

Indicadores de risco nutricional em pacientes submetidos à quimioterapia em um hospital de Caxias do Sul-RS

Nutritional risk indicators in patients submitted to chemotherapy in a hospital in Caxias do Sul-RS

Joana Zanotti¹, Eduarda Camargo Finger², Ana Lúcia Hoefel³

¹Mestra em Ciências Médicas, docente do curso de nutrição do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG.

²Acadêmica do curso de nutrição, Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG.

³Doutora, docente do curso de nutrição do Centro Universitário da Serra Gaúcha - FSG

Endereço para correspondência: Joana Zanotti - joanazanotti@yahoo.com.br

Palavras-chave

Estado nutricional
Neoplasias
Desnutrição
Oncologia
Avaliação Nutricional

Objetivo: Descrever os indicadores de risco nutricional associados à localização do câncer em pacientes submetidos à quimioterapia. **Métodos:** Estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal, no qual foram investigadas as avaliações subjetivas globais produzidas pelo próprio paciente (ASG-PPP) realizadas por acadêmicos do curso de nutrição, no período de 2016 a 2017, em um ambulatório de um Hospital Escola de Caxias do Sul/RS. **Resultados:** Foram analisados ao final do estudo 210 avaliações de pacientes. Identificou-se 51,0% da amostra do sexo masculino. O diagnóstico oncológico predominante foi o câncer hematológico 31,0% (n=65). Em relação à classificação da ASG, 76,7% (n=161) foram classificados como bem nutridos, 16,7% (n=35) tinham desnutrição moderada e 6,7 (n=14) apresentaram desnutrição grave. O sintoma mais prevalente foi a náusea, observado nos cânceres de mama 40,0% (n=18), do trato gastrointestinal 45,8% (n=11), pulmonar 44,4% (n=8) e de cabeça e pescoço 41,7% (n=5). Quando avaliado o percentual de perda de peso em 6 meses, somente 21,9% (n=46) da amostra não apresentaram perda de peso. **Conclusão:** Apesar da alta prevalência de indivíduos com estado nutricional adequado pelo IMC observado neste estudo, grande parte dos pacientes apresentou algum grau de desnutrição pela ASG-PPP, além de sintomas como náuseas e xerostomia. Além disso, mesmo que a maioria dos indivíduos não tenha demonstrado alteração de consumo alimentar, deve-se considerar que uma grande parte tenha apresentado perda de peso significativa, em todos os tipos de câncer avaliados, o que pode piorar o prognóstico do paciente.

Keywords

Nutritional status
Neoplasms
Malnutrition
Oncology
Nutrition Assessment

Objective: To describe the nutritional risk indicators associated with the localization of cancer in patients undergoing chemotherapy. **Methods:** Observational epidemiological study, with a cross-sectional design, in which global subjective assessments (ASG) were carried out by nutrition students from 2016 to 2017 in an outpatient clinic of a School Hospital of Caxias do Sul, RS. **Results:** At the end of the study, 210 patient evaluations were analyzed. It was identified that 51.0% of the sample was male. The predominant oncological diagnosis was hematologic cancer 31.0% (n = 65). Regarding ASG classification, 76.7% (n = 161) were classified as well nourished, 16.7% (n = 35) had moderate malnutrition and 6.7 (n = 14) presented severe malnutrition. The most prevalent symptom was nausea, observed in breast 40.0% (n = 18), gastrointestinal (45.8%) (n = 11), lung (44.4%) and head neck 41.7% (n = 5) cancer. When the percentage of weight loss in six months was evaluated, almost 21.9% (n = 46) presented no weight loss. **Conclusion:** Despite the high prevalence of individuals with adequate nutritional status by the BMI observed in this study, most patients presented some degree of malnutrition by ASG-PPP, in addition to symptoms such as nausea and xerostomia. In addition, even though most individuals did not show altered food intake, a large proportion of them had significant weight loss in all types of cancer evaluated, which could worsen the patients prognosis.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica, identificada como uma desordem anormal no crescimento das células invadindo tecidos e órgãos, que acomete a população mundial de maneira crescente¹. No Brasil, a estimativa para o ano de 2018 e 2019 é a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano¹. Esta projeção retrata o perfil de um país que tem maior incidência de câncer de próstata (68 mil) em homens e de mama (60 mil) em as mulheres¹.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a desnutrição é caracterizada pela escassa ingestão de energia e nutrientes ocasionada pela relação entre alimentação, fatores socioeconômicos, estado de saúde e situação social no qual o indivíduo encontra-se, sucedendo um problema comum na baixa hospitalar². Diversos estudos descrevem a perda de peso e de massa muscular involuntária durante o período de internação, evidenciando que essa condição é o ponto de partida inicial para o progresso de desnutrição hospitalar. Deste modo, torna-se primordial a avaliação nutricional constante do indivíduo internado, uma vez que esta ação promoverá identificação precoce da desnutrição³.

A assistência nutricional se faz primordial na população acometida pelo câncer, sendo a desnutrição um fator prejudicial regressor no processo de tratamento da doença⁴. Nota-se que ao detectar antecipadamente complicações e distúrbios alimentares se obtém um avanço positivo no prognóstico dos pacientes, diminuindo o risco nutricional e agindo de forma positiva no tratamento da doença⁵.

Existem vários tipos de tratamento para o câncer, entre eles está presente a quimioterapia, um método de intervenção que possibilita a cura de determinados tumores, atingindo as células tumorais e também tecidos do corpo saudáveis, com diferentes níveis de toxicidade, permitindo que seja tratado brevemente o aparecimento de metástases⁵. Em contrapartida, por ser um tratamento de efeito sistêmico, no qual afeta igualmente as células saudáveis, o paciente durante a quimioterapia pode apresentar alguns efeitos colaterais, como náusea, diarreia e vômito⁶. Os sintomas no câncer variam de acordo com o tipo de tumor presente, e deve ser acompanhado evitando intercorrências, transferindo ao paciente bem-estar e tranquilidade⁷. O estado nutricional adequado durante a quimioterapia pode prevenir internações hospitalares e complicações, possibilitando ao indivíduo uma melhor qualidade de vida⁸.

Quando identificado de maneira precoce, o risco nutricional é passível de modificação, evitando por meio da intervenção nutricional a piora dessa condição, visto que a aceitação alimentar baixa e os sintomas causados pela quimioterapia também são uma pré-disposição ao

agravamento do estado nutricional, podendo levar a outros sintomas incluindo a desnutrição do indivíduo⁹.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os indicadores de risco nutricional associados à localização do câncer em pacientes submetidos a quimioterapia.

MÉTODOS

O presente estudo baseou-se na avaliação de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos em um ambulatório oncológico de um Hospital de Caxias do Sul/RS, no período de 2016 e 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal, cuja amostra foi selecionada por conveniência. Foram analisados os formulários da avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente (ASG – PPP). Foram incluídas no estudo avaliações de pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 19 anos, em tratamento quimioterápico, independente de fase de tratamento ou extensão da doença. Excluíram-se as avaliações de pacientes gestantes, as que estavam incompletas, as de pacientes sem diagnósticos de patologias oncológicas ou aqueles com nutrição enteral.

Por meio destes formulários também se obtiveram as seguintes variáveis: sexo, idade e diagnóstico oncológico. A ASG-PPP, que foi adaptada e validada para o Brasil por Gonzalez¹⁰, é de fácil aplicação, não invasiva e consegue investigar em um reduzido intervalo de tempo modificações do estado nutricional do paciente^{11,12}. Este instrumento é composto por questões que se referem à alteração de peso, ingestão alimentar, sintomas e capacidade funcional. Por meio da ASG classifica-se o estado nutricional do paciente, através da soma da pontuação dos escores em: bem nutrido, desnutrido moderado ou desnutrido grave.

As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS Statistic Data 20 (Statistical Package for Social Sciences - Chicago, IL, 2008). As variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram descritas por média e desvio padrão. A associação entre as variáveis foi avaliada como o teste Qui-quadrado. Foi adotado em todas as análises nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha, sob o número de parecer de aprovação 2.571.056, não houve assinatura de TCLE, pois tratou-se de uma revisão de prontuário.

RESULTADOS

Participaram do estudo 210 ASG-PPP, sendo 51,0% ($n=107$) do sexo masculino. Destes, os diagnósticos

oncológicos predominantes foram o câncer hematológico 31,0% (n=65) e o câncer de mama 21,4% (n=45).

Em relação aos sintomas, o presente estudo evidenciou que 50% (n=105) dos indivíduos referiram pelo menos algum sintoma. A ingestão alimentar permaneceu igual quando comparada ao momento antes do tratamento em 68,1% (n=143) dos avaliados e 11,4% (n=24) dos pacientes referiram ingestão alimentar maior do que anteriormente ao tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas, clínicas e antropométricas em pacientes oncológicos de Caxias do Sul/RS 2018 (n = 210).

Variáveis de exposição	N	%
Sexo		
Feminino	103	49,0
Masculino	107	51,0
Diagnóstico oncológico		
Hematológico	65	31,0
Câncer de Mama	45	21,4
Câncer de Pulmão	18	8,6
Câncer de Próstata	18	8,6
Trato Gastrointestinal	24	11,4
Cabeça e Pescoço	12	5,7
Bexiga	13	6,2
Outros	15	7,1
Sintomas		
Sim	105	50,0
Não	105	50,0
Ingestão alimentar		
Igual	143	68,1
Menos que o habitual	43	20,5
Mais que o habitual	24	11,4
Classificação do IMC		
Magreza	25	11,9
Eutrófico	94	44,8
Sobrepeso	70	33,3
Obesidade	21	10,0
% PP		
Sem perda	46	21,9
Até 5%	80	38,1
De 6 a 10%	45	21,4
De 11 a 15%	15	7,1
> 15%	23	11,0
ASG – PPP		
Bem nutrido	161	76,7
Desnutrido moderado	35	16,7
Desnutrido grave	14	6,7

IMC – Índice de massa corporal; %PP - Percentual de Perda de Peso; ASG - PPP - Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo próprio paciente.

Ainda na tabela 1, referente às variáveis antropométricas, observou-se que 44,8% (n=94) dos indivíduos eram eutróficos segundo a classificação do índice de massa corporal (IMC), 38,1% (n=80) apresentaram perda de peso de até 5% em 6 meses, 76,7% (n=161) foram classificados como bem nutridos conforme o diagnóstico da ASG, 16,7% (n=35) tinham desnutrição moderada e 6,7% (n=14) apresentaram desnutrição grave.

A Tabela 2 mostra a descrição das variáveis sociodemográficas e antropométricas dos indivíduos avaliados. A média de idade encontrada entre os pacientes oncológicos foi de 59,08 anos ($\pm 13,72$), o peso usual teve média de 74,51kg ($\pm 15,63$), peso atual 72,08kg ($\pm 14,92$), estatura 167cm ($\pm 0,08$) e IMC médio 25,80kg/m² ($\pm 4,93$).

Os sintomas decorrentes do tratamento quimioterápico, relatados pelos pacientes por meio da ASG-PPP estão descritos na Tabela 3. Em relação à inapetência, é possível observar que houve diferença entre os grupos, onde a maior parte da amostra não apresentava o sintoma ($p = 0,037$). A náusea foi o sintoma mais prevalente no câncer de mama 40,0% (n=18), câncer de pulmão 44,4% (n=8), câncer de próstata 16,7% (n=3), câncer do TGI 45,8% (n=11) e câncer de cabeça e pescoço 41,7% (n=5) ($p = 0,023$).

Tabela 2 - Descrição das variáveis sociodemográficas e antropométricas em pacientes oncológicos de Caxias do Sul/RS. 2018 (n = 210).

Variáveis de exposição	Méd	DP (\pm)
Idade (anos)	59,08	13,72
Peso usual (Kg)	74,51	15,63
Peso atual (Kg)	72,08	14,92
Estatura (m)	1,67	0,08
Índice de massa corporal (kg/m ²)	25,80	4,93

Méd - Média; DP - Desvio Padrão

A descrição das variáveis clínicas em relação ao perfil nutricional dos pacientes oncológicos encontra-se na Tabela 4. No câncer de mama destaca-se que o IMC predominante foi a eutrofia porém, 48,9% (n=22) encontravam-se com excesso de peso, e embora 91,1% (n=41) estavam bem nutridos ($p=0,002$), apenas 17,8% (n=8) dos avaliados não apresentaram perda de peso.

Entre os indivíduos com diagnóstico de câncer de pulmão, 50% (n=9) encontravam-se eutróficos segundo o IMC e 33,3% (n=6) com magreza, no entanto, 27,8% (n=5) apresentaram desnutrição moderada e 22,2% (n=4) desnutrição grave, conforme a ASG-PPP. Entre eles, 77,8% (n=14) apresentaram algum grau de perda de peso.

No que diz respeito ao câncer do TGI, ainda na Tabela 4, podemos observar que embora 50% (n=12) dos pacientes

fossem eutróficos, 33,3% (n=8) apresentaram perda de peso de 6 a 10% e 33,3% (n=8) apresentaram perda de peso maior que 15%. No câncer de cabeça e pescoço identifica-se que 25% (n=3) dos pacientes eram baixo peso (IMC), 33,3% (n=4) com desnutrição moderada e 8,3% (n=1) com desnutrição grave (ASG-PPP). Destes, 75% (n=9) apresentaram perda de peso durante o tratamento.

Tabela 3 - Descrição das variáveis clínicas em relação aos sintomas em pacientes oncológicos de Caxias do Sul/RS 2018 (n=210).

Variáveis de exposição	Ca Hemato n (%)	Ca Mama n (%)	Ca Pulmão n (%)	Ca Próstata n (%)	Ca TGI n (%)	Ca Cabeça Pescoço n (%)	Ca Bexiga n (%)	Outros	p - valor
Inapetência									0,037
Sim	0 (0)	2 (4,4)	2 (11,1)	0 (0)	2 (8,3)	2 (16,7)	1 (7,7)	3 (20,0)	
Não	65 (100,0)	43 (95,6)	16 (88,9)	18 (100,0)	22 (91,7)	10 (83,3)	12 (92,3)	12 (80,0)	
Náuseas									0,023
Sim	11 (16,9)	18 (40,0)	8 (44,4)	3 (16,7)	11 (45,8)	5 (41,7)	2 (15,4)	6 (40,0)	
Não	54 (83,1)	27 (60,0)	10 (55,6)	15 (83,3)	13 (54,2)	7 (58,3)	11 (84,6)	9 (60,0)	
Vômito									0,752
Sim	2 (3,1)	3 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (4,2)	0 (0)	0 (0)	1 (6,7)	
Não	63 (96,9)	42 (93,3)	18 (100,0)	18 (100,0)	23 (95,8)	12 (100,0)	13 (100,0)	14 (93,3)	
Diarreia									0,480
Sim	2 (3,1)	3 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (4,2)	1 (8,3)	0 (0)	2 (13,3)	
Não	63 (96,9)	42 (93,3)	18 (100,0)	18 (100,0)	23 (95,8)	11 (91,7)	13 (100,0)	13 (86,7)	
Xerostomia									0,265
Sim	19 (29,2)	12 (26,7)	1 (5,6)	2 (11,1)	4 (16,7)	4 (33,3)	4 (30,8)	2 (13,3)	
Não	46 (70,8)	33 (73,3)	17 (94,4)	16 (88,9)	20 (83,3)	8 (66,7)	9 (69,2)	13 (86,7)	
Mucosite									0,714
Sim	3 (4,6)	3 (6,7)	0 (0)	0 (0)	1 (4,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não	62 (95,4)	42 (93,3)	18 (100,0)	18 (100,0)	23 (95,8)	12 (100,0)	13 (100,0)	15 (100,0)	
Disfagia									0,340
Sim	1 (1,5)	0 (0)	1 (5,6)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	0 (0)	
Não	64 (98,5)	45 (100,0)	17 (94,4)	18 (100,0)	24 (100,0)	11 (91,7)	13 (100,0)	15 (100,0)	
Constipação									0,313
Sim	8 (12,3)	1 (2,2)	2 (11,1)	1 (5,6)	0 (0)	1 (8,3)	1 (7,7)	0 (0)	
Não	57 (87,8)	44 (97,8)	16 (88,9)	17 (94,4)	24 (100,0)	11 (91,7)	12 (92,3)	15 (100,0)	

Ca Hemato – Câncer Hematológico; Ca Mama - Câncer de Mama; Ca Pulmão - Câncer de Pulmão; Ca Próstata – Câncer de Próstata; Ca TGI – Câncer do Trato Gastrointestinal; Ca Cabeça Pescoço – Câncer de Cabeça e Pescoço; Ca Bexiga - Câncer de Bexiga.

Tabela 4 – Descrição das variáveis clínicas em relação ao perfil nutricional em pacientes oncológicos de Caxias do Sul/RS. 2018 (n = 210).

Variáveis de exposição	Ca Hemato n (%)	Ca Mama n (%)	Ca Pulmão n (%)	Ca Próstata n (%)	Ca TGI n (%)	Ca Cabeça Pesçoço n (%)	Ca Bexiga n (%)	Outros	p - valor
IMC									
Magreza	6 (9,2)	2 (4,4)	6 (33,3)	2 (11,1)	4 (16,7)	3 (25,0)	1 (7,7)	1 (6,7)	0,164
Eutrofia	27 (41,5)	21 (46,7)	9 (50,0)	8 (44,4)	12 (50,0)	6 (50,0)	7 (53,8)	4 (26,7)	
Sobrepeso	23 (35,4)	16 (35,6)	2 (11,1)	8 (44,4)	5 (20,8)	3 (25,0)	5 (38,5)	8 (53,3)	
Obesidade	9 (3,8)	6 (13,3)	1 (5,6)	0 (0)	3 (12,5)	0 (0)	0 (0)	2 (13,3)	
% PP (6 meses)									
Sem perda	18 (27,7)	8 (17,8)	4 (22,2)	2 (11,1)	3 (12,5)	3 (25,0)	6 (46,2)	2 (13,3)	0,023
Até 5%	27 (41,5)	24 (53,3)	5 (27,8)	6 (33,3)	4 (16,7)	4 (33,3)	3 (23,1)	7 (46,7)	
De 6 a 10%	10 (15,4)	9 (20,0)	6 (33,3)	4 (22,2)	8 (33,3)	3 (25,0)	2 (15,4)	3 (20,0)	
De 11 a 15%	5 (7,7)	2 (4,4)	1 (5,6)	3 (16,7)	1 (4,2)	1 (8,3)	0 (0)	2 (13,3)	
> 15%	5 (7,7)	2 (4,4)	2 (11,1)	3 (16,7)	8 (33,3)	1 (8,3)	1 (7,7)	1 (6,7)	
ASG – PPP									
Bem nutrido	54 (83,1)	41 (91,1)	9 (50,0)	12 (66,7)	13 (54,2)	7 (58,3)	12 (92,3)	13 (86,7)	0,002
Desnutrido moderado	9 (13,8)	4 (8,9)	5 (27,8)	5 (27,8)	6 (25,0)	4 (33,3)	1 (7,7)	1 (6,7)	
Desnutrido grave	2 (3,1)	0 (0)	4 (22,2)	1 (5,6)	5 (20,8)	1 (8,3)	0 (0)	1 (6,7)	

Ca Hemato – Câncer Hematológico; Ca Mama - Câncer de Mama; Ca Pulmão - Câncer de Pulmão; Ca Próstata - Câncer de Próstata; Ca TGI – Câncer do Trato Gastrointestinal; Ca Cabeça Pesçoço – Câncer de Cabeça e Pesçoço; Ca Bexiga – Câncer de Bexiga.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado uma alta prevalência de indivíduos eutróficos e bem nutridos, porém a maioria com algum grau de perda de peso, sendo o sintoma mais prevalente as náuseas.

O estudo de Peixoto et al., realizado em Recife, PE com 65 pacientes oncológicos, concluiu que 60% da amostra estudada apresentou-se sem risco para desnutrição conforme ASG-PPP¹³. Na Austrália, um estudo desenvolvido em um ambulatório para pacientes em tratamento quimioterápico, avaliou por meio da ASG-PPP 300 pacientes oncológicos, e 83% apresentavam-se bem nutridos¹⁴. Tais achados corroboram o presente estudo, que encontrou que 76,7% dos pacientes encontravam-se bem nutridos. Estes resultados sugerem que pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial apresentam um estado nutricional menos depletado quando comparado a pacientes internados.

Em Manaus, AM um estudo transversal que envolveu 397 pacientes internados em hospitais públicos, no qual foram analisados fatores de risco para desnutrição hospitalar, mostrou que o tempo de internação, idade superior a 60

anos, mudança constante de dieta, perda de peso recente e presença de câncer revelaram associação favorável para desnutrição hospitalar¹⁵. Bem como um estudo feito em um centro médico na Coreia¹⁶, que também utilizou como método para identificar desnutrição a ASG-PPP, relacionou o efeito da desnutrição com a sobrevida dos asiáticos, dos 216 pacientes estudados 23% apresentaram desnutrição grave e tiveram associação com a redução da sobrevida. Acredita-se que os pacientes atendidos ambulatoriamente apresentam condições clínicas menos graves que os hospitalizados.

Além das mutações inerentes do câncer, o paciente oncológico é sujeito as implicações do tratamento quimioterápico. A quimioterapia é um dos tratamentos antineoplásicos mais utilizados entre os estudos, e está relacionada com alguns efeitos colaterais como náuseas, vômitos, diarreia, mucosite, xerostomia, e que prejudicam o consumo alimentar e influenciam na absorção de nutrientes, levando a um cenário de desnutrição¹⁷.

Um estudo realizado em Minas Gerais com pacientes em tratamento quimioterápico para câncer hematológico, verificou que 31,25% apresentaram xerostomia¹⁸. No presente estudo houve resultado similar, onde a xerostomia esteve presente em 29,2% dos pacientes, sendo este o

sintoma predominante. Em San Sebastian, na Espanha¹⁹, realizou-se uma pesquisa com 150 pacientes em tratamento quimioterápico para investigar mudanças sensoriais no paladar, e o sintoma mais relatado foi a xerostomia, em 63,6% da amostra, tal fato pode estar relacionado aos efeitos adversos dos fármacos utilizados. Mudanças no paladar são comuns em pacientes recebendo quimioterápicos, e isso pode ocasionar uma ingestão inapropriada de nutrientes que irão impactar no estado nutricional e qualidade de vida.

O estudo de Ferreira et al., verificou a aceitação de dietas hospitalares e o estado nutricional dos pacientes com câncer e encontrou que 21% referiram inapetência, sendo este o sintoma mais prevalente no estudo⁹. O presente estudo obteve dados divergentes, visto que a maior parte da amostra não apresentou inapetência. Tal achado pode ser explicado devido ao fato de serem pacientes ambulatoriais, pois pacientes internados contam apenas com a dieta oferecida pelo hospital, já os pacientes ambulatoriais podem realizar suas refeições fora do hospital.

Em Pernambuco, entre os anos de 2014 e 2015, foi realizada uma pesquisa com 150 pacientes oncológicos que estavam em tratamento quimioterápico, destes 46,7% apresentaram o IMC indicando eutrofia²⁰. Do mesmo modo, um estudo descritivo com pacientes oncológicos realizado em um ambulatório de quimioterapia na Santa Casa de Porto Alegre/RS, indicou que 44% deles estavam eutróficos²¹. Tais achados corroboram com o presente estudo, que encontrou porcentagem de 44,8% de eutrofia. Sabe-se que o IMC em pacientes com diagnóstico oncológico possui valor restrito. Esses indivíduos podem exibir um aumento de mediadores inflamatórios conhecidos como citocinas, que pode provocar deterioração proteica, extravasamento de líquido extracelular, facilitando a retenção hídrica e camuflando o verdadeiro estado nutricional²¹. É importante ressaltar que o câncer é uma doença altamente catabólica, relacionada diretamente com a desnutrição.

No presente estudo, foi encontrado predominância de IMC magreza no câncer de pulmão 33,3%. Um estudo feito por Brito et al., mostrou que a desnutrição foi predominante nos pacientes com câncer de pulmão e também do TGI, e estes resultados fazem parte de um quadro de diversos fatores que levam a desnutrição, como sintomas, tipo de tratamento atribuído e dose de medicação utilizada²². O estudo de Cagol et al., realizado com 189 pacientes, comparou o estado nutricional com o sítio de localização do tumor e encontrou um predomínio de 84,6% da amostra com algum grau de desnutrição²³. Já Illa et al., citou em seu estudo que a piora de pacientes não se devia tanto à agressividade do tratamento, mas sim, a um estado nutricional de desnutrição já existente²⁴.

O estudo em questão encontrou uma maior porcentagem de IMC sobrepeso no câncer de mama de 35,6% e segundo a classificação da ASG-PPP 91,1% estavam bem nutridas. Já no estudo de Warken et al., 79% estavam com excesso de peso segundo IMC, e 86% com estado nutricional adequado segundo ASG-PPP²⁵. Um estudo semelhante realizado por Cordeiro e Fortes, o qual avaliaram mulheres com diagnóstico de câncer de mama, observaram que 64,05% da amostra estavam acima do peso quando classificadas pelo IMC²⁶.

Estudo realizado em Salvador, com 180 pacientes em pré-operatório de cirurgia oncológica, utilizou o IMC para determinar prevalência de desnutrição, e não revelou maior prevalência de pacientes abaixo do peso, a maior porcentagem foi de eutrofia, seguida por excesso de peso. Tal resultado pode ser explicado devido ao IMC representar um indicador pouco fidedigno para desnutrição em ambiente hospitalar, uma vez que não se consegue detectar antecipadamente risco para desnutrição²⁷.

O presente estudo identificou que 53,3% das mulheres com câncer de mama apresentaram até 5% de perda de peso nos últimos 6 meses e 33,3% dos pacientes com câncer de pulmão, demonstraram perda entre 6 e 10%. Em contrapartida, um estudo realizado num hospital do Rio Grande do Sul identificou que 60% dos pacientes com câncer de mama não apresentaram perda de peso, e a maior perda de peso foi no câncer de pulmão e de pâncreas²⁸.

Estudo de Fruchtenicht et al., avaliou 41 pacientes com câncer do TGI, e identificou que 53,6% da população estudada teve uma porcentagem de perda de peso maior que 10% em 6 meses, e essa porcentagem foi relacionada a piores escores de ASG-PPP, indicando desnutrição na metade da população²⁹. Um outro estudo realizado com pacientes diagnosticados com neoplasia do TGI, mostrou que a perda de peso foi constatada em 81,3% da amostra sendo relacionada a caquexia e pré-caquexia (magreza severa)³⁰. No presente estudo, a perda de peso maior que 15% em 6 meses no TGI foi de 33,3%, mas não houve predominância de desnutrição, já que 54,2% dos pacientes estavam bem nutridos segundo a ASG-PPP.

É importante ressaltar que, no presente estudo, podem ter ocorrido limitações quanto à metodologia utilizada referente à coleta de alguns dados, destacando-se o viés de memória para informações como consumo alimentar e peso progressivo.

CONCLUSÃO

Apesar da alta prevalência de indivíduos com estado nutricional adequado pelo IMC observado neste estudo,

grande parte dos pacientes apresentou algum grau de desnutrição pela ASG-PPP, além de sintomas como náuseas e xerostomia. Além disso, mesmo que a maioria dos indivíduos não tenha demonstrado alteração de consumo alimentar, deve-se considerar que uma grande parte tenha apresentado perda de peso significativa, em todos os tipos de câncer avaliados, o que pode piorar o prognóstico do paciente.

Diante dos dados referidos, ressalta-se a seriedade do acompanhamento e da interpretação da avaliação nutricional completa durante o período do tratamento quimioterápico.

REFERÊNCIAS

1. Incidência de câncer no Brasil em 2018 no Brasil. Rio de Janeiro: INCA – Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>.
2. Fidelix MSP, Santana AFF, Gomes JR. Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos. RASBRAN. 2013; 5(1): 60-68.
3. Cunha MJ, Ruivo E, Ferro G. Avaliação do Risco de Desnutrição pelo Método de Rastreamento MUST no Hospital de Santa Luzia. Revista Nutricias. 2012; 12: 8-11.
4. Saka B, Ozturk GB, Uzun S, Erten N, Genc S, Karan MA, Tascioglu C, Kaysi A. Risco nutricional em pacientes hospitalizados: impacto da albumina no acompanhamento do estado nutricional. Rev. Nutr. 2011;24 (1):89-98.
5. Castellanos AS, Célix MS, Galarreta JÁ, Valledor AR, Torre A. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. Nutr Hosp. 2014;29(2):259-68.
6. Rodrigues FSS, Polidori MM. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. Rev Bras Cancerol. 2012; 58(4):619-627.
7. Menezes JR, Luvisaro BMO, Rodrigues CF, Muzi CD, Guimarães RM. Confiabilidade teste-reteste da versão Brasileira do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale para avaliação de sintomas em pacientes oncológicos. Einstein. 2017; 15(2): 148-154.
8. Vale IAV, Bergmann RB, Duval PA, Pastore CA, Borges LR, Abib RT. Avaliação e Indicação Nutricional em Pacientes Oncológicos no Início do Tratamento Quimioterápico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2015; 61(4): 367-372.
9. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein. 2013; 11(1): 41-46.
10. Gonzalez MC, Borges LB, Silveira DH, Assunção MC, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. Rev Bras Nutr Clin. 2010;25(2):102-8.
11. Ministerio da Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro/INCA. 2nd ed. 2015. rev., ampl: 182 p https://www.sbno.com.br/UploadsDoc/consenso_nacional_de_nutricao_oncologica-2-edicao_2015_completo.pdf.
12. Jager-Wittenaar, H; Ottery, FD. Assessing nutritional status in cancer: role of the Patient-Generated Subjective Global Assessment. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care. 2017; 20(5): 322-329.
13. Peixoto MI, Dourado FK, Andrade MIS, Silva TO, França AKS, Almeida HRM, Vasconcelos AA, Melo LS. Comparison between diferente nutritional screening tools in cancer outpatients. Nutr.clín.diet.hosp.2017;37(3):35-43.
14. Abbott J, Teleni L, McKavanagh D, Watson J, McCarthy A, & Isenring E. A novel, automated nutrition screening system as a predictor of nutritional risk in an oncology day treatment unit (ODTU). Supportive Care in Cancer, 2014; 22(8), 2107-2112.
15. Fragas RFM, Oliveira MC. Risk factors associated with malnutrition in hospitalized patients. Rev. Nutr. Campinas. 2016; 29(3): 329-336.
16. Kim HS, Lee JY, Lim SH, et al. Patient-Generated Subjective Global Assessment as a prognosis tool in patients with multiple myeloma. Nutrition 2017; 36:67–71.
17. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de paciente atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. Rev. Min. Enferm. 2012; 16(1): 38-47.
18. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):355-61.
19. Amézaga J, Alfaro B, Ríos Y, Larraio A, Ugartemendia G, Urruticoechea A, Tueros I. Assessing taste and smell alterations in cancer patients undergoing chemotherapy according to treatment. Supportive Care in Cancer 2018; 26(12):4077-86.
20. Cunha TRS, Santos PAS, Cabral EK, Soares BLM, Maio R, Burgos GPA. Triagem nutricional pelo Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) no paciente oncológico em quimioterapia. BRASPEN J 2016; 31 (4): 329-34.
21. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 43-50.
22. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, Cardoso LGV. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(2): 163-171.
23. Cagol F, Pretto ADB, Colling C, Araújo ES, Vale IAV, Bergmann RB, Pastore CA, Moreira AN. Nutritional status by Patient-Generated Subjective Global Assessment. Nutr. clín. diet. hosp. 2016; 36(4):13-19.
24. Ila P, Tomiskova M, Skrickova J. Nutritional Risk Screening Predicts Tumor Response in Lung Cancer Patients. Journal of the American College of Nutrition. 2015; 34(5), 425-429.

25. Warken AP, Bosco SMD, Adami FS. Assessment of the Dietary Consumption and Nutritional Status of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2016; 36(4):96-105.
 26. Cordeiro ALC, Fortes RC. Estado nutricional e necessidade de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Arq. Catarin Med.* 2015 out-dez; 44(4): 96-108.
 27. Leite LO, Souza CO, Sacramento JM. Risco nutricional pelo método Nutritional Risk Screening - 2002 de pacientes no pré-operatório em um hospital geral público da cidade de Salvador-BA. *BRASPEN J* 2016;31(4):311-5
 28. Pelissaro E, Damo CC, Alves ALS, Calcina A, Kumpel DA. Avaliação do estado nutricional em pacientes idosos oncológicos internados em um hospital de alta complexidade do Norte do Rio Grande do Sul. *Sci Med.* 2016;26(2):ID22972.
 29. Fruchtenicht AVG, 1; Poziomyck AK, Reis AM, Galia CR, Kabke GB, Moreira LF. Estado inflamatório e nutricional em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de tumores do trato gastrointestinal. *Rev Col Bras Cir.* 2018; 45(2):e1614.
 30. Lima KDS, Luz MCL, Araújo AO, Lima KDS, Burgos MGPA, Arruda IKG, Maio R. Caquexia e pré-caquexia em pacientes com câncer do trato gastrointestinal. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2017; 37(4):101-107.
-

Submissão: 23/07/2018

Aprovado para publicação: 27/09/2019