

# Adesão à terapia nutricional oral de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço

*Adherence to oral nutritional therapy of patients with head and neck neoplasms*

Táine Paula Cibulski<sup>1</sup>  
Tamara Becker<sup>1</sup>  
Camila Baldissera<sup>2</sup>  
Tatiane Basso<sup>3</sup>  
Daiana Argenta Kumpel<sup>4</sup>

## Unitermos:

Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Terapia Nutricional. Suplementos Nutricionais.

## Keywords:

Head and Neck Neoplasms. Nutritional Therapy. Dietary Supplements.

## Endereço para correspondência:

Táine Paula Cibulski  
Rua Uruguai, 1382/501 – Centro – Passo Fundo, RS,  
Brasil – CEP: 99010-110  
E-mail: tainecibulski@gmail.com

## Submissão

19 de junho de 2017

## Aceito para publicação

27 de agosto de 2017

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de cabeça e pescoço refere-se às neoplasias malignas com sítio primário no trato aerodigestivo superior. A desnutrição apresenta alta incidência e interfere de forma negativa na qualidade de vida e na tolerância ao tratamento. **Método:** Estudo descritivo de delineamento transversal, realizado com adultos e idosos, portadores de neoplasia maligna de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico, no período de julho a outubro de 2016. Os dados foram coletados por meio de questionário formulado pelas pesquisadoras, contendo dados sociodemográficos, clínicos, físicos, antropométricos e de adesão à terapia nutricional oral. **Resultados:** Participaram do estudo 11 pacientes, com maior prevalência do gênero masculino (81,8%) e idade senil (63,6%). Houve prevalência das neoplasias de orofaringe (36,4%) e laringe (27,3%). O estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal demonstrou que 63,6% encontravam-se eutróficos e 90,9% apresentaram perda de peso grave. Pela Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente, 90,9% dos pacientes estavam desnutridos. Dentre as características dos suplementos nutricionais, prevaleceu o consumo de produtos hipercalóricos (100%), em pó (63,6%), sem sabor (63,7%), consumidos preferencialmente em temperatura ambiente (72,7%), com leite (63,7%). Considerando a adesão, a maioria dos pacientes (81,8%) aderiu à terapia nutricional oral. Dentre os fatores relatados que interferiram na adesão estão: dificuldade financeira para aquisição do produto (9,1%) e náuseas/odinofagia (9,1%). Todos os pacientes relataram lembrar/compreender as orientações quanto ao uso do suplemento nutricional e consideraram importante sua utilização. **Conclusões:** A maioria dos pacientes aderiu à terapia nutricional oral e dentre os fatores que limitaram a adesão estão a dificuldade financeira para adquirir o suplemento nutricional e os sintomas provocados pelo tratamento oncológico. A atuação do nutricionista se faz necessária junto ao paciente com neoplasia de cabeça e pescoço, a fim de contribuir para melhora na adesão ao tratamento, desfecho da doença e qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Head and neck cancer refers to malignant neoplasms with primary site in upper aerodigestive tract. Malnutrition has a high incidence and negative influence on quality of life and treatment tolerance. **Methods:** Cross-sectional descriptive study performed in adults and elderly people, who carried malignant head and neck neoplasm and were under radiotherapy, from July to October 2016. Data were collected through questionnaire produced by the researchers, including sociodemographic, clinical, physical, anthropometric and adherence to oral nutritional therapy data. **Results:** Eleven patients participated in the study, and there was prevalence of the male gender (81.8%) and senile age (63.6%). There was prevalence of oropharynx (36.4%) and larynx (27.3%) neoplasms. The nutritional status by the Body Mass Index showed that 63.6% of the participants were eutrophic, 90.9% presented severe weight loss. According to the Subjective Global Assessment Produced by the Patient, 90.9% of patients were malnourished. Among the characteristics of nutritional supplements, there was prevalence of hypercaloric (100%), powder (63.6%), and flavorless (63.7%) food intake, preferably consumed at room temperature (72.7%) with milk (63.7%). Considering adherence, most patients (81.8%) accepted oral nutritional therapy. Among the factors reported to interfere with adherence are financial difficulty to purchase the product (9.1%) and nausea/odynophagia (9.1%). All patients reported remembering/understanding the instructions regarding the use of nutritional supplements and found their use important. **Conclusions:** Most patients accepted oral nutritional therapy and among the factors that limited adherence are financial difficulty to purchase nutritional supplements and symptoms caused by the oncological treatment. The work of the nutritionist is necessary for the patient with head and neck neoplasm in order to contribute to improving adherence to treatment, disease outcome, and quality of life.

1. Nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso e Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo, Hospital São Vicente de Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.
2. Fisioterapeuta residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso e Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo, Hospital São Vicente de Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.
3. Nutricionista Clínica do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Especialista em Nutrição Clínica, Metabolismo e Estética. Preceptora da Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do HSVP, Passo Fundo, RS, Brasil.
4. Nutricionista. Especialista em Tecnologia e Controle de Qualidade em Alimentos, Mestre em Envelhecimento Humano. Orientadora e tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso e Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo, Hospital São Vicente de Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) refere-se às neoplasias malignas com sítio primário no trato aerodigestivo superior e possui comportamento clínico diferente para cada subsítio, seja cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe ou nasofaringe<sup>1</sup>. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o Brasil, biênio 2016-2017, apontava a ocorrência de cerca de 11.140 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.350 em mulheres; para o câncer de laringe, estimavam-se 6.360 novos casos para os homens e 990 para as mulheres. No estado do Rio Grande do Sul, estimavam-se, para câncer da cavidade oral e laringe, cerca de 1.110 e 750 novos casos, respectivamente<sup>2</sup>.

A desnutrição apresenta incidência de 30% a 50% nos pacientes com CCP e interfere de forma negativa na qualidade de vida, bem como na diminuição da tolerância ao tratamento, no aumento dos riscos de infecção, na maior demanda de cuidados e custos hospitalares. Frequentemente, a toxicidade do tratamento de quimioterapia ou radioterapia causa efeitos colaterais que limitam a ingestão oral, por isso, muitas vezes, o tratamento não pode ser realizado sem um suporte nutricional adequado e intensivo. As estratégias incluídas na terapia nutricional consistem em orientação nutricional, suplementos nutricionais orais e nutrição enteral<sup>3</sup>.

A Terapia Nutricional Oral (TNO) é indicada ao paciente oncológico com o intuito de aumentar a ingestão dietética e prevenir efeitos colaterais, como a perda de peso e a interrupção do tratamento<sup>4</sup>. Embora os suplementos nutricionais orais ofereçam benefícios significativos, existem alguns fatores que podem limitar sua ingestão. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo verificar a adesão da TNO nos pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço em um hospital de alta complexidade do norte do Rio Grande do Sul.

## MÉTODO

O presente estudo teve como característica ser descritivo de delineamento transversal, realizado com adultos e idosos, portadores de neoplasia maligna de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico, no período de julho a outubro de 2016, no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo, RS.

As informações foram coletadas por meio de um questionário formulado pelas pesquisadoras, contendo dados sociodemográficos, clínicos, físicos, antropométricos e de adesão à TNO. Os pacientes foram avaliados pela própria pesquisadora em até 15 dias após a data de início do uso do suplemento nutricional.

Incluíram-se, no estudo, todos os pacientes de ambos os sexos, adultos e idosos, portadores de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, independentemente do estadiamento da

doença e tratamentos concomitantes (pré ou pós-cirúrgico e/ou quimioterapia). Os mesmos foram atendidos pelo setor de radioterapia do HSVP, em acompanhamento nutricional ambulatorial, com indicação de TNO pela nutricionista do setor. Foram excluídos deste estudo menores de 18 anos e os indivíduos diagnosticados com outros tipos de neoplasias malignas.

Os dados pessoais e clínicos – tais como idade, escolaridade, estado civil, diagnóstico e comorbidades – foram coletados em prontuário manual. Já as informações complementares foram questionadas diretamente ao paciente e/ou acompanhante.

Para definição da classe econômica, foi aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, por meio de um sistema de pontos, sendo os indivíduos agrupados em classe econômica A1, A2, B1, B2, C1, C2, D ou E<sup>5</sup>.

Na avaliação antropométrica, foram aferidos o peso corporal (kg) e a altura (m) para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), conforme normas padronizadas<sup>6</sup>. Para a classificação do estado nutricional, foram adotados os seguintes critérios para adultos: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC: ≥ 18,5 e < 25 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC: ≥ 25,0 e < 30 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC: ≥ 30), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup>; e, para idosos: baixo peso (IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (IMC ≥ 22 e < 27 kg/m<sup>2</sup>) e sobrepeso/obesidade (IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>), proposto por Lipschitz<sup>8</sup>. O excesso de peso foi considerado para adultos quando o IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> e para idosos quando o IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>.

A perda de peso do paciente foi identificada em um período de até seis meses anteriores à data da avaliação. O cálculo do percentual de perda de peso (%PP) foi realizado calculando-se a diferença entre o peso usual e o peso atual, sendo este resultado multiplicado por 100 e dividido pelo peso usual. O paciente foi classificado de acordo com Blackburn et al.<sup>9</sup>, com os seguintes pontos de corte: perda significativa de peso no período de um mês (≤ 5%), três meses (≤ 7,5%) e seis meses (≤ 10%), e perda grave quando em um mês (> 5%), três meses (> 7,5%) e seis meses (> 10%).

Para avaliação do risco nutricional, utilizou-se a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), protocolo específico para pacientes oncológicos na versão traduzida e validada por Gonzalez et al.<sup>10</sup>. A parte inicial é composta de perguntas sobre alteração do peso e ingestão alimentar, sintomas que interferiram na alimentação e alteração da capacidade funcional. A segunda parte é relativa à doença e sua relação com os requerimentos nutricionais, estresse metabólico e exame físico. A partir da somatória dos pontos, o escore total indicou o nível da intervenção nutricional. O diagnóstico nutricional foi definido com

base na ASG-PPP, que propõe as categorias A (bem nutrido ou anabólico), B (desnutrição moderada ou suspeita) e C (desnutrição importante).

Para avaliação da adesão à terapia nutricional, foram verificados: volume utilizado, características e aceitação do produto, informações quanto às orientações de uso e fatores que influenciaram no consumo adequado, entre eles, falta de compreensão das orientações, dificuldade financeira, não gostou, não achou importante, esqueceu-se de usar, dificuldades para preparar e presença de sintomas gastrointestinais.

Os dados foram analisados no programa SPSS versão 18.0. Para as análises de associação, foi aplicado o teste Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 95% ( $p \leq 0,05$ ).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob parecer de número 1.612.564. Os pacientes participaram do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

O estudo foi composto por 11 pacientes, com prevalência do sexo masculino (81,8%) e faixa etária entre 52 e 83 anos, sendo a maioria na idade senil. Verificou-se baixa escolaridade (81,8%) e a maioria era casado(a) ou vivia em união estável, comparando ao atendimento nutricional acompanhado(a). No que diz respeito à classe econômica, ficou evidente um panorama de baixo poder aquisitivo, pois mais da metade (54,5%) dos pacientes em estudo pertenciam às classes D e E, conforme a Tabela 1.

Segundo a localização anatômica das neoplasias, os dados demonstraram prevalência para orofaringe (36,4%) e laringe (27,3%), seguida de outras localizações, como lábio, hipofaringe, nasofaringe e seio maxilar, que, juntas, correspondem a 36,4% dos casos.

A radioterapia apareceu como modalidade única de tratamento em 54,5% dos pacientes. A outra parcela de enfermos realizava a radioterapia em associação com a quimioterapia. A maioria dos pacientes (63,6%) não referiu comorbidades.

Em relação ao estado nutricional, notou-se que 63,6% dos pacientes encontravam-se eutróficos pelo IMC, porém, quando avaliados pela porcentagem de perda de peso, observou-se perda grave de peso de forma acentuada (90,9%); e, pela ASG-PPP, somente 9,1% encontravam-se bem nutridos. Considerando o período de perda de peso referente a um, três e seis meses, conforme sugerem Blackburn et al.<sup>9</sup>, verificou-se que 72,7% dos pacientes apresentaram prevalência de perda de peso no período de um mês, sendo classificados como perda de peso grave. Por meio da ASG-PPP, observou-se que 90,9% dos pacientes apresentaram algum grau de desnutrição (Tabela 2).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço (n=11).

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	2	18,2
	Masculino	9	81,8
Faixa etária	51 – 59 anos	4	36,4
	≥ 60 anos	7	63,6
Estado civil	Casado/união estável	7	63,6
	Separado/divorciado	1	9,1
	Viúvo	3	27,3
Presença de acompanhante	Sim	6	54,5
	Não	5	45,5
Escolaridade	EFI	9	81,8
	EFC	1	9,1
	EMC	1	9,1
Classe econômica	B2	1	9,1
	C1	2	18,2
	C2	2	18,2
	D-E	6	54,5

EFI=Ensino Fundamental Incompleto; EFC=Ensino Fundamental Completo; EMC=Ensino Médio Completo.

**Tabela 2** – Parâmetros nutricionais e antropométricos de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço (n=11).

Parâmetros	Classificação do estado nutricional	n	%
IMC	Baixo peso	3	27,3
	Eutrofia	7	63,6
	Excesso de peso	1	9,1
% PP	Perda grave	10	90,9
	Perda significativa	1	9,1
ASG-PPP	Bem nutrido	1	9,1
	Desnutrição moderada ou suspeita	6	54,5
	Desnutrição importante	4	36,4

IMC=Índice de Massa Corporal; %PP=Porcentagem de Perda de Peso; ASG-PPP=Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente.

Quanto ao uso da TNO, a maioria dos pacientes foi avaliada entre seis e dez dias (45,5%) do início do uso do suplemento nutricional. O tempo mínimo e máximo de uso até a data da avaliação foi de cinco e 15 dias, respectivamente. Dentre as características, prevaleceu o consumo de produtos hipercalóricos (100%), em pó (63,6%), sem sabor (63,7%), consumido preferencialmente em temperatura ambiente (72,7%) e com leite (63,7%).

A maioria dos pacientes (90,9%) nunca havia utilizado o suplemento nutricional. No que se refere à aceitação, 72,7% disseram gostar do produto, 18,2% acharam indiferente e 9,1% não utilizaram. O valor calórico médio foi de 314 kcal ( $\pm 92,3$ ) e, de proteínas, 16,1 gramas ( $\pm 18,5$ ). Todos os pacientes relataram lembrar e compreender as orientações quanto ao uso do suplemento nutricional e consideraram importante sua utilização.

Quanto à adesão, a maioria dos pacientes (81,8%) aderiu à TNO proposta, porém, 18,2% não aderiram de forma integral. Dentre os fatores relatados que interferiram na adesão, pode-se citar a dificuldade financeira para aquisição do produto (9,1%) e náuseas/odinofagia (9,1%).

Quando associadas as características sociodemográficas e a adesão à TNO, os resultados não mostraram diferenças significativas entre sexo ( $p=0,655$ ), faixa etária ( $p=0,382$ ), estado civil ( $p=0,497$ ), escolaridade ( $p=0,762$ ) e classe econômica ( $p=0,145$ ). Também não foi observada associação estatisticamente significativa entre adesão à TNO com a avaliação nutricional pelo IMC ( $p=0,685$ ), %PP ( $p=0,818$ ) e ASG-PPP ( $p=0,818$ ).

## DISCUSSÃO

O sexo masculino e a faixa etária mais avançada foram identificados no presente estudo como características prevalentes nos pacientes com CCP e esses dados assemelham-se com estudos de outros pesquisadores<sup>11,12</sup>. Segundo dados do INCA<sup>2</sup>, os cânceres de cavidade oral e laringe, para homens, aparecem entre os dez mais incidentes estimados para 2016, ocupando a 5ª e a 8ª posição, respectivamente. Essas doenças apresentam maior incidência no gênero masculino pelos fatores de risco relacionados ao estilo de vida desses indivíduos, tais como, etilismo, tabagismo e as infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

No Brasil, a chance de ter CCP é 2,5 vezes mais elevada em indivíduos com baixo nível de escolaridade. Dados de um estudo sobre os fatores associados ao CCP mostram que os pacientes com grau de instrução de ensino fundamental incompleto estavam entre os maiores valores de acometimento, tanto para o câncer de lábio e cavidade oral (52,3%) quanto para os demais tipos em cabeça e pescoço (49,7%)<sup>13</sup>. Assim como no presente estudo, observou-se baixa situação socioeconômica entre os pesquisados.

A desnutrição, que frequentemente está presente no paciente oncológico, é um fator preditor de morbimortalidade. Os pacientes com CCP estão entre os que apresentam maior risco de desnutrir<sup>14</sup> e, desta forma, a avaliação precoce do estado nutricional é fundamental.

Ao avaliar-se o estado nutricional sob diferentes métodos, observou-se que a perda de peso ocorreu de forma

significativa à grave em todos os pacientes estudados, porém, pelo cálculo do IMC, a maioria encontrava-se eutrófico. Embora o cálculo do IMC apresente prevalência de eutrofia também em outros estudos<sup>11,14,15</sup>, sabe-se que a perda de peso contribui para a piora do prognóstico clínico, ou seja, indivíduos que durante o tratamento oncológico reduzem mais de 10% do seu peso usual são considerados com alto risco nutricional e, conseqüentemente, têm o pior desfecho da doença<sup>16</sup>. Segundo dados do Inquérito Luso-brasileiro de Nutrição Oncológica<sup>17</sup>, alguns tumores, como cavidade oral e faringe, promovem maiores impactos nutricionais e, como consequência, apresentam maior frequência de pacientes com relato de perda de peso.

Ainda em relação ao estado nutricional, verificou-se prevalência de desnutrição pela ASG-PPP, considerada padrão ouro para avaliação de risco nutricional do paciente oncológico. Estudo realizado por Bauer et al.<sup>18</sup> constatou que a ASG-PPP apresentou sensibilidade de 98% e especificidade de 82% para determinar a desnutrição em pacientes com câncer.

Quanto ao consumo dos suplementos nutricionais orais, verificou-se que os produtos em pó, sem sabor e consumidos em temperatura ambiente foram preferidos pelos pacientes. Estudo realizado por Nieuwenhuizen et al.<sup>19</sup> assegura que não basta apenas a indicação do suplemento nutricional oral: faz-se necessário, também, garantir a aceitação do produto.

Com o objetivo de aumentar a adesão à suplementação, algumas medidas preventivas podem ser estabelecidas, entre elas: variar o sabor do produto, diminuir volume, associar líquido e pó e facilitar a utilização, sugerindo preparações<sup>19</sup>. Esse dado nos remete à autonomia do paciente, pois apresentar alternativas para o consumo se torna essencial para melhorar a tolerância e garantir a adesão à TNO.

Vários fatores podem interferir na adesão ao tratamento. O grau de escolaridade e o nível socioeconômico são alguns deles. A escolaridade influencia diretamente na adesão, porque, quanto mais baixo for o nível de escolaridade, mais difícil o entendimento e a compreensão do tratamento e das suas orientações dietéticas<sup>20</sup>. Constatou-se que, apesar da baixa condição socioeconômica instalada, em geral, os pacientes aderiram à TNO. Por outro lado, este fator foi determinante para aqueles que não aderiram.

Estudo conduzido na Argentina por Villagra et al.<sup>21</sup> abordou a adesão aos suplementos nutricionais orais em pacientes hospitalizados e constatou que os pacientes oncológicos tiveram significativamente uma menor adesão (32,7%) do que aqueles com outros diagnósticos clínicos (61,9%) ( $p=0,02$ ), e a presença de sintomas gastrointestinais foi determinante para a não adesão desses pacientes.

Outros fatores envolvidos são os sintomas provocados pela terapia antineoplásica. Diversas reações decorrentes do tratamento oncológico, como alterações nas glândulas salivares e mucosa oral, podem acarretar em prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e também influenciar na condução e adesão ao tratamento<sup>22,23</sup>.

Sabe-se da alta prevalência de complicações causadas pela terapia antineoplásica e sua relação com a alimentação. Segundo o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica<sup>24</sup>, que avaliou 4.822 pacientes com câncer em 45 instituições brasileiras, 45,1% dos pacientes apresentaram algum grau de desnutrição e, nessa população, 26% apresentavam anorexia, 33,4% sofriam com náuseas e vômitos, e, outros 10,7% acusavam odinofagia, fatores que prejudicam diretamente a ingestão alimentar. Murphy et al.<sup>25</sup> destacam, em pesquisa, que 76% dos pacientes em quimiorradioterapia ou radioterapia para CCP apresentaram odinofagia, relatada como dor intensa na boca e garganta, interferindo no ato de se alimentar.

Outro aspecto que repercute na adesão é o envolvimento do profissional que está prestando as orientações, já que ele deve incentivar o indivíduo a participar e a aderir às decisões e ações. Pode-se considerar que, apesar da baixa condição socioeconômica e da presença de efeitos colaterais que interferiram na adesão à TNO, o profissional nutricionista foi fundamental ao instruir o paciente, orientando a respeito da terapia nutricional proposta.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço aderiu à TNO e, dentre os fatores que limitaram a adesão, está a dificuldade financeira para adquirir o suplemento nutricional e os sintomas provocados pelo tratamento oncológico. Todos os pacientes estavam cientes da importância do uso do suplemento nutricional e afirmaram compreender as orientações repassadas pela nutricionista. Esse fato reforça a necessidade da atuação do nutricionista na equipe multiprofissional, prestando assistência nutricional precoce, a fim de evitar ou atenuar a perda de peso e, também, contribuir para uma melhora na adesão ao tratamento, no desfecho da doença e na qualidade de vida do paciente oncológico.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC. Manual de condutas. Rev Soc Bras de Oncol Clín 2011 [acesso 2016 Abr 21]. Disponível em: [http://www.sbo.org.br/downloads/MANUAL\\_CONDUTAS\\_2011.pdf](http://www.sbo.org.br/downloads/MANUAL_CONDUTAS_2011.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro; 2015 [acesso 2016 Abr 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
3. Garófolo A. Nutrição clínica, funcional e preventiva aplicada à oncologia: teoria e prática profissional. Rio de Janeiro: Rubio; 2012.
4. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia nutricional na oncologia. Projeto Diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira/ Conselho Federal de Medicina; 2011.
5. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas - ABEP. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2015.
6. World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series, 894). Geneva: World Health Organization; 2000. p. 241-3.
7. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21(1):55-67.
9. Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1977;1(1):11-22.
10. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. Rev Bras Nutr Clín. 2010;25(2):102-8.
11. Drumond JPN, Armond JE. Incidência do câncer oral na cidade de São Paulo: estudo retrospectivo de 6 anos. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2015;44(1):1-6.
12. Ottosson S, Zackrisson B, Kjellén E, Nilsson P, Laurell G. Weight loss in patients with head and neck cancer during and after conventional and accelerated radiotherapy. Acta Oncol. 2013;52(4):711-8.
13. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(3):618-29.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
15. Vieira EMM, Galvão ACP, Costa HCBAL, Amorim ACL, Pinto JV, Ribeiro RGSP, et al. Perfil nutricional de pacientes oncológicos atendidos no ambulatório de cabeça e pescoço de um hospital filantrópico do município de Cuiabá (MT), Brasil. Arch Health Invest. 2014;3(3):76-83.
16. Basso T, Damo CC, Cibulski TP, Pelissaro E, Simor F, Castelli TM. Estado nutricional de pacientes ambulatoriais submetidos à quimioterapia e radioterapia. Rev Med Ciênc Saúde. 2015;41(4):94-101.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito Luso-Brasileiro de Nutrição Oncológica do Idoso: um estudo multicêntrico. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
18. 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. European journal of clinical nutrition. Eur J Clin Nutr. 2002;56(8):779-85.
19. Nieuwenhuizen WF, Weenen H, Rigby P, Hetherington MM. Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. Clin Nutr. 2010;29(2):160-9.
20. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev RENE. 2009;10(3):132-8.
21. Villagra A, Merkel MC, Rodriguez Bugueiro JR, Lacquaniti N, Remoli R. Adherencia a los suplementos nutricionales orales en

- pacientes internados con patología clínica-quirúrgica. *Nutr Hosp*. 2015;31(3):1376-80.
22. Paula JM, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. *Rev RENE*. 2015;16(1):106-13.
23. Santos PAS, Cunha TRS, Cabral EK, Soares BLM, Maio R, Burgos MGPA. Triagem nutricional por meio do MUST no paciente oncológico em radioterapia. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(1):27-34.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
25. Murphy BA, Beaumont JL, Isitt J, Garden AS, Gwede CK, Trotti AM, et al. Mucositis-related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(4):522-32.

---

**Local de realização do estudo:** Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver.