

Nutrição enteral e qualidade de vida: uma avaliação quantiquantitativa de indivíduos submetidos à ressecção tumoral

Enteral nutrition and quality of life: a quantitative and qualitative evaluation of individuals who underwent tumor resection

André Henrique Haddad Serejo,¹ Renata Costa Fortes¹

RESUMO

Objetivos: avaliar a associação entre nutrição enteral e qualidade de vida através de abordagem quantiquantitativa em indivíduos submetidos à ressecção tumoral. **Método:** foram aplicados os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck* (FACT-H&N) associados à nutrição enteral, tempo de utilização, tratamentos oncológicos, fatores antropométricos e tempo de internação hospitalar. Foram elucidadas as repercussões da nutrição enteral em pacientes no pós-operatório de neoplasias de cabeça e pescoço até que se atingisse a saturação dos dados. A coleta ocorreu entre abril e julho de 2022. Participaram do estudo pacientes com mais de 18 anos, em pós-operatório, internados na instituição definida e que utilizavam a nutrição enteral como via alimentar exclusiva. Adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$ para considerar os resultados como estatisticamente relevantes, utilizando os testes de Kruskal-Wallis, t de Student e Qui-quadrado. A abordagem qualitativa foi conduzida com base na metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** a subescala “preocupações adicionais” ($p = 0,01$; média = 16,40; DP = 4,64) e o domínio “bem-estar físico” ($p = 0,001$; média = 18,90; DP = 6,03) apresentaram associação significativa com os níveis de depressão (média = 10,5; DP = 6,11), enquanto a ansiedade (média = 16,47; DP = 3,76) mostrou correlação com os domínios “bem-estar físico” ($p = 0,00$) e “bem-estar emocional” ($p = 0,02$; média = 14,17; DP = 4,64). **Conclusão:** o conhecimento limitado dos indivíduos sobre as terapias esteve associado à diminuição da qualidade de vida (QV), além de contribuir para alterações relacionadas à depressão e à ansiedade.

Palavras-chave: nutrição enteral; qualidade de vida; neoplasias de cabeça e pescoço; depressão; ansiedade.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between enteral nutrition and quality of life using a quanti-qualitative approach in individuals undergoing tumor resection. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with postoperative head and neck cancer patients receiving exclusive enteral nutrition during hospitalization. Data were collected from April to July 2022. Participants over 18 years old completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck (FACT-H&N). Variables included duration of enteral nutrition, oncological treatments, anthropometric factors, and length of hospital stay. A significance level of $p < 0.05$ was adopted. Kruskal-Wallis, Student’s *t*-test, and Chi-square tests were applied. Qualitative data were analyzed using the Collective Subject Discourse (CSD) methodology until data saturation was achieved. **Results:** The “additional concerns” subscale ($p = 0.01$; mean = 16.40; SD = 4.64) and the “physical well-being” domain ($p = 0.001$; mean = 18.90; SD = 6.03) showed significant associations with depression levels (mean = 10.5; SD = 6.11). Anxiety levels (mean = 16.47; SD = 3.76) were significantly correlated with “physical well-being” ($p = 0.00$) and “emotional well-being” ($p = 0.02$; mean = 14.17; SD = 4.64). **Conclusion:** Limited knowledge about therapeutic approaches was associated with reduced quality of life and contributed to symptoms of depression and anxiety in patients receiving postoperative enteral nutrition.

Keywords: enteral nutrition; quality of life; head and neck neoplasms; depression; anxiety.

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: André Henrique Haddad Serejo

Escola Superior de Ciências da Saúde - SMHN - Quadra 3, Conjunto A, Bloco 01, Edifício Fepecs, Setor Médico Hospitalar, Asa Norte, CEP.: 70710-907 – Brasília (DF), Brasil.

E-mail: andre.serejo@escs.edu.br

Recebido em 10/03/2024 – Aceito para publicação em 04/07/2025.



INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas são, atualmente, a segunda maior causa de mortalidade entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no mundo. Entre os diversos tipos de tumores, os cânceres epidermóides de cabeça e pescoço (CECP) são responsáveis por 25% da incidência de novos casos em idosos nos países ocidentais.^{1,2}

Entre os tratamentos preconizados para esses tumores, a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia configuram-se como as três principais intervenções, podendo ser utilizadas isoladamente ou em conjunto, dependendo da agressividade e do estadiamento da doença.^{3,4}

Na impossibilidade de o paciente manter a ingestão alimentar pela via oral ou o risco de intercorrências superar os benefícios, preconiza-se a Nutricional Enteral (NE).¹ Embora alguns pacientes submetidos à ressecção cirúrgica utilizem a NE de forma temporária ou prolongada, essa via alimentar, quando associada a outros fatores, como o próprio câncer, pode estar correlacionada com alterações na qualidade de vida (QV), entre as quais se destacam as modificações relacionadas à ansiedade e à depressão.^{5,6} Essas alterações psicológicas têm sido relacionadas com uma baixa adesão ao tratamento proposto, podendo levar a dificuldades físicas, sociais, emocionais e a uma maior frequência de internações pós-cirúrgicas.^{7,8}

O fortalecimento da equipe multiprofissional deve servir como instrumento para melhorar a adesão do indivíduo ao tratamento e, de maneira subsequente, nas alterações psicológicas e nutricionais advindas do período pós-operatório, já que as modificações do estado nutricional podem ser um fator agravante para a piora da QV.⁹

É importante que o paciente seja também instruído, por meio de Ações Educativas em Saúde (AES), sobre os procedimentos nutricionais necessários após a realização da ressecção do CECP, visando melhorar sua recuperação e reduzir os impactos psicológicos da NE.¹⁰

A relevância desta pesquisa está em gerar informações sobre a percepção do indivíduo acerca da NE, QV, ansiedade e depressão, permitindo um olhar abrangente com o objetivo de aprimorar o cuidado oferecido pela equipe multiprofissional aos indivíduos diagnosticados com CECP e em uso de dispositivo para alimentação enteral.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre a nutrição enteral e a qualidade de vida por meio de uma abordagem quantitativa e qualitativa em indivíduos submetidos à ressecção tumoral.

METODOLOGIA

O presente estudo foi caracterizado por ser do tipo observacional, descritivo, de corte transversal, realizado por meio de uma abordagem quantitativa e qualitativa em pesquisa de campo.

Para avaliar os critérios de ansiedade e depressão nos indivíduos, utilizou-se o questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), composto de perguntas

fechadas, contendo 14 itens igualmente distribuídos entre as variáveis ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), autoaplicável, traduzido e validado para a utilização em indivíduos adultos e idosos brasileiros durante o período de internação hospitalar.¹¹⁻¹³

Em sequência, também se deu a aplicação do instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck* (FACT-HN) para a avaliação da QV dos pacientes.¹⁴

Esse questionário é composto por cinco domínios descritos a seguir: a) bem-estar físico; b) bem-estar social; c) bem-estar emocional; d) bem-estar funcional; e) preocupações adicionais relacionadas à doença, totalizando 38 itens.^{13,14}

Utilizou-se também uma entrevista semiestruturada, elaborada pelos autores, com perguntas abertas e fechadas para constatar o pensamento coletivo a respeito da relação entre NE, ansiedade, depressão e QV. A realização deste estudo ocorreu na enfermaria cirúrgica de cabeça e pescoço do Hospital de Base do Distrito Federal.

A coleta dos dados do presente estudo ocorreu entre abril e julho de 2022. Para a realização desta pesquisa, foram recrutados 30 indivíduos, sendo o tamanho da amostra definido com base na técnica de saturação dos dados.¹⁵

Foram elencados os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: pacientes com mais de 18 anos, letrados e alfabetizados, internados na instituição no período pós-operatório e que utilizavam exclusivamente a NE como via de alimentação. Foram excluídos da pesquisa aqueles em jejum alimentar por condições clínicas, os que faziam uso de dupla via de alimentação, bem como os pacientes com deficiência cognitiva identificada por meio do prontuário que impedisse a compreensão e o preenchimento dos instrumentos aplicados.

Para o cruzamento da pontuação obtida por meio dos instrumentos HADS e FACT-H&N (com as demais informações referentes aos pacientes, à internação, ao tratamento e às variáveis relacionadas à NE), foi elaborada uma ficha contendo os seguintes dados:

- a) Idade (anos);
- b) Sexo (masculino/feminino);
- c) Diagnóstico clínico e localização do carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço (CECP), conforme registro em prontuário;
- d) Índice de massa corporal (IMC) calculado pela fórmula $IMC = MC/A^2$, em que MC representa a massa corporal (kg) e A representa a altura (m), aferidos com balança de plataforma (Welmy®, capacidade máxima de 300 kg) com estadiômetro acoplado;
- e) Tempo de internação hospitalar categorizado como: < 1 semana, 1 - 2 semanas, 3 - 4 semanas, > 4 semanas;
- f) Via de administração alimentar e tempo de uso da NE nas mesmas faixas temporais descritas no item anterior;
- g) Realização de terapia neoadjuvante com as seguintes alternativas: quimioterapia, radioterapia (combinadas ou não) e não realizou nenhum dos tratamentos.

A entrevista aberta foi efetuada por meio de seis perguntas com a finalidade de extrair informações referentes ao conhecimento acerca da utilização da NE.



Foram abarcados aspectos como a impossibilidade de ingerir alimentos por via oral, a relação entre NE, ansiedade e depressão, o conhecimento do paciente a respeito da implantação da NE e se o fornecimento dessas explicações poderia contribuir para a maior aceitação das medidas implementadas.

A análise descritiva das variáveis estudadas foi apresentada por meio de frequências absolutas e relativas. As associações entre variáveis foram verificadas pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que propõe avaliá-las de forma direta ou indireta, não necessitando, dessa forma, que essas variáveis apresentem-se de forma linear ou que sejam medidas em intervalo de classe.

Para os dados comparativos foram utilizados os testes t de Student e o teste Qui-quadrado. Também foram empregadas análises regressivas pelo teste de Mann-Whitney, sendo indicado para comparar duas ou mais amostras, independentemente de terem o mesmo tamanho ou não. Para a análise quantitativa definiu-se um valor de $p < 0,05$ para demonstrar diferença estatisticamente significativa.

Realizou-se a análise da entrevista através de um software específico (MAXQDA, Alemanha, VERBI Software), pelo emprego do método do Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC), realizando a síntese dos núcleos de sentido e a transformação em um discurso coletivo.¹⁶

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal (IGESDF), sob o CAAE 54921421.0.0000.8153 e parecer nº 5.306.948, em conformidade com as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todos os participantes concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a coleta de dados foi iniciada somente após o devido consentimento.

RESULTADOS

Foram contemplados, na Tabela 1, os itens referentes às informações individuais, dados antropométricos, modalidade de tratamento realizado, localização do tumor e via de fornecimento alimentar, tempo de utilização da NE e tempo de internação hospitalar. Além disso, foram estratificadas as pontuações obtidas pelos questionários utilizados, HADS e FACT-HN, e de suas subescalas, conforme descrito a seguir:

Tabela 1. Análise descritiva entre o público masculino e feminino em relação às informações antropométricas, localização do câncer, informações referentes à internação e à via de administração da NE.

Variáveis	Masculino	Média	DP	Feminino	Média	DP	P valor
Idade (anos)		65,37	8,59		67,33	3,79	0,60
Massa Corporal (MC)		50,79	6,39		48,10	5,84	0,56
Altura (m)		1,70	0,07		1,64	0,04	0,13
IMC (kg/m ²)		17,52	1,85		17,87	1,69	0,63
Variáveis	Masculino	%	Feminino	%	Total	%	P valor
Localização do câncer							
Cavidade oral	5	16,67	1	3,33	6	20	0,845
Hipofaringe/Laringe	16	53,33	1	3,33	17	56,67	
Orofaringe	4	13,33	1	3,33	5	16,67	
Outros (face/cervical)	2	6,66	0	0	2	6,66	
Total	27	90	3	10	30	100	
Tempo de internação hospitalar							
< 1 semana	13	43,33	2	6,67	15	50	0,749
> 4 semanas	6	20	1	3,33	7	23,33	
1 - 2 semanas	5	16,67	0	0	5	16,67	
3 - 4 semanas	3	10	0	0	3	10	
Total	27	90	3	10	30	100	
Via de administração da dieta							
GTT	8	26,67	1	3,33	9	30	1
SNE	19	63,33	2	6,67	21	70	
Total	27	90	3	10	30	100	

Continua



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tempo total de uso da nutrição enteral							
< 1 semana	16	53,33	2	6,67	18	60	0,804
> 4 semanas	5	16,67	1	3,33	6	20	
1 - 2 semanas	3	10	0	0	3	10	
3 - 4 semanas	3	10	0	0	3	10	
Total	27	90	3	10	30	100	
Realizou tratamento neoadjuvante ou adjuvante?							
Não realizou tratamento	14	46,67	2	6,67	16	53,33	0,831
Sim, realizei quimioterapia e radioterapia.	11	36,67	1	3,33	12	40	
Sim, realizei quimioterapia.	2	6,67	0	0	2	6,67	
Total	27	90	3	10	30	100	

Legenda: análise estatística das variáveis antropométricas realizada pelo teste de Mann-whitney. Demais variáveis comparadas pelo teste Qui-quadrado. DP: Desvio Padrão, IMC: Índice de Massa Corporal, GTT: gastrostomia. SNE: Sonda Nasoentérica.

Fonte: os autores.

Observou-se que a amostra foi composta majoritariamente por homens, e predominou a faixa etária de idosos em ambos os sexos.

A disparidade numérica encontrada entre os sexos não

evidenciou diferenças estatisticamente significativas ao comparar as variáveis antropométricas relacionadas ao tratamento via de administração da NE e o tempo de internação hospitalar.

Tabela 2. Análise descritiva das pontuações obtidas nos instrumentos HADS, FACT-H&N e em suas respectivas subescalas.

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
HADS	26,97	4,22	9,00	42,00
HADS-A	16,47	3,76	8,00	21,00
HADS-D	10,50	6,11	1,00	21,00
FACT-HN	Média	DP	Mínimo	Máximo
Escala global	60,94	6,19	15,00	100,00
Bem-estar físico	18,90	6,03	5,00	28,00
Bem-estar social/familiar	7,10	5,19	0,00	17,00
Bem-estar emocional	14,17	4,64	2,00	20,00
Preocupações adicionais	16,40	4,64	8,00	23,00
Bem-estar funcional	4,37	4,37	0,00	12,00

Legenda: HADS: Anxiety and Depression Scale. HADS-A: Anxiety and Depression Scale – subescala ansiedade. HADS-D: Anxiety and Depression Scale – subescala depressão. FACT-HN: Functional Assessment of Cancer Therapy – Head and Neck.

Fonte: os autores.

De acordo com os pontos de corte das subescalas HADS-A (> 8) e HADS-D (> 9), os indivíduos apresentaram pontuações médias elevadas em ambos os critérios, indicando a presença de sintomas leves de ansiedade e depressão.^{11,12}

Embora a FACT-HN não possua ponto de corte, destaca-se que as diferenças demonstradas na pontuação vinculada à escala global e às subescalas representam o impacto que cada uma delas teve na QV.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tabela 3. Comparação inferencial entre os questionários HADS, FACT-HN e suas respectivas subescalas com as variáveis antropométricas relacionadas à internação hospitalar, tratamento antineoplásico e utilização de NE.

Variáveis	HADS-D (P valor)	HADS-A (P valor)	FACT-HN (P valor) (escala global)
Sexo	0,02*	0,88	0,38
Idade (anos)	0,03*	0,48	0,44
Massa Corporal (MC)	0,001*	0,94	0,27
Altura (m)	0,001*	0,001*	0,12
IMC (kg/m ²)	0,001*	0,13	0,01*
Tempo de internação hospitalar	0,001*	0,45	0,09
Via de administração da dieta	0,001*	0,001*	0,27
Tempo de uso da nutrição enteral	0,01*	0,001*	0,20
Realizou tratamento neoadjuvante ou adjuvante?	0,05*	0,001*	0,10
FACT-HN (bem-estar físico)	0,001*	0,00*	-
FACT-HN (bem-estar social/familiar)	0,14	0,25	-
FACT-HN (bem-estar emocional)	0,06	0,02*	-
FACT-HN (preocupações adicionais)	0,01*	0,21	-
FACT-HN (bem-estar funcional)	0,08	0,80	-
HADS-D	-	-	0,01*
HADS-A	-	-	0,10

Legenda: * estatisticamente significativo pelo teste t de Student.

Fonte: os autores.

Diante dos resultados apresentados na Tabela 3, a HADS-D apresentou numerosos fatores capazes de influenciar em sua pontuação. Já a HADS-A constatou um menor número de variáveis significativas, embora ambas as escalas tenham registrado resultados semelhantes concernentes à via de administração da dieta, tempo de uso da NE e realização de tratamento neoadjuvante.

Para as subescalas da HADS e as subescalas da FACT-HN foi vista relação estatisticamente significativa tanto para HADS-A quanto para HADS-D ao correlacioná-las

ao bem-estar físico. Entretanto, somente a HADS-D demonstrou significância para a subescala “preocupações adicionais”. Essa subescala refere-se à alimentação, contendo os seguintes itens: “Posso comer os alimentos que gosto” ou “Posso comer tanto quanto quero”.

Ao contrastar a pontuação obtida pela escala global da FACT-HN com as variáveis, foram estabelecidas relações estatisticamente significativas somente para o IMC e para a HADS-D, demonstrando que esses critérios possuíram maior influência para a redução da QV na população estudada.¹⁷

Tabela 4. Comparação entre as ferramentas HADS e FACT-HN, assim como de suas escalas com o tempo de internação hospitalar.

Variáveis	< 1 semana	1 - 2 semanas	3 - 4 semanas	> 4 semanas	P valor
HADS-D	18,17	15,33	14,33	13,00	0,03*
HADS-A	13,00	8,00	10,33	4,33	0,01*
HADS	31,17	23,33	24,67	17,33	0,01*
FACT-HN (bem-estar físico)	21,00	17,33	13,67	16,00	0,29
FACT-HN (bem-estar social/familiar)	6,11	9,00	7,67	8,83	0,42
FACT-HN (bem-estar emocional)	15,94	13,33	10,00	11,33	0,09
FACT-HN (preocupações adicionais)	17,11	15,00	11,67	17,33	0,06
FACT-HN (bem-estar funcional)	3,33	4,67	7,33	5,83	0,21
FACT-HN (escala global)	63,50	59,33	50,33	59,33	0,09

Legenda: * estatisticamente significativo pelo teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: os autores.

Em separado, evidencia-se que houve diferença estatisticamente significativa para os critérios HADS-D, HADS-A e para HADS ao correlacioná-los com o tempo de in-

ternação hospitalar, demonstrando que essas variáveis apresentaram relação indiretamente proporcional para depressão e ansiedade.¹⁰



Quadro 1. Apresentação das perguntas e das respectivas respostas formuladas a partir do sentido central do discurso.

Questionamentos abertos	Discursos centrais registrados
1 - O(a) senhor(a) compreende o motivo pelo qual está utilizando a nutrição enteral?	<p>Discurso “A”: “Isso serve para alimentar, né? Me falaram que tenho que comer por esse tubo, porque tiraram aquele tumor que estava sentindo na garganta.” – Frequência de Respostas (FR): 20,00%.</p> <p>Discurso “B”: “Não sei o motivo. Só estava sentindo dores na boca e disseram que teria que operar, não sei por quê tenho que usar isso. Gostaria de poder comer os alimentos que gosto.” – FR: 80,00%.</p>
2 - O(a) senhor(a) poderia descrever qual é o significado da alimentação para você e como a impossibilidade de se alimentar de forma habitual impacta a sua vida?	<p>Discurso “A”: “O alimento é importante para mim, pois é ele que fornece energia para trabalharmos. A alimentação permite que tenhamos momentos em família e, além disso, é ela que deixa a gente forte.” – FR: 70,00%.</p> <p>Discurso “B”: “Não me importo muito com o alimento. Como porque é necessário para ficar vivo. A alimentação é básica, não tem como ter energia sem comer” – FR: 30,00%.</p>
3 - O(a) senhor(a) se sente ansioso por não poder comer de forma habitual?	<p>Discurso “A”: Sim, isso me deixa inquieto, pois me sinto mais cansado sem comer, e sinto que não tenho forças para aguentar o tratamento.” – FR: 76,67%.</p> <p>Discurso “B”: “Não muito. Sei que estão me fornecendo por essa sonda a quantidade que preciso para me recuperar.” – FR: 23,33%.</p>
4 - O(a) senhor(a) se sente depressivo por não poder comer de forma habitual?	<p>Discurso: “Sim, me sinto triste porque isso me dá a sensação de que não estou progredindo. Vejo os meus familiares comendo e tenho vontade. A comida pelo tubo me dá energia, mas não consigo sentir o sabor dos alimentos. Estou preocupado em não poder voltar a me alimentar, isso me deixa angustiado.” – FR: 100,00%.</p>
5 - Foi explicado para o(a) senhor(a) sobre os procedimentos que seriam necessários após a cirurgia, como, por exemplo, a nutrição enteral?	<p>Discurso: “Não me falaram sobre isso. Quando cheguei falaram que eu não poderia mais comer, pois o câncer já estava grande. Estava me alimentando somente com alimentos líquidos, porém não estava conseguindo comer em quantidades suficientes. Mas é ruim, né? Não sabia que precisaria usar isso, me incomoda.” - FR: 100,00%.</p>
6 - Para o(a) senhor(a), a explicação dos procedimentos utilizados depois da cirurgia pode contribuir para reduzir os sentimentos relacionados à utilização da nutrição enteral?	<p>Discurso: “No começo não entendia que esse tubo era para alimentação. Se fosse explicado durante os outros tratamentos seria bom, pois estaria mais preparado para utilizá-lo. Acho que saber o que vai ser feito é melhor para gente e pros nossos familiares entenderem o que está acontecendo.” – FR: 100,00%.</p>

Legenda: análise qualitativa realizada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Fonte: os autores.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Nas três primeiras perguntas, observaram-se percepções divergentes entre os participantes. Por esse motivo, as respostas foram agrupadas em dois padrões distintos, que variaram da seguinte forma: insuficiente entendimento sobre o motivo para a utilização da NE como um requisito importante no contexto sociofamiliar e a baixa correlação entre NE e alimentação, respectivamente.

As demais perguntas evidenciaram congruência nas respostas, indicando, respectivamente, um aumento nas preocupações com a impossibilidade de retomar os hábitos alimentares, interesse em compreender a necessidade do uso da NE e sua finalidade na continuidade do tratamento oncológico.

DISCUSSÃO

Pesquisas anteriores demonstram que os CECPs afetam com maior frequência a população masculina, o que está em consonância com os resultados deste estudo.^{2,17}

Em um estudo com 40 indivíduos diagnosticados com CECP, os participantes foram submetidos a tratamentos neoadjuvante, adjuvante e cirúrgico. A avaliação ocorreu imediatamente antes, durante e três meses após a conclusão do tratamento. Foi possível observar alterações estatisticamente significativas no IMC entre os momentos avaliados, com valores de 25,82 kg/m², 24,61 kg/m² e 23,84 kg/m², respectivamente ($p < 0,001$; $p = 0,016$; $p < 0,001$).⁹

Diante da exposição ao tratamento, observou-se uma redução significativa no número de pacientes com estresse psicológico (11 [27,5%] vs. 3 [7,5%] vs. 4 [10%]; $p = 0,037$; $p = 1,000$; $p = 0,083$), sugerindo que o conhecimento sobre os procedimentos adotados aumentou ao longo do tempo de tratamento.⁹ Esse achado foi evidenciado por meio do discurso coletivo, no qual os participantes relataram maior angústia relacionada à incerteza sobre a evolução do tratamento, especialmente quanto ao uso da NE. Tal percepção é reforçada pela análise da variável tempo de internação hospitalar, sendo observada uma redução estatisticamente significativa nas pontuações de depressão e ansiedade entre os pacientes internados por períodos mais longos em comparação àqueles com internação recente.¹⁰

Em contrapartida, pacientes que apresentam redução ponderal desenvolvem maiores critérios para depressão.^{4,17-19} Diante disso, a baixa massa corporal observada pode justificar as correlações encontradas entre os critérios de depressão, IMC e escala global do FACT-HN, uma vez que os participantes possivelmente já apresentavam perda ponderal antes da internação hospitalar. Tal condição pode justificar a associação estatisticamente significativa entre massa corporal e HADS-D ($p = 0,001$).^{9,18,20}

Acredita-se, também, que as terapias antineoplásicas podem ter modificado os hábitos de vida, aumentando o aparecimento de sintomas colaterais e impactando no padrão de consumo alimentar, levando à instituição da NE para adequar o estado nutricional.^{9,21-23}

Em relação à NE, uma revisão sistemática correlacionou

sua utilização com a QV,²² não encontrando diferenças estatisticamente significativas entre GTT e SNE em internações de curta duração. No entanto, em períodos de seis a doze meses, a GTT demonstrou maior benefício na melhoria da QV.²⁴

Resultado semelhante foi observado no presente estudo, no qual não houve correlação expressiva entre esses parâmetros em internações de até quatro semanas. Por outro lado, foram notados resultados estatisticamente significativos para as pontuações obtidas através das variáveis HADS-A e HADS-D ao correlacioná-las tanto com a via de administração da dieta quanto com o tempo de utilização da NE, respectivamente. Esses fatores, possivelmente se correlacionam ao observar que a maioria dos pacientes que utilizavam SNE estavam internados há menos de uma semana, tendo recebido poucas explicações sobre ela. Sendo assim, a utilização da NE deve ser entendida como um mecanismo que carece de melhor compreensão pelos pacientes.^{7,14}

O DSC evidenciou um baixo entendimento sobre a função da NE e o tratamento oncológico, acarretando maiores sintomas de depressão e ansiedade. Outro fator que versa sobre o conhecimento da NE é a relação entre a subescala “preocupações adicionais” do FACT-HN, que prioriza questões relacionadas à capacidade alimentar, e a depressão.²²

Estudos anteriores correlacionaram as ações AESs com a alimentação em pacientes com CECP. Os indivíduos que participaram dessas abordagens demonstraram maior resiliência e melhor adaptação ao uso da NE, apresentando menor frequência de internação, melhor estado nutricional, aumento da capacidade funcional, além de menor associação com ansiedade e depressão, e melhor qualidade de vida (QV).^{6,7,10,25}

Não foram constatadas diferenças significativas entre QV e tratamentos neoadjuvantes devido à maior parte dos participantes não ter feito essa intervenção. Um estudo que também utilizou o instrumento FACT-HN constatou a influência dessas terapias nas variáveis depressão e ansiedade, respectivamente ($p = 0,001$ e $p = 0,05$).²⁶ Esse fato advém do estresse psicossocial causado pela toxicidade dos tratamentos, bem como pela intervenção cirúrgica, ocasionando alterações emocionais e estéticas no paciente, podendo inclusive dificultar seu posterior retorno ao trabalho.^{22,23,27}

Entre as limitações, não foram consideradas as doses e o tempo de utilização das terapias antineoplásicas devido a informações insuficientes em prontuário eletrônico.^{21,22} Além disso, os instrumentos empregados referiam-se à semana anterior à sua aplicação, não abrangendo possíveis modificações de longo prazo, sendo ambos considerados critérios de confusão.²⁸

A originalidade deste artigo reside em destacar a importância de envolver o indivíduo nas tomadas de decisão, bem como em assegurar que ele seja informado pela equipe responsável sobre as abordagens a serem realizadas, seus possíveis efeitos e sua influência na QV,^{10,29} aumentando a evidência para a atuação da equipe multiprofissional de forma precoce para mitigar os efeitos deletérios do tratamento antineoplásico.



CONCLUSÕES

Concluiu-se que a abordagem conjunta com o método DSC foi capaz de centralizar informações relevantes à interlocução entre a equipe multiprofissional e o paciente. Evidenciou-se, ainda, que o maior conhecimento sobre os procedimentos e a continuidade do tratamento constitui um fator decisivo para a melhora da qualidade de vida e para a redução dos sintomas de depressão e ansiedade no público pesquisado. Futuramente, sugere-se que seja feito o acompanhamento desses indivíduos com períodos de intervenção programadas com AES, associando a NE e a sua influência sobre os critérios de QV.

REFERÊNCIAS

1. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021;40(5):2898–913. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49. doi: 10.3322/caac.21660.
3. Badr H, Sobrero M, Chen J, Kotz T, Genden E, Sikora AG, et al. Associations between pre-, post-, and peri-operative variables and health resource use following surgery for head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2019;90:102–8. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.02.004.
4. Van Liew JR, Brock RL, Christensen AJ, Karnell LH, Pagedar NA, Funk GF. Weight loss after head and neck cancer: a dynamic relationship with depressive symptoms. *Head Neck.* 2017;39(2):370–9. doi: 10.1002/hed.24601.
5. Segna E, Bolzoni AR, Gianni AB, Baj A, Beltramini GA. Impact of reconstructive microsurgery on patients with cancer of the head and neck: a prospective study of quality of life, particularly in older patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* novembro de 2018;56(9):830–4. doi: 10.1016/j.bjoms.2018.09.003.
6. Gliwska E, Guzek D, Przekop Z, Sobocki J, Głabska D. Quality of life of cancer patients receiving enteral nutrition: a systematic review of randomized controlled trials. *Nutrients.* 2021;13(12):4551. doi: 10.3390/nu13124551.
7. Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhatti S. Frequency of depression and anxiety symptoms in surgical hospitalized patients. *Cureus.* 2019;11(2):e4141. doi: 10.7759/cureus.4141.
8. Dornan M, Semple C, Moorhead A, McCaughan E. A qualitative systematic review of the social eating and drinking experiences of patients following treatment for head and neck cancer. *Support Care Cancer.* 2021;29(9):4899–909. doi: 10.1007/s00520-021-06062-7.
9. Gosak M, Gradišar K, Rotovnik Kozjek N, Strojani P. Psychological distress and nutritional status in head and neck cancer patients: a pilot study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(4):1211–7. doi: 10.1007/s00405-020-05798-y.
10. Hortense FTP, Bergerot CD, Domenico EBLD. Qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: estudo clínico randomizado. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03546. doi:10.1590/S1980-220X2018040103546.
11. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52(2):69–77. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29:359–63. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004.
14. Furia CLB. Qualidade de vida em pacientes tratados de câncer de cavidade oral, faringe e laringe em São Paulo: estudo multicêntrico. *Radiol Bras.* 2006;39:252. doi: 10.1590/S0100-39842006000400016.
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24:17–27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2ª ed. Caxias do Sul: Educ; 2005.
17. Almada-Correia I, Neves PM, Mäkitie A, Ravasco P. Body Composition evaluation in head and neck cancer patients: a review. *Front Oncol.* 2019;9:1112. doi: 10.3389/fonc.2019.01112.
18. Singh P, Bennett B, Bailey T, Taylor-Stokes G, Rajkovic I, Contente M, et al. Real-world study of the impact of recurrent/metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (R/M SCCN) on quality of life and productivity in Europe. *BMC Cancer.* 2021;24:21(1):854. doi: 10.1186/s12885-021-08557-2.
19. Britton B, Baker AL, Wolfenden L, Wratten C, Bauer J, Beck AK, et al. Eating As Treatment (EAT): a stepped-wedge, randomized controlled trial of a health behavior change intervention provided by dietitians to improve nutrition in patients with head and neck cancer undergoing radiation therapy (TROG 12.03). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2019;103(2):353–362. doi: 10.1016/j.ijrobp.2018.09.027.
20. Kung LY, Li TI, Chung CH, Lee SP, Chen GS, Chien WC, Tzeng NS. Risk of depression in patients with oral cancer: a nationwide cohort study in Taiwan. *Sci Rep.* 2021;7(11):23524. doi: 10.1038/s41598-021-02996-4.
21. Baddour K, Fadel M, Zhao M, Corcoran M, Owoc MS, Thomas TH, et al. The cost of cure: examining objective and subjective financial toxicity in head and neck cancer survivors. *Head Neck.* 2021;43(10):3062–75. doi: 10.1002/hed.26801.
22. Giuliani M, Papadakis J, Broadhurst M, Jones J, McQuestion M, Le LW, et al. The prevalence and determinants of return to work in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2019;27(2):539–46. doi: 10.1007/s00520-018-4343-6.
23. Lu L, O'Sullivan E, Sharp L. Cancer-related financial hardship among head and neck cancer survivors: risk factors and associations with health-related quality of life. *Psychooncology.* 2019;28(4):863–71. doi: 10.1002/pon.5034.
24. Ojo O, Keaveney E, Wang XH, Feng P. The effect of enteral tube feeding on patients' health-related quality of life: a systematic review. *Nutrients.* 2019;11(5):E1046. doi: 10.3390/nu11051046.
25. Sandmael JA, Sand K, Bye A, Solheim TS, Oldervoll L, Helvik AS. Nutritional experiences in head and neck cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019;28(6):e13168. doi: 10.1111/ecc.13168.
26. Bulbul MG, Wu M, Lin D, Emerick K, Deschler D, Richmon J, et al. Prediction of speech, swallowing, and quality of life in oral cavity cancer patients: a pilot study. *Laryngoscope.* 2021;131(11):2497–504. doi: 10.1002/lary.29573.
27. Reis LBM, Leles CR, Freire MDCM. Religiosity, spirituality, and the quality of life of patients with sequelae of head and neck cancer. *Oral Dis.* 2020;26(4):838–42. doi: 10.1111/odi.13284.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY 4.0.

28. Švajdová M, Ondruš D. Assessment of quality of life in patients with head and neck cancer. *Klin Onkol.* 2020;33(3):195-200. doi: 10.14735/amko2020195.
29. Nayak SG, Pai MS, George LS. Quality of life of patients with head and neck cancer: a mixed method study. *J Cancer Res Ther.* 2019 Jul-Sep;15(3):638-44. doi: 10.4103/jcrt.JCRT_1123_16.

Como citar este artigo:

Serejo AHH, Fortes RC. Nutrição enteral e qualidade de vida: uma avaliação quantiqualitativa de indivíduos submetidos à ressecção tumoral. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2025;27:e65847. doi: 10.23925/1984-4840.2025v27a14.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.