) Versão portuguesa (97)	Oncologia	17 itens. Autoavaliação do estado nutricional: Alterações do peso corporal, sintomas, alterações da ingestão alimentar e Capacidade funcional; Doença e necessidades nutricionais associadas. Exame físico.

A utilidade destas e de outras ferramentas de avaliação do estado nutricional tem vindo a ser avaliada, em particular no que toca à sua capacidade para prever resultados relevantes como complicações e toxicidades associadas aos tratamentos, resposta à terapia oncológica e, também, qualidade de vida.

Patient Generated-Subjective Global Assessment

A “Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment” (PG-SGA) define um padrão para a avaliação nutricional e consiste na avaliação interdisciplinar do doente em situações de marcado catabolismo, em particular em oncologia.

A PG-SGA inclui uma componente gerada pelo doente e uma parte dirigida ao profissional de saúde. Esta escala avalia variações no peso corporal, sintomas com impacto no estado nutricional (anorexia, náuseas, obstipação, mucosite, vômitos, diarreia, xerostomia, dor), alterações no aporte alimentar, comparativamente ao aporte habitual,

capacidade funcional, componentes do stresse metabólico (sepsis, febre tumoral ou neutropénica, corticoterapia). Inclui um exame físico (gordura subcutânea [prega tricipital e ao nível das costelas inferiores na linha média do maxilar], massa muscular e tónus das regiões temporal, deltóide e quadricipital e edema sacral ou no tornozelo ou ascite). O estado nutricional é depois categorizado em três níveis: bom estado nutricional, desnutrição moderada ou risco de desnutrição e desnutrição grave (96).

A validade preditiva da PG-SGA, nomeadamente a sua associação com o tempo de internamento hospitalar, foi demonstrada em doentes com cancro (98). Além disso, a pontuação da PG-SGA tem sido associada com taxas superiores de reinternamento hospitalar (93) e qualidade de vida em doentes com cancro, nomeadamente com tumores da cabeça e pescoço (99,100).

d) Desafios nutricionais nos doentes com tumores da cabeça e pescoço

As alterações nutricionais dos doentes com tumores da cabeça e pescoço são multifatoriais, fruto da combinação de efeitos sociais e financeiros de uma dependência a fatores etiológicos, alterações metabólicas sistémicas, localização do tumor e efeitos secundários dos tratamentos oncológicos. O impacto na capacidade, vontade e satisfação em se alimentar e hidratar pode ser devastador, conduzindo a problemas físicos e psicossociais para o doente e cuidadores.

A complexidade do diagnóstico, preparação e planeamento de um tratamento e posterior acompanhamento e conduta requer uma abordagem multidisciplinar. Os serviços de nutrição devem estar organizados de modo a providenciar um apoio contínuo em qualquer ponto do percurso do doente, integrando as equipas multidisciplinares de tumores da cabeça e pescoço. Os serviços de prestação de cuidados aos TCP devem estar integrados em centros de diagnóstico e tratamento que assegurem a continuidade de cuidados de reabilitação e de longo termo (4).

A nutrição é reconhecida como indicador fundamental de prognóstico de longo termo nos doentes com TCP (101). Neste grupo de patologias, ao diagnóstico, a desnutrição tem uma prevalência estimada de 35 – 75% (91). As suas causas e consequências são sumarizadas na tabela 6.

Tabela 6: fatores que contribuem para a desnutrição no doente com tumores da cabeça e pescoço (adaptado de Talwar, 2007 (102)).

CONTRIBUTOS / FATORES	CAUSAS
<i>Maus hábitos alimentares</i>	Uma alimentação desequilibrada pode conduzir a défices de energia, proteína e de micronutrientes.
<i>Consumo excessivo de bebidas alcoólicas</i>	Associado a supressão do apetite, deficiências nutricionais. Rede de suporte limitada tem impacto acrescido.
<i>Depressão e ansiedade</i>	Aversão alimentar, diminuição do apetite. Rede de suporte limitada tem impacto acrescido.
<i>Dificuldades de mastigação</i>	Falta de dentes, mau ajuste de próteses dentárias e dificuldade de mobilização da mandíbula pode afetar a escolha alimentar a uma gama limitada de alimentos macios ou completamente triturados.
<i>Dificuldades de deglutição</i>	Presença do tumor, dor à deglutição, boca ulcerada, disfagia com aspiração podem comprometer a segurança da deglutição e resultar no consumo de uma dieta monótona em termos de variedade e textura e nutricionalmente desadequada.
<i>Caquexia</i>	Resposta metabólica e nutricional alterada em resposta à presença do tumor pode resultar em anorexia, diminuição do apetite, saciedade precoce e perda ponderal grave associadas a depleção de massa magra e síntese aumentada de proteínas de fase aguda.
<i>Alterações da composição corporal</i>	Distúrbio do balanço energético com alteração do metabolismo basal, absorção de glicose, mobilização das reservas de gordura e proteína e libertação de proteína muscular.
<i>Halitose</i>	Respiração anaeróbia com produção de ácido láctico e consequente libertação de amónia no ar expirado.
<i>Elevado risco de síndrome de realimentação</i>	Efeito combinado de causas e consequências da desnutrição conduz a um elevado risco de ausência de aporte alimentar durante 7 ou mais dias e perda ponderal involuntária significativa.
<i>Rede de suporte limitada</i>	Doentes que residem sós ou que não têm família podem estar menos motivados para assegurar uma alimentação suficiente.
<i>Cicatrização comprometida</i>	Risco de infeção aumentado devido a degradação das funções musculares, respiratórias, intestinais e imunitárias.
<i>Necessidade de internamento hospitalar</i>	Deterioração nutricional a requerer internamento para terapia nutricional, prolongando o tempo de internamento hospitalar e aumentando os custos.
<i>Mau estado funcional e qualidade de vida</i>	Letargia e incapacidade para a mobilização, trabalho e socialização.
<i>Morbilidade e mortalidade aumentadas</i>	Desnutrição a limitar as hipóteses e tolerância terapêuticas, contribuindo para pior controlo da doença e sobrevivência.

A prevalência de caquexia no doente com TCP não é conhecida. Contudo o estado nutricional apresentado ao diagnóstico acompanhado de um catabolismo progressivo coloca este grupo de doentes em alto risco de degradação nutricional adicional, durante o tratamento.

e) O impacto dos tratamentos no estado nutricional

Os objetivos do tratamento oncológico são a eliminação da doença e a sobrevivência a longo prazo, mas a taxa de mortalidade aos 5 anos nos TCP não aumentou de modo significativo nos últimos 40 anos, apesar dos avanços ao nível do diagnóstico e da terapêutica. Deste modo, o controlo locorregional, a capacidade funcional e a qualidade de vida são resultados críticos na descrição e avaliação dos tratamentos (103).

As opções terapêuticas curativas variam de acordo com o estágio e com a localização primária do tumor, com a doença de estágio I e II a receber terapia unimodal, com cirurgia ou radioterapia, e os estádios III e IV a requerer terapia multimodal com cirurgia, radioterapia e quimioterapia (104).

As técnicas cirúrgicas e de reconstrução têm vindo a evoluir, bem como a radioterapia, com novos esquemas de fracionamento e associada a quimioterapia (de indução ou concomitante), que promovem a preservação do órgão. Uma metanálise a regimes de RT demonstrou que o benefício da QT e da RT concomitantes resultava numa melhoria absoluta da sobrevivência aos 5 anos de 8%, sendo atualmente identificada como tratamento de referência em tumores de estágio avançado (105).

Seja em regime isolado ou multimodal, o tratamento dos TCP tem efeitos permanentes em órgãos essenciais às normais atividades humanas como a seja a respiração, a comunicação e a alimentação e hidratação (4). A complexa interação entre as estruturas anatómicas invadidas pelo tumor e os efeitos secundários dos tratamentos pode exercer um efeito combinado na deterioração do estado nutricional. Nos doentes com diagnóstico de estágio III e IV, ou que foram previamente tratados com QT ou cirurgia, o declínio nutricional é particularmente evidente, por dificuldade assegurar as necessidades energéticas e nutricionais (81).

As implicações funcionais e as respetivas consequências nutricionais dos principais tratamentos nos TCP (cirurgia, RT, QT) estão sumarizadas nas tabelas 7, 8 e 9.

Tabela 7: Efeitos da cirurgia e respectivas consequências nutricionais (adaptado de Talwar (2007) (102)).

<i>Efeitos da cirurgia</i>	Consequências nutricionais
<i>Alterações do paladar</i>	Cirurgia à língua, glândulas salivares ou nervo olfatório influenciam negativamente o paladar, reduzindo o apetite.
<i>Alterações do olfato</i>	Perda de fluxo de ar através dos recetores olfativos conduzindo a perda prazer, durante refeições.
<i>Dificuldades de mastigação</i>	Incapacidade total ou parcial para mastigar devido a perda de estrutura óssea de suporte (mandíbula), exacerbada por extrações dentárias, desalinhamento da mandíbula e trismus, com necessária alteração da consistência da dieta e redução do prazer em se alimentar.
<i>Sialorreia e retenção do bolo alimentar na cavidade oral</i>	Lesão nervosa prejudica o envio do bolo alimentar para a faringe, podendo conduzir a inibição, isolamento e depressão.
<i>Peristalse reduzida</i>	Refeições morosas com risco de evicção alimentar e hídrica, levando a aporte alimentar desadequado, desidratação, obstipação e perda ponderal.
<i>Regurgitação oral ou nasal</i>	Devido a reconstrução ou transposição gástrica e requerendo a execução de refeições frequentes e de baixo volume, a manutenção da verticalidade 1 hora depois da refeição e deitar-se com a cabeça elevada.
<i>Regurgitação gástrica (laringectomizados)</i>	Devido a reconstrução, pode implicar a restrição de volumes no período pós-operatório para reduzir o risco de deiscência da sutura, colocando o doente em risco nutricional.
<i>Má cicatrização</i>	Exemplos incluem a deiscência da anastomose, necrose, infeção. Fatores que contribuem: RT prévia, desnutrição.
<i>Fístulas</i>	Na cavidade oral, faringe ou laringe, causadas por RT prévia e afetando a cicatrização tecidual e a requerendo vias de nutrição alternativas.
<i>Lesão nervosa</i>	Alteração da coordenação da deglutição, da mastigação e do paladar, aumentando o risco de aspiração e fadiga durante as refeições, bem como desfiguramento.
<i>Aspiração</i>	Silenciosa ou com tosse reativa; os alimentos e os líquidos podem alcançar os pulmões exigindo a suspensão da alimentação oral, utilizando vias de nutrição alternativas.
<i>Fístula linfática</i>	Invasão tumoral ou lesão cirúrgica de ductos torácicos, com drenagem linfática, implica ajustes nutricionais, nomeadamente no aporte lipídico.
<i>Constricção e estenose</i>	Obstrução completa ou parcial à progressão do bolo alimentar, com necessidade de dilatação com modificação da consistência e volume da alimentação e deglutições múltiplas.
<i>Comorbilidades</i>	Diabetes, insuficiência renal, desnutrição, cirurgia ou RT prévias, duração da cirurgia e tipo de anestesia.

Tabela 8: Efeitos da radioterapia e respectivas consequências nutricionais (adaptado de Talwar (2007) (102)).

<i>Efeitos secundários</i>	Consequências nutricionais
<i>Alterações do paladar</i>	Diminuição, distorção ou perda do paladar, o qual é descrito como ‘a papel’, ‘metálico’ ou ‘lixa’, levando a aversão alimentar e redução da ingestão.
<i>Mucosite</i>	Reação da mucosa oral que pode resultar em dor, infeção ou vómitos.
<i>Xerostomia</i>	Requer uma boa higiene oral, saliva artificial e alteração da consistência da alimentação.
<i>Alterações da fase oral da deglutição</i>	Nas ressecções do pavimento bucal: redução do movimento e força da língua, dificuldade em formar e transportar o bolo alimentar, tempo de trânsito prolongado, aumento do resíduo intraoral provocando dificuldades de mastigação, alterações do paladar e fadiga durante a refeição.
<i>Alterações da fase faríngea da deglutição</i>	Alterações do movimento da base da língua, desencadear da deglutição tardio, contração faríngea reduzida, função laríngea diminuída, abertura insuficiente do esfíncter esofágico, resultando na alteração do curso do bolo alimentar e aspiração.
<i>Aspiração</i>	Silenciosa ou com tosse reativa. Pode provocar medo no momento da refeição. Pode relacionar-se com letargia e debilidade secundárias a desnutrição.
<i>Trismus</i>	Dificuldade em abrir a boca secundária a obstrução tumoral, a radiação ou mastigação reduzida ou ausente por longos períodos de tempo.
<i>Osteoradionecrose</i>	Má irrigação sanguínea da mandíbula prejudica a cicatrização e diminui a resistência à infeção, dificultando a mastigação e limitando a abertura da boca.
<i>Má cicatrização</i>	Devido a lesão permanente dos tecidos.
<i>Fadiga</i>	Apatia e cansaço intenso que limitam a capacidade física e a motivação para uma alimentação mais desafiante.
<i>Caries dentárias</i>	Devido a má higiene oral ou exacerbada por xerostomia, uma vez que os alimentos aderem aos dentes e não existe saliva para assegurar uma limpeza mínima.
<i>Desidratação</i>	Diminuição do fluxo salivar, com alteração da colonização da orofaringe, dificuldade na formação do bolo alimentar e expectoração espessa.

Tabela 9: Efeitos da quimioterapia e respectivas consequências nutricionais (adaptado de Talwar (2007) (102)).

<i>Efeitos secundários</i>	<i>Consequências nutricionais</i>
<i>Mucosite grave</i>	Embora induzida pela radiação, pode ser exacerbada pelos efeitos sistêmicos de um citostático que prejudique a cicatrização.
<i>Nauseas e vômitos</i>	Sistêmicos ou antecipatórios, despoletados pelo paladar, cheiro ou ansiedade.
<i>Anorexia</i>	Apetite e aporte alimentar reduzidos.
<i>Alterações do olfato e do paladar</i>	Diminuição, distorção ou perda do paladar, o qual é descrito como ‘a papel’, ‘metálico’ ou ‘lixa’, levando a aversão alimentar e redução da ingestão.
<i>Diarreia</i>	Risco de desidratação. Gerador de ansiedade para o doente.
<i>Estomatite</i>	Cavidade oral dorida, inflamada, sensível com prejuízo da ingestão alimentar.
<i>Nefrotoxicidade</i>	Lesão renal pode conduzir a náusea e perda de apetite.
<i>Alterações metabólicas</i>	Podem aumentar o gasto energético e a deficiência de micronutrientes.

f) Intervenção nutricional e resultados em saúde

Considerando o impacto dos TCP e os efeitos da terapia oncológica, o risco de a alimentação oral não ser suficiente ou possível, durante um dado período, é elevado. O doente com TCP deve ser atempadamente referenciado para aconselhamento e eventual terapia nutricional, idealmente no momento em que as opções terapêuticas estão a ser consideradas (106).

Uma intervenção dietética e nutricional oportuna e apropriada pode contribuir para evitar uma deterioração nutricional desnecessária e pode assumir diferentes formas, nomeadamente o aconselhamento alimentar e dietético (este último se dirigido a comorbilidades ou sintomas com impacto no estado nutricional) e a nutrição artificial (que inclui a suplementação nutricional oral, a nutrição entérica por sonda e a nutrição parentérica) (80). Deve ser precedida por uma avaliação do estado nutricional detalhada e enquadrada num plano de cuidados que deve ser alvo de avaliação frequente.

A percentagem de peso corporal perdido apresenta boa consistência com variáveis clínicas e capacidade para detetar ligeiras a graves alterações no estado nutricional (81) e deve ser usada como medida de resultado. Uma perda ponderal de 10% no espaço de 6 meses é o indicador de referência para detetar a desnutrição ao diagnóstico, identificar uma degradação do estado nutricional durante um tratamento e monitorizar a longo prazo

o estado nutricional de um doente com TCP. O desempenho físico, a capacidade funcional e melhorias na qualidade de vida nestes doentes são primordiais neste grupo de doentes. Assim, a percentagem de variação ponderal não deve ser usada de modo isolado mas combinada com outras medidas que reflitam alterações na composição corporal, como a percentagem de massa magra (100).

5. O estado nutricional é um dos determinantes da qualidade de vida

A qualidade de vida é um resultado essencial na prestação de cuidados de saúde ao doente oncológico. A título de exemplo, muitos doentes oncológicos não iriam escolher um tratamento de quimioterapia que lhes trouxesse uma sobrevivência provável de alguns meses mas aceitariam recebê-la se esta viesse melhorar a sua QV (107).

O estado nutricional pode influenciar de forma profunda a qualidade de vida de um doente. Estima-se que a perda ponderal e a ingestão alimentar possa contribuir para a QV em 30 e 20%, respetivamente (108).

Diferentes mecanismos poderão explicar como interfere o estado nutricional na QV (109). Doentes oncológicos com perda ponderal apresentam taxas de complicações pós-cirúrgicas mais altas, maior probabilidade de desenvolver fadiga e menor resistência e resposta à RT e QT. Estas consequências clínicas da perda ponderal contribuem para reduzir a autonomia do doente oncológico, colidindo com a sua QV.

Lis et al, numa revisão sistemática de 2012, examinaram o impacto do estado nutricional na QV de doentes oncológicos (110). Das vinte e seis publicações revistas, vinte e quatro concluíram que um melhor estado nutricional se associava a melhor QV. Seis destas publicações dedicavam-se exclusivamente aos TCP (83,99,111–114).

Várias ferramentas foram utilizadas para conhecer o estado nutricional, mas a perda de peso corporal foi um dos parâmetros avaliados em cinco estudos. A perda ponderal foi habitualmente avaliada sozinha (111–114) ou em combinação com o PG-SGA (99) ou outros índices antropométricos (circunferência do meio-braço e prega cutânea da região do tríceps), índice ponderal (peso corporal atual dividido peso de referência para a estatura), Índice de Massa Corporal (IMC) e albumina sérica (83).

Para avaliar a QV, cinco estudos usaram o questionário EORTC-QLQ-C30, sozinho (no estudo de Jagger et al. e Capuano et al.) ou combinado com módulo EORTC-QLQ-H&N35 específico para os TCP (no estudo de van den Berg) ou outro idêntico (o trabalho de Hammerlid et al.) (83,99,111,113). No estudo do grupo de Petruson os dois questionários do grupo EORTC foram conciliados com a “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (114).

Nos seis estudos identificados por Lis et al. conclui-se que um melhor estado nutricional se relaciona com melhor QV. Cada estudo avaliou o papel dos vários parâmetros com probabilidade de influenciar esta correlação. Por exemplo, Morton et al. (112) relataram uma associação entre a perda ponderal e as funções da fala e da

deglutição. Van den Berg (115) concluiu que uma perda de peso superior a 10% ao diagnóstico tinha um impacto significativo na QV, piorando a QV global mas também a fadiga e a dor. Este estudo sugeriu ainda a importância da limitação da perda ponderal, tanto quanto possível, desde o diagnóstico até 6 meses após o tratamento. Petruson (114) demonstrou que o grupo de doentes com perda de peso superior a 10% num período de seis meses apresentava os piores níveis de QV e ainda que a QV era um preditor de perda de peso em doentes com TCP. No estudo de Capuano (99), perdas de peso superiores a 20% relacionavam-se, com significado estatístico, com interrupções nos tratamentos, infeções, mortalidade precoce, taxa de readmissão após o tratamento e sobrevivência.

Embora a percentagem de peso perdido desde a instalação dos primeiros sintomas da doença pareça ser um parâmetro relativamente objetivo, não tem em consideração a cinética da perda de peso ou a presença de edema ou retenção de fluidos e outros efeitos clínicos e laboratoriais. Uma ferramenta como a PG-SGA constitui um dos parâmetros mais confiáveis para a avaliação do estado nutricional. Os resultados do grupo de investigadores liderado por Capuano mostraram uma forte correlação entre a perda de peso involuntária e o resultado obtido pela PG-SGA. Esta ferramenta tem vindo a ser relacionada com vários critérios de prognóstico, incluindo a QV, em particular nos TCP (100).

Os autores da revisão concluíram que o estado nutricional é um fator altamente preditivo da QV e que o tratamento da desnutrição poderá ter um efeito benéfico na resposta ao tratamento oncológico e um impacto positivo na QV.

O grupo holandês de Jacqueline Langius encontrou uma associação com significado estatístico entre uma perda de peso superior a 10% durante e imediatamente após a radioterapia e a deterioração da QV global, função física e social, a alimentação em público e o contacto social. Ajustados os resultados para os sintomas específicos da doença e para a nutrição por sonda, uma perda ponderal superior a 10% manteve uma associação com significado com a QV global, a alimentação em público e o contacto social. (116)

Em Portugal, Ravasco *et al.*, num ensaio clínico randomizado, estudaram o efeito do aconselhamento dietético individualizado (grupo 1) e da suplementação nutricional (grupo 2) na QV de doentes com TCP, durante a RT e três meses depois. O estudo inclui um terceiro grupo, sem qualquer tipo de intervenção.

Após a RT, nos grupos 1 e 2 foram observadas melhorias nas dimensões funcionais da QV proporcionais à ingestão alimentar e estado nutricional. No 3º grupo

(*ad libitum*) os mesmos parâmetros pioraram. Três meses depois da conclusão da RT, apenas o aconselhamento dietético (grupo 1) exerceu um efeito positivo sobre a QV.

O grupo concluiu que, durante a RT, as intervenções nutricionais influenciaram positivamente os resultados e que o aconselhamento dietético tinha benefício idêntico ou superior. A médio prazo, apenas o aconselhamento dietético exerceu um efeito positivo no prognóstico.

A possibilidade de melhorar a QV melhorando o estado nutricional ainda é uma questão em debate. Contudo, existe evidência de que determinados tipos de intervenção dietéticas e nutricionais podem favorecer a QV quando iniciadas precocemente no percurso da doença. Desta forma, uma intervenção atempada, dirigida às necessidades específicas do doente tem boas probabilidades de resultar não só num benefício clínico, mas também ao nível da QVRS.

6. Qualidade de vida, estado nutricional e organização das Instituições de Saúde

O reconhecimento de que a utilização exclusiva de parâmetros convencionais, como a sobrevivência e o controlo locorregional, na medição do resultado de um tratamento pode ser insuficiente na avaliação completa do bem-estar de um doente veio dar força à medição do estado de saúde e da QVRS.

Por outro lado, o estado nutricional, pela sua relação com a continuidade e o sucesso dos tratamentos oncológicos, com a minoração de sintomas e toxicidades e com melhores resultados funcionais e clínicos, tem uma estreita relação com a QVRS daqueles que vivem com e para além do cancro. A medição sistemática e consequente do estado nutricional assume-se assim como uma atividade relevante e potencialmente frutífera.

A exequibilidade deste tipo de medições, tanto do estado de saúde e QVRS como do estado nutricional, de forma rotineira nos doentes com TCP, tem vindo a ser explorada e discutida por alguns autores (117–120).

Alguns estudos discutiram as dificuldades inerentes à avaliação prospetiva do estado nutricional, no âmbito de investigações a decorrer paralelamente à prática clínica habitual (117). Neste contexto, a avaliação nutricional dos doentes com TCP integrantes do estudo era vista como uma sobrecarga ao trabalho diário, por não existir um nutricionista já designado para esta função. O desafio será integrar este método de avaliação nutricional na rotina diária, podendo os recursos humanos ter que ser reforçados.

As dificuldades e barreiras à medição da QVRS por rotina, na prática clínica, são diversas. Quando questionados, os profissionais de saúde referem falta de recursos e incapacidade para tratar os dados recolhidos. Outras questões, também de natureza prática, incluíam a falta de informação sobre o modo de utilização dos questionários, bem como a dificuldade em mudar as rotinas habituais. Indicadas como sendo as maiores dificuldades foram a dificuldade em analisar os dados recolhidos, a adesão dos doentes, e mais frequentemente, o tempo necessário para incluir questionários de avaliação da QVRS no circuito habitual do doente (52).

As questões relacionadas com a administração dos questionários foram solucionadas, em alguns grupos, com a utilização de tecnologias de informação (ecrãs de toque, por exemplo) integradas num sistema de informação adequado.

A aplicação deste tipo de tecnologia tem-se revelado útil no conhecimento da perspetiva doente. Taenzer *et al* relataram a exequibilidade e fiabilidade de um rastreio computadorizado da QVRS de doentes com tumores da mama (121). Os potenciais

benefícios para os doentes incluíram uma utilização produtiva dos tempos de espera para uma consulta, maior eficiência no processo de avaliação e maior probabilidade de deteção de défices na QV.

A utilização de ecrãs de toque é exequível e válida nos doentes com TCP (122). Os doentes estão disponíveis para preencher o questionário desta forma e consideram o equipamento fácil de utilizar. A adesão pode ser melhorada se um profissional fornecer instruções e se houver um melhor sistema de alerta sobre quando utilizar este sistema (123).

Os dados obtidos da avaliação da QVRS têm o potencial de identificar necessidades que não estão a ser consideradas e pode ser útil durante uma consulta (11). A sua utilização rotineira pode ter um efeito positivo na comunicação entre o profissional de saúde e o doente e, em determinados doentes, melhora a QVRS e a função emocional.

Relacionada com a falta de recursos está a falta de tempo para recolher os dados e isto pode refrear a intenção de avaliar a QVRS. Mesmo nos centros ou serviços que já avaliam a QVRS o tempo necessário para distribuir, recolher e processar esta informação parece ser o problema mais evidente (52).

A falta de tempo poderia ser minimizada com um profissional dedicado especificamente a estas funções que trabalhe em colaboração com a equipa clínica, de modo a haver uma melhor gestão e aproveitamento do tempo e a facilitar a interpretação dos dados (52). A adoção de um questionário de referência, a nível nacional por exemplo, poderia motivar a recolha, partilha e divulgação de informação (52).

Ainda assim, a integração da avaliação da QVRS na rotina clínica, e mesmo de uma avaliação cuidada e detalhada do estado nutricional, será sempre complexa. Talvez a solução mais auspiciosa passe por introduzir estes temas ao nível da formação universitária, proporcionando conhecimento acerca das vantagens da avaliação do estado nutricional e da QVRS como parte integrante da prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, impulsionando a investigação neste campo (52).

O futuro da avaliação da qualidade de vida e estado nutricional

Avaliação da QVRS e do estado nutricional na rotina hospitalar

A integração da avaliação da QVRS e do estado nutricional na prática clínica promove o enfoque dos cuidados nas necessidades dos doentes e promove uma ação multidisciplinar. O ideal será que o benefício desta pesquisa tenha lugar no âmbito de uma consulta, com os sintomas, preocupações e dificuldades dos doentes a ser exploradas pouco tempo depois do preenchimento do questionário.

Este conceito abre portas à necessidade de métodos de recolha e processamento de informação que só pode ser atingido com programas informáticos e um sistema de informação capaz.

Rastreio de doentes com base na QVRS

O rastreio e identificação de problemas funcionais, ao nível da deglutição, fala ou ocupacionais, pode ser feita com instrumentos de avaliação da QVRS, podendo o doente beneficiar de um sistema de referência completo e eficaz (11).

Rastreio e identificação da desnutrição

A avaliação do estado nutricional deve ser uma resposta mais detalhada a um rastreio de risco. As recomendações atuais são já promotoras da instituição de um rastreio de risco nutricional a nível hospitalar e na comunidade (80). Contudo, ainda não dispomos de um programa de rastreio universal e inclusivo. No futuro, ensaios clínicos randomizados poderão evidenciar o benefício do rastreio em populações de doentes oncológicos mistas, com melhoria dos resultados em saúde e redução da morbilidade e mortalidade.

Mais informação para o doente e cuidadores sobre os resultados em saúde

A compilação da informação obtida da avaliação da QVRS pode ser organizada em material informativo diverso que pode ser usado na discussão dos efeitos esperados de um dado tratamento (11).

Intervenções baseadas na QVRS

A informação obtida do estudo da QVRS contribuiu para a alteração do planeamento de alguns tratamentos, como seja a escolha entre uma cirurgia tradicional ou a laser ou quimioterapia e radioterapia concomitantes.

A recorrência locorregional de carcinomas da cavidade oral depois de ressecção radical está associada a mau prognóstico e a *distress* do doente e da sua família (52). A resposta psicossocial do doente está pouco reportada na literatura científica. As reações emocionais variam entre o choque e a desolação, o medo e a incerteza, a desesperança, a vergonha e negação. Esta vulnerabilidade emocional conduz a questões de gestão difícil por parte do profissional de saúde. Nos próximos anos assistiremos a novas terapias de suporte para doentes com TCP, cujo objetivo é a melhoria da QVRS. Exemplos incluem manuais de apoio que melhorem a forma como o doente enfrenta a doença e programas de intervenção psicológica direcionados para a melhoria do humor e redução da ansiedade.

A economia da saúde deverá ser aplicada à QVRS para uma avaliação de custo-benefício da avaliação da QV integrada na prática clínica, demonstrando, por exemplo, relação com menor tempo de internamento, diminuição da necessidade de consultas de especialidade ou genéricas (52).

OBJETIVOS

A consulta de nutrição do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, EPE (IPOCFG, EPE) tem um longo historial de acompanhamento, avaliação e intervenção junto dos doentes com tumores da cabeça e pescoço. Pela sua natureza e necessidades, esta patologia corresponde ao principal grupo assistido por esta consulta.

O tratamento com quimioterapia e radioterapia concomitantes é um dos tratamentos de eleição nesta patologia, mas gera um conjunto importante de efeitos secundários toxicidades, representando o acompanhamento dos doentes sob esta terapia um desafio particular aos profissionais de saúde.

Na expectativa de aprofundar o conhecimento sobre os doentes com tumores da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, foram colocadas as seguintes questões:

Como pode o percurso terapêutico, nomeadamente a execução de cirurgia antes da QT/RT concomitantes, influenciar o estado nutricional e a QV?

Como se relaciona a qualidade de vida com o estado nutricional do doente?

Pode o estado nutricional ser considerado um preditor da qualidade de vida?

Se sim, em que dimensões?

Para este efeito, foram caracterizadas e analisadas as relações entre o estado nutricional, o estado de saúde e a qualidade de vida de doentes com referência à consulta de nutrição do IPOCFG, EPE considerados elegíveis.

METODOLOGIA

Este trabalho de investigação foi submetido e recebeu a aprovação da Comissão de Ética do Hospital e foi conduzido de acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (1975, revisão em 2013) (124). A participação foi voluntária e todos os doentes foram informados dos objetivos do estudo, procedimentos, riscos, benefícios, alternativas, direitos e confidencialidade e anonimato dos dados (124). Esta informação integrava o consentimento informado assinado pelos participantes (anexo 1).

Entre os meses de janeiro e junho de 2017, todos os doentes referenciados à Consulta de Nutrição do IPOCFG, EPE com um diagnóstico histológico confirmado de tumor da cabeça e pescoço e com proposta terapêutica de QT/RT concomitantes, em regime de internamento ou em ambulatório, foram considerados elegíveis. Posteriormente, os doentes teriam que reunir as seguintes premissas para serem incluídos no estudo: ter, pelo menos, 18 anos de idade; ter capacidade para dar consentimento de participação no estudo; saber ler e escrever português para o autopreenchimento das medidas. Foram excluídos os doentes instáveis ou com sintomas não controlados considerados pelos clínicos como não tendo capacidade para preencher as medidas, cognitivamente afetados, ou que não compreendessem o português.

A aplicação dos questionários decorreu em três momentos distintos: no início e no fim da QT/RT concomitantes e cerca de 1,5 meses depois, aquando da reunião de decisão terapêutica (figura 4).

De modo a aumentar a probabilidade de uma resposta completa ao questionário, e a não interferir com o bem-estar do doente, a sua aplicação não foi confinada a um só dia, mas antes a um período de alguns dias (D1 + 3 dias; D43 ± 3 dias; DT ± 1 semana).

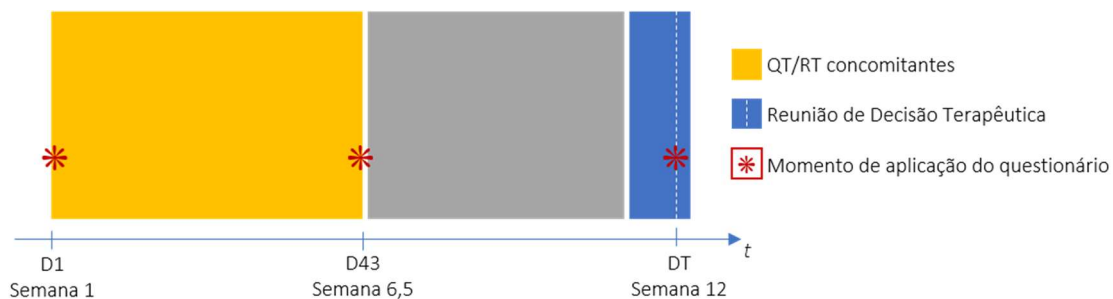


Figura 4: esquema representativo da aplicação dos questionários do estudo.

O questionário contemplava duas partes. A primeira, a ser preenchida pelo próprio doente, incluía um questionário clínico com informação relativa ao tempo desde a confirmação histológica da doença, o tratamento oncológico anterior e comorbilidades.

Desta primeira fase, constavam também os questionários PG-SGA, EQ-5D-5L, EORTC-QLQ C30 e EORTC-QLQ H&N35 e um breve questionário sociodemográfico. Seguidamente, a investigadora foi responsável pelo preenchimento de um questionário clínico, com registo do diagnóstico e estágio da doença (informação colhida diretamente do processo clínico do doente) e foi completada a avaliação do estado nutricional, com recolha das componentes de stresse metabólico e exame físico (anexo 2).

Ao longo tempo, foram registados todos os eventos peri-terapêuticos considerados relevantes para os efeitos deste estudo: necessidade de traqueostomia, introdução de sonda de nutrição, necessidade de internamento para terapia de suporte e morte.

Avaliação do estado nutricional

Para o preenchimento da PG-SGA foi necessário o conhecimento do histórico ponderal (peso corporal atual e há um e seis meses, aproximadamente).

O peso corporal atual foi avaliado numa balança calibrada do gabinete da consulta de nutrição do Hospital. A alimentação e hidratação do doente antes desta avaliação era permitida. Os doentes foram pesados sem casacos ou sobretudos e, idealmente, depois de urinar, mas encontravam-se vestidos e calçados. Foi opção da investigadora a não correção do valor do peso.

Avaliação da Qualidade de Vida

Na avaliação da QVRS, a transformação do linear das respostas para escalas de 0 a 100 foi conduzida de acordo com as indicações do manual da EORTC de onde consta o sistema de pontuação (125).

A transformação das respostas ao questionário EQ-5D-5L seguiu as indicações do grupo EuroQol (37).

Análise estatística

Para a caracterização sociodemográfica, clínica, do estado nutricional e da QVRS foi feita a estatística descritiva das variáveis contínuas (média e desvio padrão) e das variáveis categóricas (frequências e percentagens).

Diferenças no estado nutricional para cada modalidade de tratamento (com ou sem cirurgia prévia à QT/RT concomitantes) foram analisadas com o teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

Diferenças nos resultados do EQ-5D-5L, consoante o percurso terapêutico, foram estudadas com o teste Mann–Whitney.

Os resultados nas escalas e itens do questionário EORTC foram comparados entre doentes bem nutridos e desnutridos ou em risco de desnutrição, através do teste Mann–Whitney.

Para todas as análises, o nível máximo de significância foi fixado em 5%.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa IBM SPSS Statistics versão 23.0 e Microsoft Excel 2016 para o Windows.

RESULTADOS

No período de seis meses em que decorreu este estudo, foram referenciados à Consulta de Nutrição do IPOCFG, EPE trinta e quatro casos com diagnóstico de TCP com proposta terapêutica de QT/RT concomitantes. Deste grupo de doentes considerados elegíveis, quatro foram excluídos - um por recusa em participar, um devido a oligofrenia e dois por referenciação tardia (quinze ou mais frações de RT concluídas).

Na globalidade, os participantes referiram boa compreensão das perguntas e facilidade de preenchimento do questionário. No entanto, quatro participantes solicitaram a presença da investigadora durante o preenchimento, referindo receio em não compreender totalmente alguma questão. Vários participantes solicitaram algum tipo de esclarecimento, ao longo do questionário. A participação da investigadora foi no sentido de não criar qualquer viés à forma como os doentes responderam às perguntas.

Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica (género e idade dos doentes, escolaridade, situação profissional e familiar) está representada na tabela 10.

Tabela 10: caracterização sociodemográfica dos doentes de acordo com o primeiro tratamento oncológico realizado.

Variável	Valor	Cirurgia		QT/RT *		Total	
		n	%	n	%	n	%
Género	Feminino	0	0	4	20	4	13,3
	Masculino	10	100	16	80	26	86,7
Idade (anos)	Média ± DP †	58,4 ± 6,4		55,4 ± 8,9		56,4 ± 8,2	
	Mínimo – Máximo	48 - 68		41 - 72		41 - 72	
Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1	10	0	0	1	3,2
	Só sabe ler/escrever	1	10	1	4,8	2	6,5
	1º ciclo EB‡	3	30	8	38,1	11	35,5
	2º ciclo EB‡	2	20	6	28,6	8	25,8
	3º ciclo EB‡	3	30	4	19,0	7	22,6
	Ensino secundário	0	0	2	9,5	2	6,5
Situação profissional	Ativo/a	5	50	9	42,9	14	45,2
	Reformado/a	3	30	7	33,3	10	32,3
	Desempregado/a	2	20	4	19,0	6	19,4
	Outro	0	0	1	4,8	1	3,2
Situação familiar	Casado/a com registo	6	60	16	76,2	22	71,0
	União de facto	1	10	1	4,8	2	6,5
	Solteiro	0	0	3	14,3	3	9,7
	Divorciado/a	3	30	1	4,8	4	12,9

* quimioterapia e radioterapia concomitantes; † desvio padrão; ‡ ensino básico.

A amostra é predominantemente composta por doentes do sexo masculino (86,7%) com uma idade média de 56,4 anos (desvio padrão de 8,2 anos).

A maioria dos doentes (35,5%) concluiu a sua escolaridade no 1º ciclo do ensino básico, seguida pelos grupos que concluíram os seus estudos no 2º e 3º ciclos (25,8 e 22,6%, respetivamente). 6,5 % dos participantes só sabiam ler e escrever.

Caracterização clínica e eventos periterapêuticos

A caracterização clínica e a ocorrência de determinados eventos clínicos antes, durante ou imediatamente após o tratamento de QT/RT concomitantes constam das tabelas 11, 12 e 13.

Tabela 11: caracterização clínica dos doentes de acordo com o primeiro tratamento oncológico.

Variável	Valor	Cirurgia		QT/RT *		Total	
		n	%	n	%	n	%
Localização do tumor	Cavidade oral	3	30	1	4,8	4	12,9
	Orofaringe	1	10	8	38,1	9	29,0
	Nasofaringe	0	0	2	9,5	2	6,5
	Hipofaringe	2	20	6	28,6	8	25,8
	Esófago cervical	0	0	3	14,3	3	9,7
	Laringe	3	30	0	0	3	9,7
	MCPD †	1	10	1	4,8	2	6,5
Estádio do tumor	III	0	0	3	14,3	3	9,7
	IV	10	100	18	85,7	28	90,3
Tempo desde o diagnóstico (meses)	Média ± DP ‡	5,2 ± 4,9		2,5 ± 1,6		3,4 ± 3,3	
	Mínimo - máximo	2 - 18		1 - 8		1 - 18	
Comorbilidades	Asma	0	0	1	4,8	1	3,2
	HTA§	1	10	6	28,6	7	22,6
	Outra	3	30	5	23,8	8	25,8
	Nenhuma	6	60	9	42,9	15	48,4
Laringectomia	Sim	3	30	-		-	
	Não	7	70				

* Quimioterapia e radioterapia concomitantes; † metástases cervicais de tumor primário desconhecido; ‡ desvio padrão; § hipertensão arterial. O grupo “outras comorbilidades” inclui: antecedentes de carcinoma da próstata, patologia hepática e da tiróide, varizes dos membros inferiores.

No seu conjunto, os tumores da orofaringe e hipofaringe correspondem a 54,8% dos casos. O estágio IV destaca-se como sendo o mais frequente (100% dos doentes operados e 85,7% dos doentes do grupo “QT/RT”).

Em média, o diagnóstico havia sido feito há 3,4 meses (com desvio padrão de 3,3 meses).

Tabela 12: eventos periterapêuticos – necessidade de traqueostomia e de nutrição por sonda – consoante o primeiro tratamento oncológico.

Variável	Valor	Cirurgia		QT/RT *		Total	
		n	%	n	%	n	%
Traqueostomia	Não	7	70	20	95,2	27	87,1
	Antes da QT/RT	3	30	0	0	3	9,7
	Durante a QT/RT	0	0	1	4,8	1	3,2
Sonda de nutrição	Não	7	70	12	57,1	19	61,3
	Antes da QT/RT	1	10	1	4,8	2	6,4
	Durante a QT/RT	2	20	6	28,6	8	25,8
	Após a QT/RT	0	0	2	9,5	2	6,4

* Quimioterapia e radioterapia concomitantes.

Entre os doentes que necessitaram de traqueostomia (quatro), um recebeu-a com carácter de urgência, durante a QT/RT concomitantes.

Doze participantes (38,7%), em algum momento do seu percurso terapêutico, necessitaram de sonda de nutrição – oito deles (25,8%) durante a QT/RT concomitantes.

De notar que predominaram as sondas nasogástricas (dez contra duas gastrostomias inseridas por via endoscópica).

Pela sua patologia de base, três participantes foram laringectomizados previamente ao tratamento de QT/RT concomitantes.

Tabela 13: Realização do segundo [“D22”] e terceiro [“D43”] tratamentos de QT e necessidade de internamento para terapia de suporte, durante a QT/RT concomitantes, organizados de acordo com o primeiro tratamento oncológico.

Variável	Valor	Cirurgia		QT/RT *		Total	
		n	%	n	%	n	%
D22 [†]	Não	2	20	10	47,6	12	38,7
	Sim	8	80	11	52,4	19	61,3
D43 [‡]	Não	5	50	10	47,6	15	48,4
	Sim	5	50	11	52,4	16	51,6
Internamento suporte	Não	8	80	13	61,9	21	67,7
	Sim	2	20	8	38,1	10	32,3

* Quimioterapia e radioterapia concomitantes; [†] tratamento ‘2 de 3’ de quimioterapia; [‡] tratamento ‘3 de 3’ de quimioterapia.

Doze doentes (dois deles previamente operados) não reuniram condições para realizar o segundo tratamento de QT (“D22”). Quinze doentes (cinco deles com cirurgia prévia) não estavam aptos a realizar o terceiro tratamento de QT (“D43”).

Os motivos que impediram a execução dos tratamentos de QT previstos, e que chegaram a motivar a necessidade de internamento para terapia de suporte, incluíram toxicidade hematológica (nomeadamente neutropenia), perda ponderal e complicações do foro cardíaco.

Um doente faleceu três meses depois de concluir a QT/RT concomitantes.

Avaliação do estado nutricional

A avaliação do estado nutricional, feita com recurso à ferramenta PG-SGA, consta da tabela 14.

Tabela 14: caracterização do estado nutricional consoante o primeiro tratamento oncológico realizado, nos três momentos de avaliação, utilizando a PG-SGA.

Variável	Valor	D 1* (n = 31)		D 43 [†] (n = 30)		DT [‡] (n = 22)	
		Cir	QT/RT	Cir	QT/RT	Cir	QT/RT
Estado nutricional PG-SGA	Bem nutrido	7	5	0	1	4	6
	Moderada/desnutrido ou em risco de desnutrição	2	16	9	13	3	8
	Gravemente desnutrido	1	0	1	6	1	0

Os dados são expressos em número de doentes. *tratamento ‘1 de 3’ de QT *ou* início da QT/RT concomitantes; [†] tratamento ‘3 de 3’ de QT *ou* momento coincidente com a conclusão da QT/RT concomitantes; [‡] reunião de decisão terapêutica.

No início da QT/RT (“D1”), 70% dos doentes previamente operados foram classificados como tendo um bom estado nutricional. No grupo “QT/RT” 16 participantes (>76% dos doentes) iniciaram o tratamento moderadamente desnutridos ou com risco de vir a desenvolver desnutrição.

De notar que um doente iniciou QT/RT concomitantes com desnutrição considerada grave pela ferramenta PG-SGA. Este doente faleceu três meses depois de concluído o tratamento de QT/RT.

No fim da QT/RT concomitantes, apenas um participante foi considerado como tendo um bom estado nutricional. A maioria dos doentes (nove ou 90% dos doentes com cirurgia prévia e treze ou 65 % dos doentes não operados) integrou a categoria dos doentes moderadamente desnutridos ou em risco de desnutrição. Sete doentes (um do grupo “cirurgia” e seis do grupo “QT/RT”) estavam gravemente desnutridos.

Volvido um mês e meio (“DT”), o panorama parece melhorar ligeiramente, com onze doentes (35,5%) na categoria moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição e dez doentes (32,3%) a integrar a categoria “bem nutrido”.

Podemos assumir que a distribuição dos doentes consoante o seu estado nutricional entre os dois grupos em estudo, no “D1”, apresenta uma diferença com significado estatístico ($p = 0,009$).

Na tabela 15 está representado o significado estatístico das diferenças no padrão de evolução do estado nutricional, em cada modalidade de tratamento.

Tabela 15: evolução do estado nutricional do D1 para o D43 e do D43 para a DT, dividido consoante o percurso terapêutico do doente.

Modalidade de tratamento	Par em estudo	Sig.*
Cirurgia + QT/RT	D1 – D43	$t = - 3,28$ ($p = 0,010$)
	D43 – DT	$t = 2,64$ ($p = 0,033$)
QT/RT	D1 – D43	$t = - 3,94$ ($p = 0,001$)
	D43 – DT	$t = 3,31$ ($p = 0,006$)

* teste t para amostras emparelhadas.

Podemos assumir que, nesta amostra, para cada linha de tratamento (com ou sem cirurgia prévia), as diferenças observadas no estado nutricional, ao longo dos três momentos de avaliação, têm significado estatístico.

A evolução do estado nutricional (agravamento *versus* estabilidade/melhoria, entre “D1” e “D43” e entre “D43” e “DT”), comparando os dois percursos terapêuticos, é apresentada na tabela 16.

Tabela 16: evolução do estado nutricional consoante o primeiro tratamento oncológico realizado, do primeiro para o segundo momento de avaliação e do segundo para o terceiro momento de avaliação, utilizando a PG-SGA.

Evolução estado nutricional	↓PG-SGA*			
Modalidade de tratamento	Cirurgia + QT/RT		QT/RT	
Momento medição	D43 [†]	DT [‡]	D43 [†]	DT [‡]
n	8	0	9	1
Evolução estado nutricional	↑⇔PG-SGA [§]			
Modalidade de tratamento	Cirurgia + QT/RT		QT/RT	
Momento medição	D43 [†]	DT [‡]	D43 [†]	DT [‡]
n	2	8	11	13

Os dados são expressos em número de doentes. * degradação do estado nutricional, de acordo a PG-SGA; † tratamento ‘3 de 3’ de QT ou momento coincidente com a conclusão da QT/RT concomitantes; ‡ reunião de decisão terapêutica; § melhoria ou estabilização do estado nutricional, de acordo a PG-SGA.

Não foram encontradas diferenças com significado estatístico na evolução do estado nutricional, entre os dois grupos em estudo.

A evolução da pontuação obtida na PG-SGA está representada no gráfico 1.

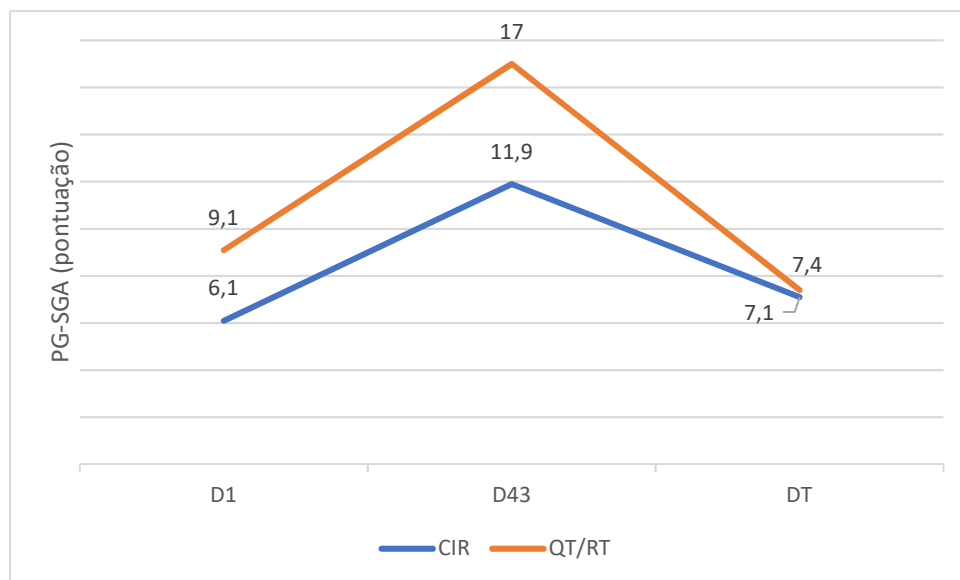


Gráfico 1: média da pontuação do PG-SGA, nos três momentos avaliados, em cada um dos grupos de estudo. Uma pontuação mais elevada representa maior carga sintomática.

No período avaliado, a exibição de sintomas em doentes operados e não operados é idêntica: aumenta durante o tratamento de QT/RT concomitantes (de “D1” para “D43”, ou em 6,5 semanas) e diminui no período subsequente, até à reunião de decisão terapêutica (“DT”), cerca de 1,5 meses depois.

O grupo sem cirurgia prévia, em média, parece iniciar e concluir o tratamento mais sintomático. No ponto “DT” os dois quase coincidem na carga sintomática referida na PG-SGA.

Perceção do estado de saúde

Os resultados relativos ao estudo da perceção do estado de saúde, através da aplicação do questionário EQ-5D-5L, são apresentados seguidamente.

Tabela 17: Distribuição das respostas das cinco dimensões do EQ-5D-5L, consoante o percurso terapêutico, nos três momentos avaliados

EQ-5D-5L		D 1 (n = 31)		D 43 (n = 31)		DT (n = 22)	
		Cir	QT / RT	Cir	QT / RT	Cir	QT / RT
MO	Sem problemas	7	20	9	15	7	11
	Problemas ligeiros	2	0	0	5	1	2
	Problemas moderados	1	0	1	1	0	1
	Problemas graves	0	1	0	0	0	0
	Incapacidade	0	0	0	0	0	0
CP	Sem problemas	9	21	8	19	7	20
	Problemas ligeiros	1	0	2	1	1	1
	Problemas moderados	0	0	0	1	0	1
	Problemas graves	0	0	0	0	0	0
	Incapacidade	0	0	0	0	0	0
AH	Sem problemas	6	16	3	4	4	5
	Problemas ligeiros	1	3	3	10	2	9
	Problemas moderados	3	2	3	7	1	0
	Problemas graves	0	0	0	0	1	0
	Incapacidade	0	0	1	0	0	0
D/M	Sem problemas	4	8	3	6	2	8
	Problemas ligeiros	6	10	4	10	4	5
	Problemas moderados	0	2	3	4	1	1
	Problemas graves	0	0	0	1	1	0
	Problemas extremos	0	1	0	0	0	0
A/D	Sem problemas	4	11	5	6	3	6
	Problemas ligeiros	6	6	4	12	4	7
	Problemas moderados	0	3	1	2	1	1
	Problemas graves	0	1	0	1	0	0
	Problemas extremos	0	0	0	0	0	0

Abreviaturas: MO - mobilidade; CP - cuidados pessoais; AH - atividades habituais; D/M - dor/mal-estar; A/D - ansiedade/depressão.

Na globalidade, os participantes deste estudo posicionam-se em níveis mais baixos de gravidade de problemas (“ nenhuns” e “ligeiros”), particularmente nas dimensões “Mobilidade”, “Cuidados Pessoais” e “Ansiedade/Depressão”, nos três momentos avaliados.

Um doente referiu dor extrema (no D1). Há registo de um caso a referir total incapacidade para a execução das atividades habituais (no D43).

Não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os dois grupos de tratamento, em nenhum dos três momentos avaliados.

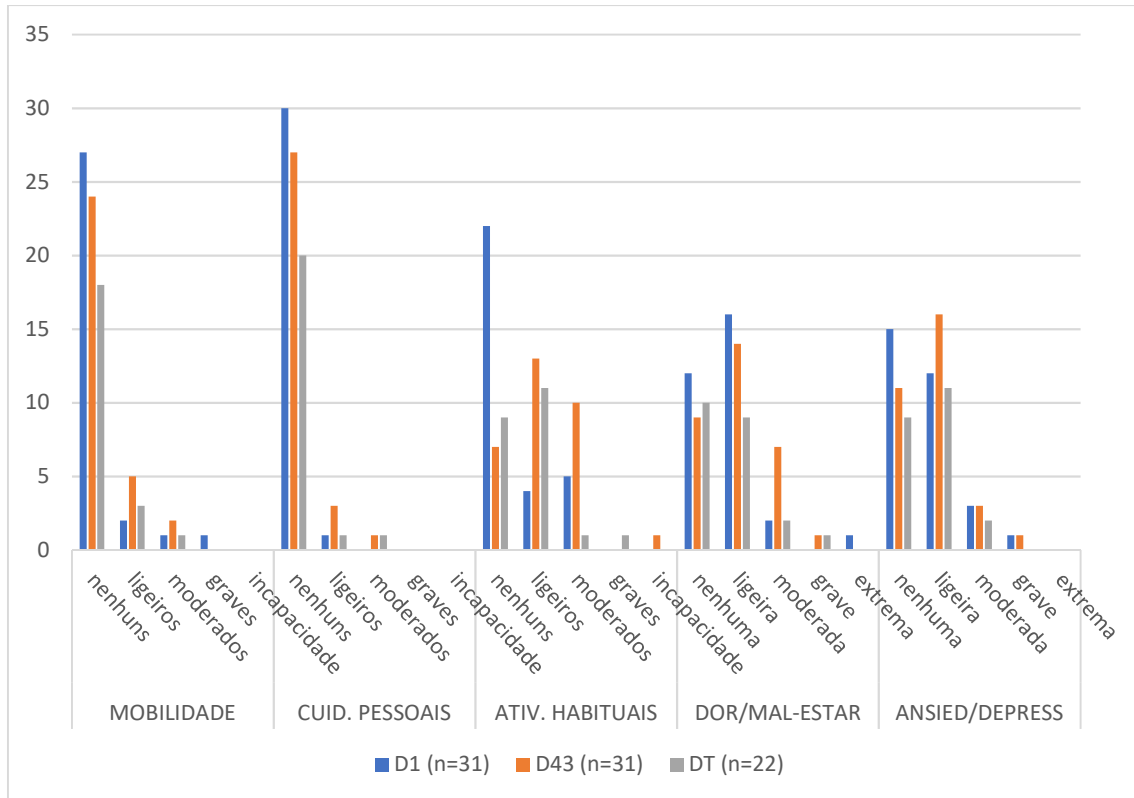


Gráfico 2: Distribuição das respostas às cinco dimensões do EQ-5D-5L, de todos os participantes, nos três momentos de avaliação. Abreviaturas: “Cuid. Pessoais”: cuidados pessoais; “ativ. habituais”: atividades habituais; “ansied/depressão”: ansiedade/depressão.

A estatística relativa ao índice e à escala visual analógica do EQ-5D-5L está organizada na tabela 18. Os valores médios da EVA do EQ-5D-5L estão ainda representados no gráfico 3.

Tabela 18: média dos valores relativos ao EQ 5D-5L (índice e escala visual analógica) acordo com a primeira terapia oncológica realizada, nos três momentos de aplicação do questionário.

EQ 5D-5L	D+1		D+43		DT		Ref Pt.
	Cir n = 10	QT/RT n = 21	Cir n = 10	QT/RT n = 21	Cir n = 8	QT/RT n = 14	
Mín – máx	0,78 – 1,00	0,29 – 1,00	0,67 – 1,00	0,42 – 0,96	0,46 – 1,00	0,76 – 1,00	-
Média ± DP	0,91 ± 0,07	0,89 ± 0,16	0,85 ± 0,12	0,85 ± 0,12	0,86 ± 0,17	0,91 ± 0,07	0,76
Sig*	U = 98,5 (p = 0,787)		U = 102,2 (p = 0,917)		U = 46,0 (p = 0,525)		
EQ-5D-5L EVA	D+1		D+43		DT		Ref Pt.
	Cir	QT/RT	Cir	QT/RT	Cir	QT/RT	
Mín – máx	45 - 100	10 - 100	30 - 90	30 - 85	50 - 95	40 - 90	-
Média ± DP	76,0 ± 16,6	70,9 ± 23,1	72,5 ± 17,4	60,6 ± 18,2	70,6 ± 19,2	67,9 ± 15,9	79,9
Sig*	U = 99,0 (p = 0,819)		U = 69,0 (p = 0,135)		U = 54,5 (p = 0,920)		-

* Significado estatístico da diferença entre os resultados da EQ-5D-5L EVA, em cada momento de avaliação, calculada com recurso ao teste Mann-Whitney. Ref. Pt.: valor de referência do EQ-5D-3L para a população portuguesa (58).

Nesta amostra, a média do EQ-5D-5L pareceu manter-se estável, ao longo das três medições e entre os dois grupos de estudo.

Não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre as médias da Escala Visual Analógica do EQ-5D-5L, entre cada modalidade de tratamento e em cada momento de avaliação.

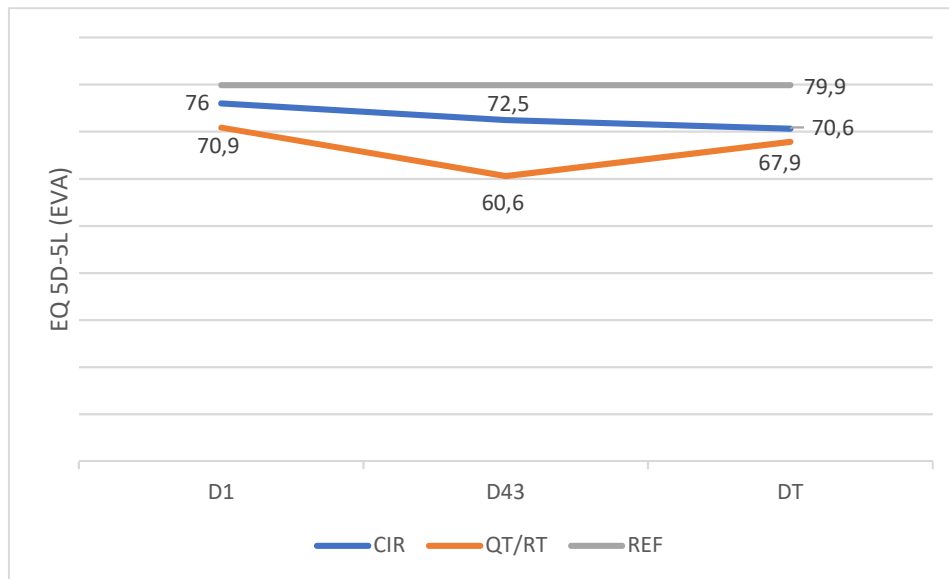


Gráfico 3: média dos valores da EQ-5D-5L EVA nos três momentos avaliados, para cada um dos grupos de estudo, e dos valores de referência para a população portuguesa (REF).

Na escala visual analógica do EQ-5D-5L, os doentes do grupo “cirurgia”, em média, apresentaram uma tendência ligeiramente decrescente da sua classificação.

O grupo “QT/RT” indica um valor mais baixo no fim do tratamento, recuperando 1,5 meses depois, embora sem atingir o nível inicial.

Os dois grupos posicionam-se num plano ligeiramente inferior ao da população portuguesa em geral (valor de referência para o EQ-5D-3L EVA = 79,9).

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Os resultados longitudinais da aplicação do EORTC QLQ-C30 nos grupos “cirurgia” e “QT/RT” estão representados nos gráficos 4 e 5, respetivamente.

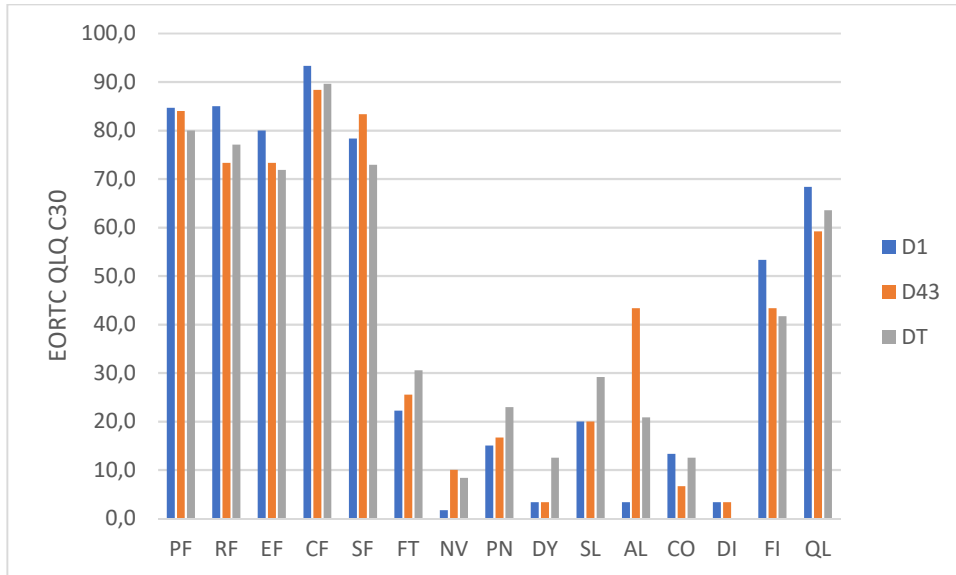


Gráfico 4: Resultados médios da aplicação do EORTC QLQ C30 no grupo ‘Cirurgia’, nos momentos D1, D43 e DT. Significado das siglas: PF - função física; RF - função desempenho; EF - função emocional; CF - função cognitiva; SF - função social; FT - fadiga; NV - náuseas e vômitos; PN - dor; DY - dispneia; SL - alterações do sono; AL - diminuição do apetite; CO - obstipação; FI - impacto financeiro; QL - qualidade de vida global. Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/itens isolados indicam sintomatologia aumentada ou pior impacto financeiro.

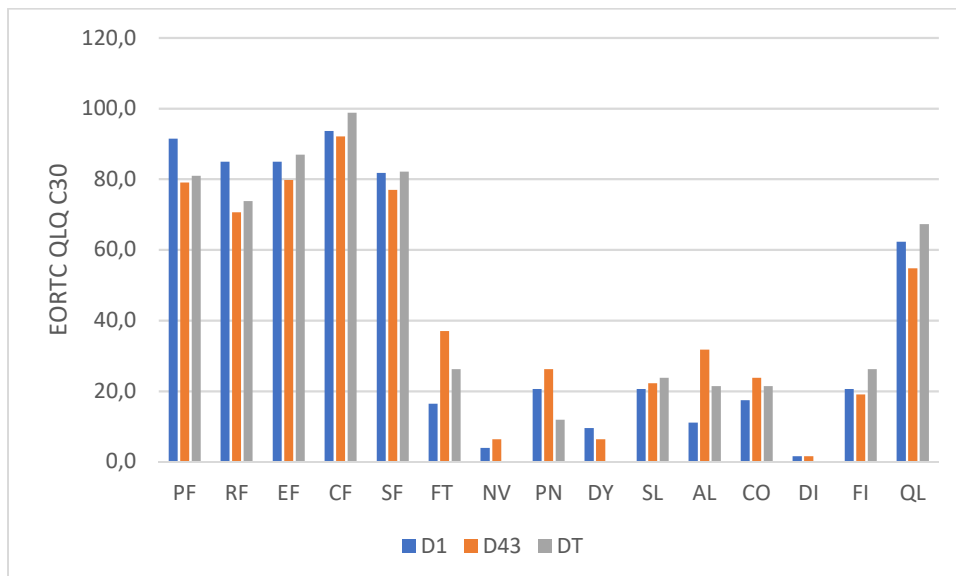


Gráfico 5: Resultados médios da aplicação do EORTC QLQ C30 no grupo ‘QT/RT’, nos momentos D1, D43 e DT.

Os resultados longitudinais da aplicação do EORTC QLQ-H&N 35 nos grupos “cirurgia” e “QT/RT” estão representados nos gráficos 6 e 7, respetivamente.

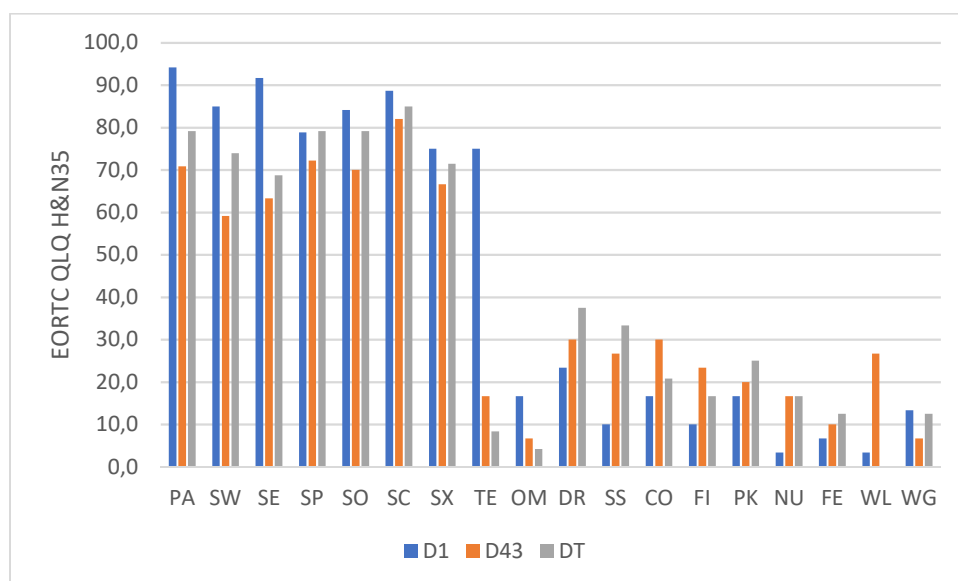


Gráfico 6: resultados médios do EORTC QLQ H&N35 do grupo “Cirurgia”. Significado das siglas (7 dimensões e 11 itens isolados): PA - dor; SW – deglutição; SE: paladar/olfato; SP: fala; SO: problemas em se alimentar em público; SC: problemas com contacto social; SX: menos sexualidade. TE: problemas com os dentes; OM: dificuldade em abrir a boca; DR: boca seca; SS: saliva espessa; CO: tosse; FI: sentir-se doente; PK: necessidade de medicação antiálgica; NU: tomar suplementos nutricionais; FE: receber nutrição por via de uma sonda; WL: perda de peso; WG: ganho de peso. Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/ítem isolados indicam sintomatologia aumentada.

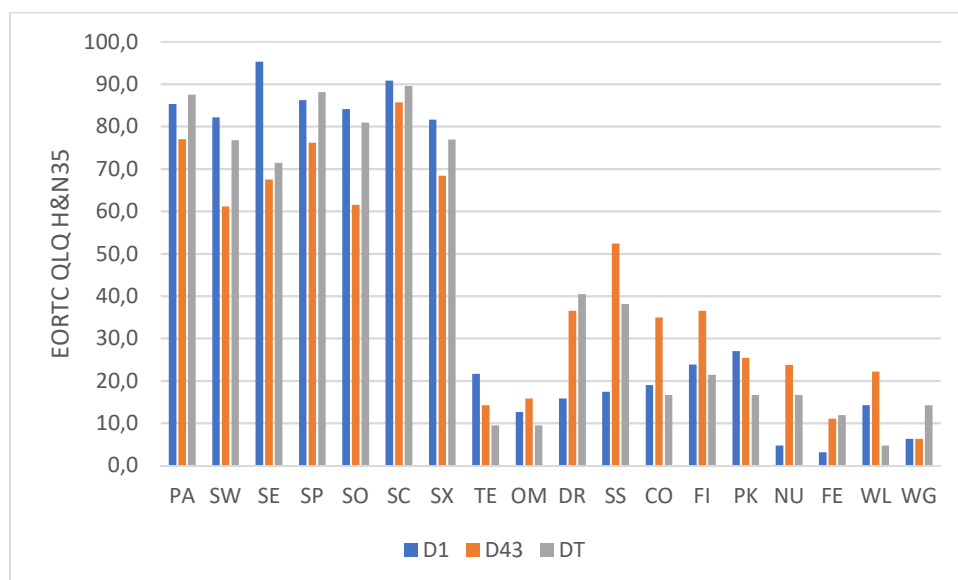


Gráfico 7: resultados médios do EORTC QLQ H&N35 do grupo “QT/RT”. Significado das siglas (7 dimensões e 11 itens isolados): PA - dor; SW – deglutição; SE: paladar/olfato; SP: fala; SO: problemas em se alimentar em público; SC: problemas com contacto social; SX: menos sexualidade. TE: problemas com os dentes; OM: dificuldade em abrir a boca; DR: boca seca; SS: saliva espessa; CO: tosse; FI: sentir-se doente; PK: necessidade de medicação antiálgica; NU: tomar suplementos nutricionais; FE: receber nutrição por via de uma sonda; WL: perda de peso; WG: ganho de peso. Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/ítem isolados indicam sintomatologia aumentada.

Podemos destacar alguns aspetos dos gráficos 4 e 5.

No grupo QT/RT, a função física e de desempenho apresenta uma diminuição superior a 10 pontos, do D1 para D43, e não recupera visivelmente no momento da DT.

Nos dois grupos, a perda de apetite é mais expressiva no D43, melhorando na altura da DT, sem atingir o nível inicial.

No gráfico 8 são comparados os resultados da aplicação do EORTC QLQ-C30 com os valores de referência do mesmo questionário aplicado em doentes com TCP de estágio III e IV (126).

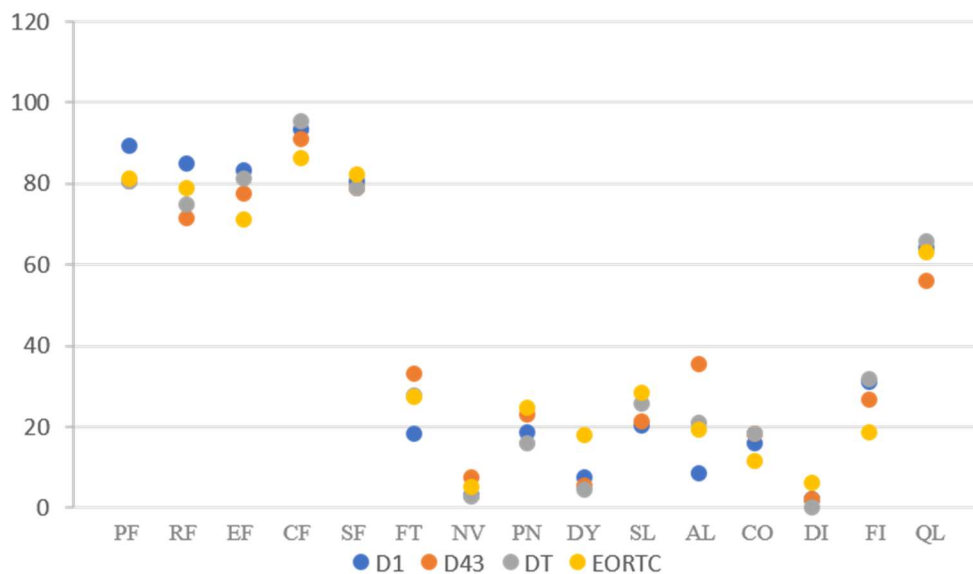


Gráfico 8: resultados médios da aplicação do EORTC QLQ C30 nos momentos D1, D43 e DT e comparação com os valores de referência para a população com TCP de estágio III e IV. Significado das siglas: PF - função física; RF - função desempenho; EF - função emocional; CF - função cognitiva; SF - função social; FT - fadiga; NV - náuseas e vômitos; PN - dor; DY - dispneia; SL - alterações do sono; AL - diminuição do apetite; CO - obstipação; FI - impacto financeiro; QL - qualidade de vida global. Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/itens isolados indicam sintomatologia aumentada ou pior impacto financeiro.

Quando comparamos os nossos resultados com os valores de referência, podemos destacar a melhor função física ('PF') e de desempenho ('RF') dos doentes no D1 e a melhor função emocional ('EF') e cognitiva ('CF') relatada pela amostra de doentes deste estudo, comparativamente aos valores de referência. Em média, no D43, os doentes referem mais fadiga ('FT'), com valores mais favoráveis no D1, sendo intermédios os valores da DT e de referência. O item "diminuição do apetite" ('AL') ganha destaque no D43 e, em média, apresenta o seu mínimo no D1.

Os doentes da amostra deste estudo indicam maior impacto financeiro ('FI') comparativamente à população de referência.

Relação da qualidade de vida com o estado nutricional

Seguidamente, apresentamos o estudo da relação entre o estado nutricional e as dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tabela 19: valores médios do EORTC QLQ C30 de acordo com o diagnóstico nutricional feito pela PG-SGA, nos três momentos de avaliação.

EORTC-QLQ C30		D1			D43			DT		
		A* n=11	BeC ‡ n=19	U †	A* n = 1	BeC ‡ n=29	U †	A* n=10	BeC ‡ n=11	U †
Escala funcionais	F.Física	89,4	89,1	U =113,0 p = 0,984	87,2	76,5	n.a.	86,7	76,4	U = 39,5 p = 0,282
	F.Desempenho	90,3	81,6	U = 88,0 p = 0,306	83,3	64,0		81,5	70,5	U = 47,0 p = 0,605
	F.Emocional	90,3	78,9	U = 65,5 p = 0,048	86,1	72,4		84,3	79,5	U = 35,0 p = 0,173
	F.Cognitiva	98,6	90,3	U = 79,5 p = 0,164	94,4	88,6		96,3	94,9	U = 46,5 p = 0,557
	F.Social	87,5	76,3	U = 89,0 p = 0,326	90,3	71,9		79,6	78,2	U = 54,0 p = 0,973
E. sintomas	Fadiga	10,2	23,4	U = 66,5 p = 0,053	20,4	41,5	n.a.	21,0	32,5	U = 31,0 p = 0,099
	Náu./vómitos §	2,8	3,5	U =109,0 p = 0,857	8,3	7,0		3,7	2,6	U = 50,0 p = 0,756
	Dor	13,9	21,9	U =102,0 p = 0,646	16,7	27,2		13,0	17,9	U = 31,0 p = 0,099
Itens isolados	Dispneia	0,0	12,3	U = 78,0 p = 0,152	0,0	8,8	n.a.	0,0	8,0	U = 55,0 p = 1,000
	Alt. sono	11,1	26,3	U = 96,0 p = 0,484	8,3	29,8		14,8	33,3	U = 44,0 p = 0,468
	↓ apetite	2,8	12,3	U = 87,0 p = 0,287	27,8	40,3		18,5	23,1	U = 28,5 p = 0,061
	Obstipação	5,6	22,8	U = 81,0 p = 0,191	8,3	24,6		3,7	28,2	U = 33,5 p = 0,132
	Diarreia	5,6	0	U = 95,0 p = 0,459	2,8	1,8		0,0	0,0	U = 55,0 p = 1,000
	I. financeiro	38,9	26,3	U = 90,0 p = 0,346	33,3	22,8		37,0	28,2	U = 53,5 p = 0,918
QV global		70,8	60,1	U = 74,5 p = 0,119	63,9	51,3	n.a.	68,5	64,1	U = p = 0,

Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/ itens isolados indicam sintomatologia aumentada ou pior impacto financeiro.

* Classificação “A - bem nutrido” de acordo com a PG-SGA; † teste Mann-Whitney; ‡ Classificação “B - moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição” e “C – gravemente desnutrido” de acordo com a PG-SGA; § náuseas e vômitos; || alterações do sono; ¶ impacto financeiro.

A cor verde estão assinalados resultados que poderão ser considerados clinicamente significativos (10 ou mais pontos de diferença entre grupos).

Na distribuição dos doentes pelos dois níveis de estado nutricional (bem nutrido / desnutrido ou em risco de desnutrição) foi encontrada uma diferença com significado estatístico na dimensão de função emocional.

Foram encontradas diferenças que poderão ter significado clínico, pela sua amplitude superior a dez pontos (5). Assim, os doentes com melhor estado nutricional parecem apresentar melhor função, em particular no D43; os doentes com pior estado nutricional (categorias B e C pela PG-SGA) parecem apresentar mais sintomas, em particular no início (D1) e no fim (D43) do tratamento de QT/RT concomitantes.

Tabela 20: valores médios do EORTC QLQ H&N35 de acordo com o diagnóstico de estado nutricional feito pela PG-SGA, nos três momentos de avaliação.

EORTC-QLQ H&N35		D1			D43			DT		
		A* n=11	B e C ‡ n = 19	U †	A* n = 1	B e C ‡ n = 29	Sig.	A* n = 10	B e C ‡ n = 11	U †
Dimensões funcionais	Dor	91,7	86,0	U = 92,0 p = 0,389	83,3	69,7	n.a.	86,1	83,3	U = 28,0 p = 0,061
	Deglutição	93,1	76,8	U = 58,0 p = 0,023	81,3	47,4		90,7	65,4	U = 40,5 p = 0,314
	Paladar/olfato	94,4	93,9	U = 114,0 p = 1,000	72,2	62,3		75,9	66,7	U = 30,0 p = 0,085
	Fala	84,3	83,6	U = 109,5 p = 0,857	83,3	69,6		86,4	83,8	U = 53,0 p = 0,918
	Ali. em públ.§	91,7	79,4	U = 65,5 p = 0,048	81,9	53,1		90,7	73,1	U = 25,0 p = 0,036
	Cont. social	94,4	87,4	U = 111,0 p = 0,921	91,1	80,4		92,6	84,6	U = 34,0 p = 0,152
	↓ sexualidade	81,9	77,5	U = 99,5 p = 0,913	72,2	64,6		74,1	75,8	U = 37,0 p = 0,549
Itens isolados	Dentes	8,3	27,8	U = 79,5 p = 0,232	8,3	19,3	n.a.	7,4	10,3	U = 40,0 p = 0,314
	Abrir a boca	11,1	15,8	U = 88,5 p = 0,306	8,3	15,8		0,0	12,8	U = 51,0 p = 0,809
	Boca seca	13,9	21,1	U = 99,0 p = 0,562	27,8	38,6		25,9	48,8	U = 27,5 p = 0,051
	Saliva espessa	5,6	21,1	U = 76,5 p = 0,130	22,2	57,9		22,2	46,2	U = 17,5 p = 0,006
	Tosse	16,7	19,3	U = 111,0 p = 0,921	30,6	35,1		18,5	18,0	U = 55,0 p = 1,000
	Sent. doente¶	2,8	29,8	U = 49,0 p = 0,007	16,7	42,1		7,4	28,2	U = 38,0 p = 0,251
	Analgesia	19,4	26,3	U = 90,5 p = 0,346	16,7	28,1		11,1	25,6	U = 35,0 p = 0,173
	Supl. nutr.**	2,8	5,3	U = 105,5 p = 0,734	19,4	22,8		14,8	18,0	U = 50,0 p = 0,756
	Nut. sonda ††	2,8	5,3	U = 105,5 p = 0,734	5,6	14,0		3,7	18,0	U = 40,0 p = 0,314
	↓ peso	2,8	15,8	U = 69,5 p = 0,071	22,2	24,6		0,0	5,1	U = 45,0 p = 0,512
	↑ peso	11,1	7,0	U = 100,0 p = 0,589	11,1	3,5		18,5	10,3	U = 32,0 p = 0,114

Valores mais altos nas dimensões funcionais indicam melhor função; valores mais altos nas escalas de sintomas/ itens isolados indicam sintomatologia aumentada ou pior impacto financeiro.

* Classificação “A - bem nutrido” de acordo com a PG-SGA; † grau de significância calculado através do teste Mann-Whitney; ‡ Classificação “B - moderadamente desnutrido ou em risco de desnutrição” e “C – gravemente desnutrido” de acordo com a PG-SGA; § problemas em se alimentar em público; || problemas com contacto social; ¶ sentir-se doente; ** tomar suplementos nutricionais; †† receber nutrição por via de uma sonda. A cor verde estão assinalados resultados que poderão ser considerados clinicamente significativos (10 ou mais pontos de diferença entre grupos).

Na distribuição dos doentes pelos dois níveis de estado nutricional (bem nutrido / desnutrido ou em risco de desnutrição) foram encontradas diferenças com significado estatístico nos itens “deglutição” (no D1), “alimentação em público” (no D1 e no D43) e nos itens isolados “sentir-se doente” (no D1) e “saliva espessa” (na DT).

Foram encontradas diferenças que poderão ter significado clínico, pela sua amplitude superior a dez pontos (5). Assim, os doentes com melhor estado nutricional parecem apresentar melhor função, em particular no D43; os doentes com pior estado nutricional parecem apresentar mais sintomas, em particular no momento da decisão terapêutica, cerca de 1,5 meses depois de concluída a QT/RT.

DISCUSSÃO

Em Portugal, os TCP constituem a quarta patologia com maior incidência em indivíduos do sexo masculino, se agruparmos localizações como a laringe, a faringe, a cavidade oral e a nasofaringe. A cada ano, são diagnosticados 1800 novos casos; por dia, três indivíduos morrem com esta doença.

O impacto dos TCP, pela sua agressividade, localização e tratamento, assume diversas formas, afetando funções tão distintas como a respiração, a comunicação e a nutrição, esta última devido a alterações metabólicas e mecânicas (a mastigação, salivação e deglutição). Com frequência, estas alterações são duradouras e profundas e influenciam de modo substancial a qualidade de vida do doente e de quem o rodeia.

Este estudo pretendeu contribuir para a caracterização da qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com TCP e para o estudo de potenciais relações com o percurso terapêutico e estado nutricional. Para este efeito, acompanhamos um grupo de 31 doentes sob QT/RT concomitantes até à reunião multidisciplinar de decisão terapêutica que se seguiu ao tratamento e avaliámos, em três momentos distintos, o seu estado nutricional, a sua perceção do estado de saúde e a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Desde o início da recolha dos dados, e na globalidade dos casos, foi patente a boa receptividade ao estudo e ao preenchimento dos questionários por parte dos doentes. Esta atitude vem dar força a este tipo de pesquisa que, neste momento, não é executada por rotina no hospital onde decorreu este estudo.

Os doentes com TCP lidam com fatores físicos e psicológicos, como a fadiga e a depressão e ansiedade, que podem prejudicar ou ser incompatíveis com o preenchimento de um questionário (51) como o proposto neste estudo pelo que a escolha do momento mais adequado, a atenção dada à carga que um questionário pode representar e o respeito pelas circunstâncias do doente são fundamentais.

De facto, a aplicação dos questionários nem sempre decorreu no dia planeado. O desenho do estudo contemplava esta possibilidade e, devido a indisposição/mal-estar ou à interferência de dias de fim-de-semana, algumas aplicações foram adiadas um a três dias no D1 e no D43 – mas sempre dentro do período de tratamento de QT/RT. A reunião de decisão terapêutica (DT) chegou a ter adiamentos de uma semana, pelo que o preenchimento do questionário (por vezes no domicílio, uma semana antes, outras no

Hospital, conforme a conveniência do doente e articulação com a Investigadora), poderá ter sido adiado também.

Durante o preenchimento dos questionários alguns doentes requereram a presença da investigadora ou algum tipo de esclarecimento, situação que vai ao encontro dos achados de Silveira *et al* (127) que indicou que 79,4% dos respondentes solicitaram de ajuda no preenchimento dos questionários de avaliação da QVRS (dois dos questionários eram o EORTC QLQ C30 e o módulo H&N35).

É importante referir importância de uma adequada interpretação de um eventual padrão de ausência de resposta. Nesta pesquisa, foi relativamente comum a não-resposta a itens relacionados com a dentição, a fala e a sexualidade. A ausência de resposta poderá estar relacionada com dificuldade em compreender o intuito da pergunta, dificuldade em se rever num dado cenário ou constrangimento.

Três cenários, que sucederam neste estudo, podem ilustrar esta questão. Em primeiro lugar, o caso de um doente sem peças dentárias que ignorou as questões relacionadas com a dentição, entendendo não se aplicarem ao seu caso; o caso de um doente laringectomizado total não respondeu às questões relacionadas com a voz; e o caso de vários doentes que preferiram não responder às questões relacionadas com a sexualidade.

A abordagem a estas questões deve ser discutida anteriormente ao início do estudo, de forma a minimizar a ausência de respostas e o tratamento destas células vazias deve ser definido de modo a não prejudicar o resultado final (por exemplo, inserindo o valor médio dos valores efetivamente introduzidos).

O perfil sociodemográfico da amostra, nomeadamente o sexo e a sua baixa escolaridade, vai ao encontro de outros estudos. Já a localização anatómica mais prevalente difere, com outros estudos a referir os tumores da laringe e este estudo com uma amostra onde prevalecem os tumores da oro- e hipofaringe (15).

Alguns acontecimentos clínicos no percurso terapêutico – como a colocação de uma sonda para nutrição e hidratação, a necessidade de uma traqueostomia ou um período mais ou menos longo de internamento, para hidratação endovenosa, antibioterapia ou para medidas de controlo da infeção – poderão ser marcantes e influenciar a QV do doente. Este estudo extrapola os objetivos deste trabalho, mas a informação recolhida foi apresentada para efeitos de melhor caracterização da amostra.

A avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida percecionados pelo doente não é uma prática comum no ambiente clínico, estando praticamente reservada à

investigação. Há, no entanto, alguma tradição na medição do *performance status* utilizando o índice de Karnofsky, uma das escalas mais antigas para avaliar a QV (48). Este instrumento, publicado em 1949, avalia a capacidade física do doente para cuidar de si próprio. No estudo de Silveira *et al* foi reportado que, embora lhes tivesse sido atribuído um elevado índice de Karnofsky (90 a 100%), 54% dos participantes se encontravam numa fase sintomática (127). Estes dados enfatizam que a visão do profissional de saúde é distinta da perceção do próprio doente obtida por instrumentos de avaliação da QVRS. Embora o índice de Karnofsky seja uma das escalas mais utilizadas na prática clínica, a sua sensibilidade e fiabilidade são fracas devendo por isso ser utilizada em conjunto com outras escalas (120).

A avaliação da perceção do estado de saúde, utilizando o EQ-5D-5L, revelou-se simples e rápida. A amostra de doentes deste estudo transmite uma boa perceção do seu estado de saúde, comparativamente à população portuguesa. A EVA do questionário EQ-5D apresentou valores médios (ligeiramente) inferiores aos de referência, mas o índice posicionou-se acima do valor de referência, independentemente do percurso terapêutico (QT/RT precedida ou não por cirurgia).

No estudo da QV, nomeadamente da sua relação com o estado nutricional, foram encontradas poucas relações com significado estatístico. Contudo, em determinados momentos do percurso terapêutico, parece haver uma correspondência entre os doentes com melhor estado nutricional e melhor função (física, de desempenho, emocional, cognitiva e social) e menos sintomas.

A desnutrição é comum nos doentes oncológicos, em particular naqueles com TCP sob QT/RT, e associa-se a morbilidade e mortalidade aumentadas. É um fator de mau prognóstico relacionado com maior risco de toxicidade com os tratamentos e complicações e, conseqüentemente com maior risco de interrupção dos tratamentos, resultando em eficácia diminuída (78). A sua relação com a QV do doente oncológico com TCP foi evidenciada por diversos autores, cujos trabalhos foram citados nesta dissertação (82,83,91,99,111,113,128,61).

Neste estudo, não foi possível estabelecer uma relação de causa e efeito, ou mesmo conhecer a direção do benefício, mas os seus achados têm relevância e podem contribuir para a prossecução de estudos nesta área.

A utilização de um instrumento de avaliação do estado nutricional especificamente concebido para os doentes oncológicos – a PG-SGA pode ser um dos pontos fortes deste estudo. Esta escala, preenchida pelo próprio doente, para além de

averiguar a ocorrência de perda de peso recente, avalia os sintomas com impacto no estado nutricional (diminuição do apetite, náusea, dificuldades na deglutição, entre outros), as variações no aporte alimentar, relativamente ao habitual e a capacidade funcional, resultando num resultado multidimensional.

Embora a perda de peso desde o diagnóstico possa parecer um parâmetro objetivo, não tem em consideração a cinética da perda de peso ou a presença de edema e outros fatores clínicos e laboratoriais. Uma ferramenta como a PG-SGA constitui um recurso fiável na avaliação do estado nutricional. Capuano *et al* encontraram uma forte relação entre a PG-SGA e a perda involuntária de peso e outros fatores de prognóstico, incluindo a QV, em especial em doentes com TCP (99).

O estado nutricional é um forte indicador da QV e a correção ou prevenção da desnutrição poderá ter um efeito benéfico na resposta terapêutica e um impacto positivo na QV (110).

Aspetos positivos do estudo

Algumas características relacionadas com o desenho do estudo são as suas maiores forças, como por exemplo o facto de se tratar de um estudo prospetivo.

Depois, os instrumentos que utilizou são validados para a população em causa e são de autopreenchimento. Um dos instrumentos, para além de reunir as características anteriormente referidas, corresponde à recém-validada versão portuguesa da EQ-5D-5L.

Este estudo tentou ser um contributo para a desmistificação da incompatibilidade da utilização de instrumentos de avaliação do estado nutricional e da QVRS com a prática e rotina clínicas. A sua aplicação provou ser relativamente rápida, compreensível e bem aceite. O desafio que se coloca com a aplicação destes instrumentos, em particular os de avaliação da QVRS, é o tratamento estatístico dos dados e – mais ainda – o usufruto imediato dos resultados por parte do doente e do profissional de saúde.

Limitações do estudo

A primeira limitação refere-se ao número de participantes e só se poderá resolver prolongando o tempo do estudo. Pese embora a robustez dos testes estatísticos utilizados, o número de doentes é insuficiente para aplicar determinados testes estatísticos ou extrair resultados com maior significado, quer estatístico quer clínico.

De seguida, podemos mencionar o facto de não ter sido medido o papel das intervenções nutricionais propriamente ditas (aconselhamento dietético individualizado e intensivo, terapia nutricional com recurso a suplementos nutricionais orais ou nutrição por sonda, por exemplo) na QV. Este tipo de investigação requer, provavelmente, um desenho de estudo distinto (com um grupo controlo, sem intervenção ou com a intervenção habitual, por exemplo) e pede uma organização e trabalho com mais recursos humanos.

A implementação deste estudo levantou algumas questões logísticas, uma vez que ao trabalho habitual da Unidade de Nutrição e da Investigadora se acrescentou a avaliação de estado nutricional mais detalhada e a avaliação da perceção do estado de saúde e da QV – tudo isto em momentos perfeitamente concertados com os tratamentos de QT/RT.

Ideias para o futuro

Concluída a recolha, tratamento e discussão dos dados, surgem algumas ideias para pesquisas futuras que poderão melhorar ou reforçar o estudo apresentado nesta dissertação.

A caracterização sociodemográfica e a compreensão e enquadramento de alguns resultados poderiam ser enriquecidas com algumas questões relacionadas, por exemplo, com a religião. Seria interessante investigar de que modo a crença num deus interfere com as expectativas e a experiência real de saúde.

Neste trabalho, foi opção da investigadora a não existência de questões relacionadas com hábitos étlicos e tabágicos, ocorridos no passado ou presentes. Em próximas investigações poderia ser importante esta adição, a perspetiva de uma melhor caracterização da amostra e contextualização dos resultados.

No futuro, será importante procurar que aspetos (psicológicos ou físicos) mais valoriza este grupo de doentes, ou seja, focar a avaliação da QVRS no significado clínico de determinados sinais e sintomas para o doente.

Alguns critérios de inclusão e exclusão do estudo também poderão ser reequacionados. A aplicação de alguns questionários, quer de avaliação da QV quer do estado nutricional, revelou-se simples e exequível pelo que exclusão de alguns doentes, com diagnóstico de oligofrenia, por exemplo, deverá ser reconsiderada. Para este efeito, poderão ser eventualmente aplicadas ferramentas de avaliação da capacidade mental e cognitiva.

Numa perspetiva de simplificação logística (melhorar a forma de distribuição e aplicação dos questionários) e, mais ainda, de sensibilização, este desafio poderia ser lançado a outros serviços clínicos e/ou de enfermagem. A promoção de um envolvimento mais ativo de outros grupos profissionais contribuiria para a continuidade de este trabalho, com uma amplificação do número de participantes e a medição do estado nutricional e da QV em outros momentos do percurso do doente, a médio e a longo prazo, de modo a melhor apurar potenciais relações entre o estado nutricional, a QV e o percurso terapêutico.

Por fim, estender esta pesquisa a outros percursos terapêuticos, dentro da patologia da cabeça e pescoço, e a outros grupos de patologia, também será relevante. A comparação dos resultados obtidos com os valores de referência para a população saudável e com doença crónica será uma mais valia para um melhor entendimento e contextualização de resultados.

CONCLUSÃO

A saúde do século XXI enfrenta desafios tão distintos como a conceção e administração de novas tecnologias, a gestão de equipas, a transmissão de conhecimentos e a adaptação a constrangimentos económicos e financeiros – tudo isto sem esquecer a vertente humana, com novas formas de relação entre o profissional de saúde e o doente a ser desenvolvidas e a consolidar-se.

Hoje, os profissionais de saúde sabem que não basta olhar para o doente como uma doença que tem que ser tratada. Um dos seus objetivos deve passar pela prestação de cuidados integrais e tal requer um conhecimento pluridimensional da experiência do doente e da doença.

O contributo que a medição de resultados em saúde pode oferecer permanece em grande parte desconhecido, particularmente na oncologia da cabeça e pescoço. Uma colaboração interdisciplinar pode proporcionar um serviço mais completo, profundo e satisfatório – para os doentes, cuidadores e para o profissional.

Na avaliação da QV os aspetos qualitativos não se opõem aos quantitativos – ambos são complementos úteis. Este método de investigação é pouco familiar a muitos profissionais de saúde, embora olhar para a doença no contexto do dia-a-dia do doente amplie uma visão centrada nos aspetos exclusivamente clínicos. Esta atitude pode ser morosa, mas é rica em informação. Alguma subjetividade inerente a estas medições foi contornada por via de demonstração objetiva.

Este estudo veio contribuir para a ideia que a recolha de informação relacionada com a qualidade de vida relacionada com a saúde, através de instrumentos validados para o efeito, é exequível e traz informação relevante e perceptível, acrescentando valor à informação clínica.

De forma a destacar este tipo de pesquisa da perspetiva meramente académica ou de investigação, ou seja, de modo a integrar esta avaliação na rotina clínica, é necessário olhar para os resultados em saúde da mesma forma com se olha para um conjunto de sinais vitais do um doente, por exemplo, com recolha e análise agendadas e como sendo um conhecimento que gera, sempre que necessário, benefício ou intervenção imediatas. Vital para a medição e avaliação da qualidade de vida e resultados em saúde, é a existência de um sistema de informação capaz e que integre e analise esta informação de forma rápida e consequente.

A avaliação do estado nutricional, pela sua relação com melhores resultados clínicos e QVRS, deve ser integrado no circuito de prestação de cuidados. Tal só pode ser proporcionado com um sistema de referenciação sustentável baseado em mecanismos de rastreio simples e eficazes.

A posição privilegiada de alguns profissionais de saúde na teia de prestação de cuidados pode ser estratégica na construção de uma nova atitude dirigida a indivíduos marcados profundamente pela doença e pelos tratamentos, como são os doentes com tumores da cabeça e pescoço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doyle N. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 May [cited 2017 Sep 17];62(4):499–509. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373612>
2. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Heal Illn* [Internet]. 1982 Jul 1 [cited 2017 Sep 17];4(2):167–82. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-9566.ep11339939>
3. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2009 Jan [cited 2017 Sep 17];46(1):120–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18721923>
4. National Institute of Clinical Excellence. Improving outcomes in head and neck cancers - The Manual [Internet]. London; 2004 [cited 2017 Aug 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg6/resources/improving-outcomes-in-head-and-neck-cancers-update-pdf-773377597>
5. Osoba D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Ther Adv Med Oncol*. 2011;3(2):57–71.
6. Mohile S, Dale W, Hurria A. Geriatric oncology research to improve clinical care. *Nat Rev Clin Oncol* [Internet]. 2012 Oct [cited 2017 Jul 31];9(10):571–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22825377>
7. Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. *Oncologist* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 31];17(11):1439–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941970>
8. Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, et al. Clinical Predictors of Quality of Life in Patients With Head and Neck Cancer. *Arch Otolaryngol Neck Surg* [Internet]. 2004 Apr 1 [cited 2017 Jul 31];130(4):401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15096421>
9. Heutte N, Plisson L, Lange M, Prevost V, Babin E. Quality of life tools in head and neck oncology. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Jul 31];131(1):33–47. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1879729613001269>
10. Rogers SN, McNally D, Mahmoud M, Chan MF, Humphris GM. Psychologic response of the edentulous patient after primary surgery for oral cancer: A cross-sectional study. *J Prosthet Dent* [Internet]. 1999 Sep [cited 2017 Jul 31];82(3):317–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10479259>
11. Rogers SN, El-Sheikha J, Lowe D. The development of a Patients Concerns Inventory (PCI) to help reveal patients concerns in the head and neck clinic. *Oral Oncol* [Internet]. 2009 Jul [cited 2017 Jul 31];45(7):555–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19028135>
12. Millsopp L, Brandom L, Humphris G, Lowe D, Stat C, Rogers S. Facial appearance after operations for oral and oropharyngeal cancer: a comparison of casenotes and patient-completed questionnaire. *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2006 Oct [cited 2017 Jul 31];44(5):358–63. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266435605002597>
13. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2011 Aug [cited 2017 May 14];23(8):633–41. Available from:

- <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00042737-201108000-00001>
14. Global Burden of Disease Cancer Collaboration C, Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2017 May 14];3(4):524–48. Available from: <http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaoncol.2016.5688>
 15. Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L, et al. Prognoses and improvement for head and neck cancers diagnosed in Europe in early 2000s: The EURO CARE-5 population-based study. *Eur J Cancer* [Internet]. 2015 Sep 6 [cited 2017 May 14];51(15):2130–43. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804915007492>
 16. GECCP | Grupo de Estudos de Cancro da Cabeça e Pescoço [Internet]. [cited 2017 Aug 22]. Available from: <https://www.geccp.pt/>
 17. Cancros da cabeça e pescoço [Internet]. [cited 2017 May 14]. Available from: <http://makesensecampaign.eu/pt/informação-sobre-o-cancro/cancros-da-cabeça-e-pescoço/>
 18. Ridge J. Head and Neck Tumors | Cancer Network | The Oncology Journal [Internet]. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://www.cancernetwork.com/cancer-management/head-and-neck-tumors>
 19. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2004 Jan 21 [cited 2017 Aug 12];96(2):99–106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14734699>
 20. Leemans CR, Lefebvre J VJ. A panEuropean survey to gauge public awareness and understanding of head and neck cancer and associated risk factors. *J Clin Oncol*. 2009;27(15).
 21. Epstein JB, Hong C, Logan RM, Barasch A, Gordon SM, Oberle-Edwards L, et al. A systematic review of orofacial pain in patients receiving cancer therapy. *Support Care Cancer* [Internet]. 2010 Aug 11 [cited 2017 Aug 3];18(8):1023–31. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-010-0897-7>
 22. Kramer S, Gelber RD, Snow JB, Marcial VA, Lowry LD, Davis LW, et al. Combined radiation therapy and surgery in the management of advanced head and neck cancer: final report of study 73-03 of the Radiation Therapy Oncology Group. *Head Neck Surg* [Internet]. [cited 2017 Aug 2];10(1):19–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3449477>
 23. Garden AS, Asper JA, Morrison WH, Schechter NR, Glisson BS, Kies MS, et al. Is concurrent chemoradiation the treatment of choice for all patients with Stage III or IV head and neck carcinoma? *Cancer* [Internet]. 2004 Mar 15 [cited 2017 Aug 2];100(6):1171–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15022283>
 24. Walters SJ. Measuring quality of life. In: Wiley-Blackwell, editor. *Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: a practical guide to analysis and interpretation*. 2009. p. 30.
 25. Heutte N, Plisson L, Lange M, Prevost V, Babin E. Quality of life tools in head and neck oncology. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 19];131:33–47. Available from: <http://ac.els->

- cdn.com/S1879729613001269/1-s2.0-S1879729613001269-main.pdf?_tid=7c8f4e46-8505-11e7-80b4-00000aacb35d&acdnat=1503164607_335a90cd9e35074a9e212da0e9fc9628
26. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* [Internet]. 1992 Jun [cited 2017 Aug 22];30(6):473–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
 27. Ferreira PL. [Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation]. *Acta Med Port* [Internet]. [cited 2017 Aug 22];13(1–2):55–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11059056>
 28. Ferreira PL. [Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II -- Validation tests]. *Acta Med Port* [Internet]. [cited 2017 Aug 22];13(3):119–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11026151>
 29. de Bruin AF, Diederiks JP, de Witte LP, Stevens FC, Philipsen H. The development of a short generic version of the Sickness Impact Profile. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1994 Apr [cited 2017 Aug 22];47(4):407–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7730866>
 30. Santos I. Contributo para a adaptação cultural e linguística do Sickness Impact Profile - 68 itens (SIP 68). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2000.
 31. Group W. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status [Internet]. Vol. 23, *International Journal of Mental Health*. Taylor & Francis, Ltd.; 1994 [cited 2017 Aug 22]. p. 24–56. Available from: <https://www.jstor.org/stable/41344692>
 32. Canavarro MC, Serra AV, Simões MR, Rijo D, Pereira M, Gameiro S, et al. Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *Int J Behav Med* [Internet]. 2009 Jun 8 [cited 2017 Aug 22];16(2):116–24. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12529-008-9024-2>
 33. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1980 Dec [cited 2017 Aug 22];34(4):281–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7241028>
 34. Ferreira P, Melo E. Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil e saúde de Nottingham. *Nursing (Lond)*. 1999;135:23–9.
 35. Power M. Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C, editors. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* [Internet]. Amsterdam: IOS Press; 2003 [cited 2017 Aug 22]. p. 145–63. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf
 36. Pereira M, Melo C, Gameiro S, Canavarro M. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do Índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório Psicol* [Internet]. 2011;9(2):109–23. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/20675>
 37. EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* [Internet]. 1990 Dec [cited 2017 May 13];16(3):199–208. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10109801>
 38. Lopes Ferreira P, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun

- 11];26(6):664–75. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
39. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 1993 Mar 3 [cited 2017 May 14];85(5):365–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
 40. Ferreira P. The Portuguese version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Gynaecol Oncol*. 1997;18(4):324.
 41. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* [Internet]. 1993 Mar [cited 2017 Aug 22];11(3):570–9. Available from: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
 42. Moreira F, Pereira P, Samarina C, De V, Santos B. Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy - General em cuidados paliativos. *Abstr Resum* [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 22];45–54. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a05.pdf>
 43. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol* [Internet]. 1984 May [cited 2017 Aug 22];2(5):472–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6374052>
 44. de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* [Internet]. 1990 Dec [cited 2017 Aug 22];62(6):1034–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2257209>
 45. Santos M, Costa F, Watson M, Greer S, De Haes J, Van Knippenberg F, et al. Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos - Escalas de avaliação. *Psiquiatr Clin*. 1994;15:25–36.
 46. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, de Graeff A, Boysen M, Evensen JF, et al. Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *J Clin Oncol* [Internet]. 1999 Mar [cited 2017 May 14];17(3):1008–1008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10071296>
 47. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, van Pottelsberghe C, Curran D, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *Eur J Cancer* [Internet]. 2000 Sep [cited 2017 Aug 22];36(14):1796–807. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10974628>
 48. List MA, D’Antonio LL, Cella DF, Siston A, Mumby P, Haraf D, et al. The performance status scale for head and neck cancer patients and the functional assessment of cancer therapy-head and neck scale: A study of utility and validity. *Cancer* [Internet]. 1996 Jun 1 [cited 2017 Aug 19];77(11):2294–301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8635098>
 49. Furia C. Qualidade de vida em câncer de boca, faringe e laringe em São Paulo. Universidade de São Paulo; 2006.
 50. Hassan S, Weymuller E. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck* [Internet]. 1993 [cited 2017 Aug 22];15(6):485–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8253555>
 51. Ojo B, Genden EM, Teng MS, Milbury K, Misiukiewicz KJ, Badr H. A systematic

- review of head and neck cancer quality of life assessment instruments. *Oral Oncol* [Internet]. 2012 Oct [cited 2017 May 13];48(10):923–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22525604>
52. Rogers SN, Kanatas A. *Issues in Head and Neck Cancer*. First. Kazi R, Rhys-Evans P, Harrington K, Dwivedi R, editors. Delhi: Byword Books; 2012. 117-125 p.
 53. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy (New York)* [Internet]. 1996 Jul [cited 2017 May 13];37(1):53–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10158943>
 54. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual life Res* [Internet]. 2011 Dec 9 [cited 2017 May 13];20(10):1727–36. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-011-9903-x>
 55. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual life Res* [Internet]. 2013 Sep 25 [cited 2017 May 13];22(7):1717–27. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-012-0322-4>
 56. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 13];26(6):664–75. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
 57. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Mar 8 [cited 2017 May 13];23(2):413–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23748906>
 58. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited 2017 May 13];23(2):425–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0488-4>
 59. Singer S, Langendijk J, Yarom N. Assessing and Improving Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ B*. 2013;
 60. Leung SW, Lee T-F, Chien C-Y, Chao P-J, Tsai W-L, Fang F-M. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer*. 2011;
 61. Oates JE, Clark JR, Read J, Reeves N, Gao K, Jackson M, Boyer M OC. Prospective evaluation of quality of life and nutrition before and after treatment for nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;133(6):533–40.
 62. Yoshimura R, Shibuya H, Miura M, Watanabe H, Ayukawa F, Hayashi K, et al. Quality of life of oral cancer patients after low-dose-rate interstitial brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009;73(3):772–8.
 63. Schliephake H, Jamil M. Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002;31(4):427–33.
 64. Groenvold M, Fayers PM, Sprangers MA, Bjorner JB, Klee MC, Aaronson NK, et al. Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1999 Jun [cited 2017 Aug 22];52(6):523–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10408991>
 65. Singer S, Arraras JI, Chie W-C, Fisher SE, Galalae R, Hammerlid E, et al. Performance of the EORTC questionnaire for the assessment of quality of life in head and neck cancer patients EORTC QLQ-H&N35: a methodological review. *Qual Life Res* [Internet]. 2013 Oct 28 [cited 2017 Aug 22];22(8):1927–41. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-012-0325-1>

66. Jensen K, Jensen AB, Grau C. A cross sectional quality of life study of 116 recurrence free head and neck cancer patients. The first use of EORTC H&N35 in Danish. *Acta Oncol* [Internet]. 2006 Jan 8 [cited 2017 Aug 22];45(1):28–37. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02841860500417536>
67. Jensen K, Lambertsen K, Torkov P, Dahl M, Bonde Jensen A, Grau C. Patient assessed symptoms are poor predictors of objective findings. Results from a cross sectional study in patients treated with radiotherapy for pharyngeal cancer. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2007 Jan 8 [cited 2017 Aug 22];46(8):1159–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851855>
68. Sloan JA, Frost MH, Berzon R, Dueck A, Guyatt G, Moinpour C, et al. The clinical significance of quality of life assessments in oncology: a summary for clinicians. *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 Oct 23 [cited 2017 Aug 22];14(10):988–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794811>
69. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med* [Internet]. 1980 Oct [cited 2017 May 12];69(4):491–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291805800013>
70. Tewari N, Martin-Ucar AE, Black E, Beggs L, Beggs FD, Duffy JP, et al. Nutritional status affects long term survival after lobectomy for lung cancer. *Lung Cancer* [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Aug 12];57(3):389–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0169500207001900>
71. Meyerhardt JA, Tepper JE, Niedzwiecki D, Hollis DR, McCollum AD, Brady D, et al. Impact of Body Mass Index on Outcomes and Treatment-Related Toxicity in Patients With Stage II and III Rectal Cancer: Findings From Intergroup Trial 0114. *J Clin Oncol* [Internet]. 2004 Feb 15 [cited 2017 Aug 12];22(4):648–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14966087>
72. Dignam JJ, Polite BN, Yothers G, Raich P, Colangelo L, O’Connell MJ, et al. Body Mass Index and Outcomes in Patients Who Receive Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. *JNCI J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2006 Nov 15 [cited 2017 Aug 12];98(22):1647–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105987>
73. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* [Internet]. 2011 May [cited 2017 May 12];12(5):489–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296615>
74. Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, Antoun S, Bozzetti F, Deans C, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J Clin Oncol* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2017 May 12];33(1):90–9. Available from: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2014.56.1894>
75. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment [Internet]. CABI Pub; 2003 [cited 2017 Aug 21]. 824 p. Available from: https://books.google.pt/books?id=Ro8IaMhVvtAC&dq=elia+2003+guidelines+detection+management+malnutrition+mag&lr=&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s
76. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* [Internet]. 1980 Oct [cited 2017 Aug 12];69(4):491–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7424938>

77. Andreyev HJN, Norman AR, Oates J, Cunningham D, Bedikian AY, Chen TT, et al. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer* [Internet]. 1998 Mar [cited 2016 Nov 23];34(4):503–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804997100909>
78. Van Cutsem E, Arends J, Brant LJ, Bhargava P, Marshall J, Wainer IW, et al. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2017 May 12];9 Suppl 2:S51-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437758>
79. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C. Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* [Internet]. 2007 Jul [cited 2017 May 13];10(4):480–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17563467>
80. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2016;36(1):11–48.
81. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal P., Camilo M. Nutritional Deterioration in Cancer: The Role of Disease and Diet. *Clin Oncol* [Internet]. 2003 Dec [cited 2017 May 12];15(8):443–50. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0936655503001559>
82. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*. 2004;91:447–52.
83. Hammerlid E, Wirblad B, Sandin C, Mercke C, Edström S, Kaasa S, Sullivan M WT. Malnutrition and food intake in relation to quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck*. 1998;20(6):540–8.
84. McMillan DC, Madeddu C, Gramignano G, Mulas C, Floris C, Sanna E, et al. The systemic inflammation-based Glasgow Prognostic Score: a decade of experience in patients with cancer. *Cancer Treat Rev* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 May 12];39(5):534–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22995477>
85. Pan H, Cai S, Ji J, Jiang Z, Liang H, Lin F, et al. The Impact of Nutritional Status, Nutritional Risk, and Nutritional Treatment on Clinical Outcome of 2248 Hospitalized Cancer Patients: A Multi-Center, Prospective Cohort Study in Chinese Teaching Hospitals. *Nutr Cancer* [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 May 12];65(1):62–70. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01635581.2013.741752>
86. Isenring E, Elia M. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? *Nutrition* [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 May 12];31(4):594–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0899900715000064>
87. Meijers JMM, Tan F, Schols JMGA, Halfens RJG. Nutritional care; do process and structure indicators influence malnutrition prevalence over time? *Clin Nutr* [Internet]. 2014 Jun [cited 2017 May 12];33(3):459–65. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561413001878>
88. Geiker NRW, Hørup Larsen SM, Stender S, Astrup A, Elia M, Stroud M, et al. Poor performance of mandatory nutritional screening of in-hospital patients. *Clin Nutr* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 May 12];31(6):862–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22531501>
89. Food, fluid and nutritional care standards [Internet]. [cited 2017 May 12]. Available from:

- http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/patient_safety/improving_nutritional_care/nutritional_care_standards.aspx
90. Todorovic V, Russell C, Elia M. The “MUST” explanatory booklet: a guide to the “Malnutrition Universal Screening Tool” (‘MUST’) for Adults [Internet]. BAPEN; 2003 [cited 2017 Aug 22]. 19 p. Available from: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
 91. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck* [Internet]. 2005 Aug [cited 2017 May 12];27(8):659–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920748>
 92. Detsky A, McLaughlin J, Baker J, Johnston N, Whittaker S, Mendelson R, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enter Nutr* [Internet]. 1987 Jan [cited 2017 May 12];11(1):8–13. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014860718701100108>
 93. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2002 [cited 2017 May 12];56:779–85. Available from: <https://www.nature.com/ejcn/journal/v56/n8/pdf/1601412a.pdf>
 94. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* [Internet]. 1996 Jan [cited 2017 May 12];54(1 Pt 2):S59-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8919685>
 95. Isenring E, Cross G, Kellett E, Koczwara B, Daniels L. Nutritional Status and Information Needs of Medical Oncology Patients Receiving Treatment at an Australian Public Hospital. *Nutr Cancer* [Internet]. 2010 Jan 25 [cited 2017 May 12];62(2):220–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01635580903305276>
 96. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* [Internet]. 1996 Jan [cited 2016 Nov 23];12(1 Suppl):S15-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8850213>
 97. Silva SCG, Pinho JP. Translation, Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *Clin Nutr* [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Nov 23];34:S194–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561415306117>
 98. Laky B, Janda M, Kondalsamy-Chennakesavan S, Cleghorn G, Obermair A. Pretreatment malnutrition and quality of life - association with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer: a cohort study. *BMC Cancer* [Internet]. 2010 May 25 [cited 2017 Sep 17];10:232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20497581>
 99. Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A DPM. Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer*. 2010;18(4):433–7.
 100. Isenring E, Bauer J CS. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57(2):305–9.
 101. Brookes G. Nutritional status - a prognostic indicator in head and neck cancer. *Otolaryngol - Head Neck Surg* [Internet]. 1985 Feb [cited 2017 May 12];93(1):69–

74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920627>
102. Talwar BP. Upper aerodigestive tract disorders: head and neck cancer. In: Thomas B, Bishop J, editors. *Manual of Dietetic Practice*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2007. p. 424–32.
 103. List MA, Bilir SP. Evaluations of quality of life and organ function. *Semin Oncol* [Internet]. 2004 Dec [cited 2017 Aug 12];31(6):827–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15599862>
 104. Argiris A, Karamouzis M V, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet* [Internet]. 2008 May 17 [cited 2017 Aug 12];371(9625):1695–709. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18486742>
 105. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designé L. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. MACH-NC Collaborative Group. *Meta-Analysis of Chemotherapy on Head and Neck Cancer*. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2000 Mar 18 [cited 2017 Aug 12];355(9208):949–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768432>
 106. Grobbelaar EJ, Owen S, Torrance AD, Wilson JA. Nutritional challenges in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci* [Internet]. 2004 Aug [cited 2017 Aug 12];29(4):307–13. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2273.2004.00850.x>
 107. Sculpher M, Bryan S. Patients' preferences for the management of non-metastatic prostate cancer: discrete choice experiment. [cited 2017 Aug 22]; Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/328/7436/382.full.pdf>
 108. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support Care Cancer* [Internet]. 2004 Apr 1 [cited 2017 Aug 13];12(4):246–52. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-003-0568-z>
 109. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C, al. et, Williams J, Papp E. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr* [Internet]. 2007 Jun [cited 2017 May 13];26(3):289–301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17368656>
 110. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M, Vashi PG. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 23]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408376/pdf/1475-2891-11-27.pdf>
 111. Jager-Wittenaar H, Dijkstra PU, Vissink A, van der Laan BF, van Oort RP RJ. Malnutrition and quality of life in patients treated for oral or oropharyngeal cancer. *Head Neck*. 2011;33(4):490–6.
 112. Morton RP, Crowder VL, Mawdsley R, Ong E, Izzard M. Elective gastrostomy, nutritional status and quality of life in advanced head and neck cancer patients receiving chemoradiotherapy. *ANZ J Surg* [Internet]. 2009 Oct [cited 2017 May 14];79(10):713–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1445-2197.2009.05056.x>
 113. Berg MGA Van Den, Rasmussen-conrad EL, Nispen L Van, Binsbergen JJ Van, Merckx MAW. A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2008;44(9):830–7.
 114. Petruson KM, Silander EM, Hammerlid EB. Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer. *Head Neck* [Internet]. 2005 Apr [cited 2017 May 14];27(4):302–10. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712299>
115. van den Berg MGA, Rasmussen-Conrad EL, van Nispen L, van Binsbergen JJ, Merckx MAW. A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer. *Oral Oncol* [Internet]. 2008 Sep [cited 2017 May 14];44(9):830–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243771>
 116. Langius JA, van Dijk AM, Doornaert P, Kruizenga HM, Langendijk JA, Leemans CR, Weijs PJ VLI. More than 10% weight loss in head and neck cancer patients during radiotherapy is independently associated with deterioration in quality of life. *Nutr Cancer*. 2013;65(1):76–83.
 117. Oates J, Clark JR, Read J, Reeves N, Gao K OC. Integration of prospective quality of life and nutritional assessment as routine components of multidisciplinary care of patients with head and neck cancer. *ANZ J Surg*. 2008;78(1–2):34–41.
 118. Howell D, Molloy S, Wilkinson K, Green E, Orchard K, Wang K, et al. Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: a scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. *Ann Oncol* [Internet]. 2015;26(9):1846–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25888610>
 119. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Heal Serv Res*. 2013;
 120. Silveira A, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, et al. Avaliação da qualidade de vida em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço - Modelo de validação da versão electrónica portuguesa do EORTC-QLQ C30 e EORTC-H&N35. *Acta Med Port* [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 20];24(S2):347–54. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/8af2/b4c0fdb821fd36cd57d5433c109d77c162df.pdf>
 121. Taenzer PA, Specca M, Atkinson MJ, Bultz BD, Page S, Harasym P, et al. Computerized quality-of-life screening in an oncology clinic. *Cancer Pract* [Internet]. [cited 2017 Aug 20];5(3):168–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9171553>
 122. Millsopp L, Frackleton S, Lowe D, Rogers SN, DeGagne T, Olson K, et al. A feasibility study of computer-assisted health-related quality of life data collection in patients with oral and oropharyngeal cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2006 Aug 1 [cited 2017 Aug 20];35(8):761–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16697148>
 123. de Bree R, Verdonck-de Leeuw IM, Keizer AL, Houffelaar A, Leemans CR. Touch screen computer-assisted health-related quality of life and distress data collection in head and neck cancer patients. *Clin Otolaryngol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2017 Aug 20];33(2):138–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18429869>
 124. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2017 Jun 11];310(20):2191. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.281053>
 125. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual The EORTC QLQ-C30 [Internet]. 3rd Edition. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001 [cited 2017 Sep 17]. Available from: <http://www.eortc.be/qol/files/scmanualqlq-c30.pdf>

126. Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK, Bottomley A, De Graeff A, Groenvold M, et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values [Internet]. Brussels: EORTC Quality of Life Group Members; 2008 [cited 2017 Sep 17]. p. 142–4. Available from: http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf
127. Silveira AP, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, et al. Patient reported outcomes in head and neck cancer: selecting instruments for quality of life integration in clinical protocols. *Head Neck Oncol* [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 22];2:32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988779/pdf/1758-3284-2-32.pdf>
128. Langius JAE, van Dijk AM, Doornaert P, Kruijzena HM, Langendijk JA, Leemans CR, et al. More Than 10% Weight Loss in Head and Neck Cancer Patients During Radiotherapy Is Independently Associated with Deterioration in Quality of Life. *Nutr Cancer* [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 May 13];65(1):76–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23368916>

Anexo 1



Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Designação do estudo

Caracterização do estado nutricional e da saúde dos doentes de cabeça e pescoço com tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia que frequentam a consulta de nutrição.

Local

Unidade de Nutrição do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG, EPE).

Objetivo do estudo

Caracterizar o estado nutricional, o estado de saúde e a qualidade de vida dos doentes diagnosticados com tumores da cabeça e pescoço sob quimioterapia e radioterapia concomitantes a frequentar a consulta de nutrição do IPOC.

Explicação do estudo

A participação neste estudo pressupõe o preenchimento de um questionário no contexto da sua deslocação para uma consulta programada. Nenhum procedimento ou exame será adicionado à normal conduta médica pela sua participação.

Condições e financiamento

A participação neste estudo é totalmente voluntária e, na eventualidade de não aceitar participar, não haverá qualquer prejuízo na qualidade dos cuidados a si prestados. Não existe qualquer benefício pessoal imediato ao participar neste estudo, sendo que também não lhe acarretará qualquer custo do ponto de vista financeiro. Se assim o desejar, ser-lhe-á fornecido maior detalhe científico sobre o tema abordado e qualquer questão que queira colocar será prontamente esclarecida pela equipa de investigação. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética deste hospital.

Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.

Confidencialidade e anonimato

Este questionário é anónimo, não lhe sendo pedido que coloque qualquer identificação sua, e garantimos a completa confidencialidade da informação.



Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013)

- *Confirmando que expliquei ao/à participante abaixo indicado/a, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.*
- *Respondi a todas as perguntas que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão.*
- *Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.*

A nutricionista

Nome: _____ Assinatura _____

Identificação do/a participante

Nome: _____

Participante

- *Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a médico/a investigado/a que o assina.*
- *Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.*
- *Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.*
- *Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, durante as deslocações de rotina à consulta, e permito a utilização dos dados anónimos que, de uma forma voluntária, forneço.*
- *Confio que estes dados serão somente utilizados para o estudo autorizado pela Comissão de Ética deste Hospital e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Anexo 2

ESTADO NUTRICIONAL, ESTADO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender como é o estado nutricional e da saúde dos doentes de cabeça e pescoço com tratamento concomitante de quimioterapia e radioterapia que frequentam a consulta de nutrição.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer.

Nunca ninguém poderá ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Assim, muito agradecemos que responda às perguntas abaixo da forma que considerar a mais correta.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e participação.

Comecemos por alguma informação relativa à sua situação clínica.

Há quanto tempo lhe foi feito o diagnóstico? _____ anos _____ meses

Teve algum tratamento oncológico anterior à QT/RT concomitantes?

- ₁ Cirurgia
- ₂ Quimioterapia
- ₃ Nenhum

Já algum médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tinha alguma destas condições?

- ₁ Asma
- ₂ Diabetes
- ₃ Hipertensão arterial
- ₄ Outra. Por favor, especifique _____

A preencher pelo IPOCFG

Diagnóstico: _____

Estádio da doença: ₁ Tx ₂ Tis ₃ T1 ₄ T2 ₅ T3 ₆ T4
₁ Nx ₂ N0 ₃ N1 ₄ N2 ₅ N3
₁ Mx ₂ M0



Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment [Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente] PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem preenchidas pelo doente.
[As caixas 1-4 constituem a versão PG-SGA *Short Form*]

1. Peso:

Resumo do meu peso atual e recente:

Atualmente peso cerca de _____ kg

A minha altura é _____ cm

Há 1 mês pesava cerca de _____ kg

Há 6 meses pesava cerca de _____ kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

diminuiu (1) ficou igual (0) aumentou (0)

Caixa 1

Indicar somatório (Ver folha de trabalho 1)

Identificação do doente:

2. Ingestão alimentar: No último mês, comparando com o habitual, eu classificaria a minha alimentação como:

- igual (0)
- mais que o habitual (0)
- menos que o habitual (1)
- Eu agora como:
- comida normal mas em menor quantidade (1)
- poucos alimentos sólidos (2)
- apenas alimentos líquidos (3)
- apenas suplementos nutricionais (3)
- muito pouca quantidade de qualquer alimento (4)
- apenas alimentação por sonda ou pela veia (0)

Caixa 2

Indicar valor mais alto

3. Sintomas: Durante as duas últimas semanas, tenho tido problemas que me impediram de comer o suficiente (**assinalar todos os aplicáveis**):

- não tive problemas em comer (0)
- não tive apetite, não me apeteceu comer (3)
- náuseas (enjoo) (1)
- obstipação (prisão de ventre) (1)
- feridas na boca (2)
- alimentos têm agora um sabor estranho ou não têm sabor (1)
- dificuldades em engolir (2)
- dor; onde? (3) _____
- outros*: (1) _____
- vômitos (3)
- diarreia (3)
- boca seca (1)
- os cheiros incomodam-me (1)
- sinto-me cheio depressa (1)
- cansaço (fadiga) (1)

Caixa 3

Indicar somatório

4. Atividades e capacidade funcional:

Relativamente ao mês passado, eu classificaria a minha atividade como:

- normal sem limitações e sou capaz de fazer a minha vida diária (0)
- não estou normal, mas sou capaz de fazer grande parte das minhas atividades diárias habituais (1)
- não me sinto capaz de realizar a maioria das minhas atividades e fico na cama ou sentado menos de metade do dia (2)
- sou capaz de realizar poucas atividades e passo a maior parte do dia na cama ou sentado (3)
- passo a maior parte do tempo na cama (3)

Caixa 4

Indicar valor mais alto

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Obrigado.

Somatório das caixas 1 a 4

A

5. Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE.

A - MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar ₁
Tenho problemas ligeiros em andar ₂
Tenho problemas moderados em andar ₃
Tenho problemas graves em andar ₄
Sou incapaz de andar ₅

B - CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas em me lavar ou vestir ₁
Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir ₂
Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir ₃
Tenho problemas graves em me lavar ou vestir ₄
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₅

C - ATIVIDADES HABITUAIS (*ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₁
Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais ₂
Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais ₃
Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais ₄
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ₅

D - DOR/MAL-ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
Tenho dores ou mal-estar ligeiros ₂
Tenho dores ou mal-estar moderados ₃
Tenho dores ou mal-estar graves ₄
Tenho dores ou mal-estar extremos ₅

E - ANSIEDADE/DEPRESSÃO

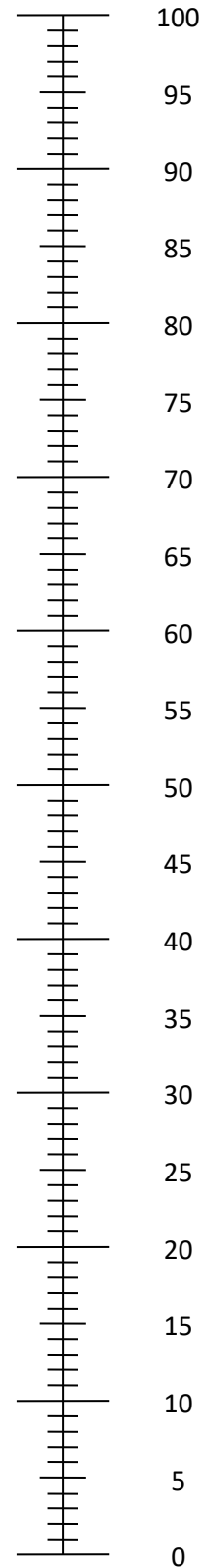
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₃
Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a ₄
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₅

6. Gostaríamos agora de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

7. Gostaríamos agora de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
- Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Durante a última semana	Não	Um pouco	Bastante	Muito
- Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve falta de ar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dores?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Precisou de descansar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em dormir?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se fraco/a?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve falta de apetite?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve enjoos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Vomitou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve prisão de ventre?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve diarreia?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se cansado/a?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- As dores perturbaram as suas atividades diárias	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se tenso/a?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve preocupações?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se irritável?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se deprimido/a?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Durante a última semana	Não	Um pouco	Bastante	Muito
- Sentiu a boca seca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- A saliva pegava?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldades com os cheiros?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldades com o paladar?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Tossiu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Esteve rouco?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu-se doente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Preocupou-se com o seu aspeto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em comer?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em comer à frente da sua família?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em comer à frente de outras pessoas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em ter prazer nas refeições?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em falar com pessoas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em falar ao telefone?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em conviver com a família?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em conviver com amigos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em estar em lugares públicos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve dificuldade em estabelecer contactos físicos com a família ou com amigos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Sentiu menos interesse pelo sexo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
- Teve menos prazer sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Durante a última semana	Não	Sim
- . Tomou medicamentos para as dores?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
- Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
- Alimentou-se através de tubagem?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
- Diminui de peso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
- Aumentou de peso?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Por fim, agradecemos que nos fornecesse alguns dados, apenas para fins estatísticos.

10. Qual é a data de hoje? ____ / ____ / ____
 dia mês ano

11. Em que dia nasceu? ____ / ____ / ____
 dia mês ano

12. Qual é o seu sexo? ₁ Masculino ₂ Feminino

13. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Casado/a com registo
- ₂ Casado/a sem registo – união de facto
- ₃ Solteiro/a
- ₄ Viúvo/a
- ₅ Divorciado/a
- ₆ Separado/a

14. Qual a situação profissional do pai?

- ₁ Ativo. Qual a profissão? _____
- ₂ Reformado/Aposentado
- ₃ Desempregado
- ₄ Estudante
- ₅ Outra. Qual? _____

15. Que grau de ensino é que completou?

- ₁ Não sabe ler nem escrever
- ₂ Só sabe ler e escrever
- ₃ 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ₄ 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ₅ 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ₆ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ₇ Ensino Médio
- ₈ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

MUITO OBRIGADO

As perguntas seguintes serão preenchidas pelo investigador

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente

Somatório das caixas 1 a 4 (Ver página 1) A

Folha de Trabalho 1 - Pontuação da perda de peso

Para determinar a pontuação usar o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Usar o valor de há 6 meses apenas quando não existe o de há 1 mês. Usar os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA.

Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	$\frac{P \text{ anterior} - P \text{ atual}}{P \text{ anterior}} \times 100$
≥ 10%	4	≥ 20%	
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%	
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%	
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%	
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%	

Pontuação da Folha de Trabalho 1

Folha de Trabalho 2 – Patologias e a sua relação com as necessidades nutricionais

Todos os diagnósticos relevantes (especificar) _____

Estadiamento da doença primária (assinale se conhecido ou apropriado) I II III IV Outro _____

A pontuação é calculada adicionando um ponto por cada uma das seguintes condições clínicas que o doente apresente:

- Cancro SIDA Caquexia Cardíaca ou Pulmonar Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fístula
 Existência de traumatismo Idade superior a 65 anos Insuficiência Renal Crónica

Pontuação da Folha de Trabalho 2 B

Folha de Trabalho 3 - Necessidades metabólicas

A pontuação para o *stress* metabólico é determinada por um número de variáveis que estão associadas ao aumento das necessidades proteicas e calóricas. Nota: A pontuação desta folha de trabalho resulta de um somatório dos pontos relativos à febre ou à duração da febre (o valor mais elevado destas duas variáveis) e relativos aos corticosteroides, de forma a que um doente que tem de febre 38,8°C (3 pontos) há menos de 72 horas (1 ponto) e está em tratamento com 10mg de prednisona (2 pontos) totalizaria 5 pontos.

	SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)
Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C
Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas
Corticosteroides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equival. prednisona/dia)	Dose moderada (≥10 a <30mg equival. prednisona/dia)	Dose elevada (≥30mg equival. prednisona/dia)

Pontuação da Folha de Trabalho 3 C

Folha de Trabalho 5 - Categorias de avaliação global da PG-SGA

A Avaliação Global é subjetiva e pretende refletir uma apreciação qualitativa das Caixas 1-4 e da Folha de Trabalho 4 (Exame Físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, seleccione o Estádio (A, B ou C).

- ESTÁDIO A Bem nutrido ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição ESTÁDIO C Gravemente desnutrido

Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva
Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão
Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)
Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa
Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)

Folha de Trabalho 4 - Exame físico

O exame físico inclui uma avaliação subjetiva de 3 aspetos da composição corporal: músculo, gordura e fluidos. Uma vez que é subjetivo, cada item deste exame é cotado pelo grau de défice. Embora subjetivo, o impacto do défice muscular é superior ao da gordura. Definição das categorias: 0 = sem défice, 1+ = défice ligeiro, 2+ = défice moderado, 3+ = défice grave. A pontuação do défice destes três aspetos não é somatória mas é usada para determinar clinicamente o grau global de défice (ou de edema).

	Sem défice	Défice ligeiro	Défice mod.	Défice grave		Sem edema	Edema ligeiro	Edema mod.	Edema grave
Estado do compartimento muscular:					Estado de fluidos:				
Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+	Edema do tornozelo	0	1+	2+	3+
Clavículas (peitorais e deltóides)	0	1+	2+	3+	Edema do sacro	0	1+	2+	3+
Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+	Ascite	0	1+	2+	3+
Músculos interósseos	0	1+	2+	3+	Classificação do estado de fluidos global	0	1+	2+	3+
Omoplata (<i>latissimus dorsi</i> , trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+	O impacto do défice muscular prevalece sobre o da gordura e o edema.				
Coxa (quadricípedes)	0	1+	2+	3+	A pontuação do exame físico é determinada pela classificação subjetiva global do défice corporal.				
Gêmeos (<i>gastrocnemius</i>)	0	1+	2+	3+	Sem défice = 0 pontos				
Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+	Défice ligeiro = 1 ponto				
Reservas de gordura:					Défice moderado = 2 pontos				
Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+	Défice grave = 3 pontos				
Prega tricípital	0	1+	2+	3+					
Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+					
Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+					

Pontuação da Folha de Trabalho 4 D

AVALIAÇÃO GLOBAL

Estádio A, B ou C

Ver Folha de Trabalho 5

PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA

(Pontuação numérica total de A + B + C + D)

Ver Recomendações de triagem nutricional

Recomendações de triagem nutricional:

A pontuação total da PG-SGA é usada para determinar a intervenção nutricional individualizada incluindo o aconselhamento ao doente e família, o controlo de sintomas (incluindo intervenções farmacológicas) e a seleção da intervenção nutricional apropriada (através de alimentos, suplementos nutricionais, nutrição entérica ou parentérica).

A 1ª linha de intervenção nutricional corresponde a um controlo ótimo de sintomas.

TRIAGEM DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA:

- 0 – 1 Não é necessário intervenção nutricional de momento. Reavaliar regularmente e por rotina durante o tratamento;
- 2 – 3 Aconselhamento ao doente e família por um nutricionista, enfermeiro ou outros clínicos, com intervenção farmacológica, tal como indicado na caixa 3 (Sintomas) e por resultados laboratoriais, conforme apropriado;
- 4 – 8 Requer intervenção nutricional por nutricionista em conjunto com o enfermeiro ou médico conforme indicado na caixa 3 (Sintomas);
- ≥ 9 Indica uma necessidade crítica para um melhor controlo dos sintomas e/ou intervenção nutricional.