

**Perfil nutricional de pacientes oncológicos em duas
Instituições hospitalares: Série de casos****Evaluation of the nutritional profile of oncological patients in two hospital
institutions: case series**

DOI:10.34117/bjdv6n9-330

Recebimento dos originais: 01/09/2020

Aceitação para publicação: 15/09/2020

Istefane Borges da Silva

Bacharel em Nutrição pela Faculdade Morgana Potrich

Faculdade Morgana Potrich

Endereço: Avenida 3, Q07, Lts 15 a 19, Setor Mundinho – Mineiros, GO, CEP 75832-009

E-mail: istefane_silva@outlook.com

Vinícius Gomes de Moraes

Graduação em Medicina pela Faculdade Morgana Potrich

Faculdade Morgana Potrich

Endereço: Avenida 3, Q07, Lts 15 a 19, Setor Mundinho – Mineiros, GO, CEP 75832-009

E-mail: viniciusdemorais889@gmail.com

Priscila Ramos Andrade

Graduação em Medicina pela Faculdade Morgana Potrich

Faculdade Morgana Potrich

Endereço: Avenida 3, Q07, Lts 15 a 19, Setor Mundinho – Mineiros, GO, CEP 75832-009

E-mail: priandrade677@gmail.com

Vinícius Carlos Costa Silva

Mestre

Faculdade Morgana Potrich

Endereço: Avenida 3, Q07, Lts 15 a 19, Setor Mundinho – Mineiros, GO, CEP 75832-009

E-mail: viniciuscarlos@fampfaculdade.com.br

Milena Figueiredo de Sousa

Mestre

Faculdade Morgana Potrich

Endereço: Avenida 3, Q07, Lts 15 a 19, Setor Mundinho – Mineiros, GO, CEP 75832-009

E-mail: milenafigueiredo@fampfaculdade.com.br

RESUMO

Mundialmente, o câncer é uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com maiores índices de mortalidade. É caracterizado pela multiplicação celular desordenada, com capacidade de invadir tecidos e órgãos, provocando mais de 100 doenças. Essa patologia afeta diretamente a vida social, física e psicológica dos indivíduos acometidos, principalmente o estado nutricional e a qualidade de vida dos mesmos. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi relatar o caso de quatro pacientes portadores de neoplasia, (mama, estômago e cabeça), de ambos os sexos, com idade entre 43 a 68 anos, através da análise de prontuários e laudos laboratoriais, antropometria e aplicação de questionários subjetivos. Com base na avaliação nutricional realizada, foi possível identificar

pacientes com risco nutricional, sendo a maioria com perda de peso (moderada ou grave), dois pacientes com quadro de desnutrição, uma com uma possível anemia e três com redução nos níveis de linfócitos, além de vários sintomas nutricionais e redução da ingestão alimentar. Dessa forma, ao longo do tratamento oncológico, a avaliação nutricional é uma ferramenta importante para identificar os déficits nutricionais, possibilitando a escolha da terapêutica adequada e aumento da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Câncer, Estado nutricional, Avaliação nutricional.

ABSTRACT

Worldwide, cancer is one of the Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs) with the highest mortality rates. It is characterized by disordered cell multiplication, capable of invading tissues and organs, causing more than 100 diseases. This pathology directly affects the social, physical and psychological life of affected individuals, especially their nutritional status and quality of life. Therefore, the objective of the present study was to report the case of four patients with neoplasia (breast, stomach and head) of both sexes, aged 43 to 68 years, through the analysis of medical records and laboratory reports, anthropometry. and application of subjective questionnaires. Based on the nutritional assessment performed, it was possible to identify patients with nutritional risk, most of them with weight loss (moderate or severe), two patients with malnutrition, one with possible anemia and three with reduced lymphocyte levels. in addition to various nutritional symptoms and reduced food intake. Thus, throughout the cancer treatment, nutritional assessment is an important tool to identify nutritional deficits, allowing the choice of appropriate therapy, increasing the patient's quality of life.

Keywords: Cancer, Nutritional status, Nutritional evaluation.

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, o câncer é uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com maiores índices de mortalidade. É caracterizado como uma patologia que provoca desordem celular com capacidade de invadir tecidos e órgãos, gerando mais de 100 doenças, que agridem de forma severa o modo de vida social, psicológico e físico dos indivíduos acometidos (SANTIAGO RSA, et al., 2016). Além disso, essa patologia ocasiona modificações metabólicas, gerando anormalidades no estado nutricional do enfermo (CARVALHO ACLM, et al., 2018).

Ao longo dos anos, a prevalência do câncer tem aumentado significativamente, interferindo negativamente na vida dos indivíduos (CAMPOS JAD, et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é o segundo maior responsável pelas causas de mortes no mundo, cerca de cinco milhões de casos todos os anos, indicando um expressivo problema de saúde pública (POLTRONIERI TS e TUSSEF C, 2016).

Estudos realizados pela OMS apontam que essa doença atinge aproximadamente nove milhões de pessoas. Indicadores mundiais revelam que, em 2030, haverá 27 milhões de novos casos, 75 milhões de diagnósticos e oito milhões de óbitos provenientes de doenças carcinogênicas. Em 2018, estimou-se a ocorrência de 600 mil quadros de câncer (CARVALHO ACLM, et al., 2018).

O câncer é de causa multifatorial decorrente da associação de fatores internos (10% - 20%), em sua maioria genéticos, vinculados à predisposição do organismo em se proteger dos fatores externos (80% - 90%) relacionados aos hábitos modificáveis da população e o meio ambiente. O sinergismo entre esses fatores potencializa o surgimento dessa patologia (BAÚ FC e HUTH A, 2011; INCA, 2017).

Segundo o INCA (2017), mais de um terço dos óbitos provenientes do câncer estão ligados à associação de vários fatores iminentemente modificáveis, entre eles: etilismo, tabagismo, má alimentação (baixa ingestão de frutas e hortaliças juntamente com o alto consumo de alimentos ultraprocessados), sedentarismo, sobrepeso, obesidade, poluição do ar, inalação de fumaça, agrotóxicos, sexo sem proteção e contaminação por perfuro cortantes.

Nutricionalmente, o câncer pode ocasionar várias consequências negativas devido aos efeitos locais e sistêmicos do tumor, debilitando o estado nutricional do enfermo (DALLACOSTA FM, 2017).

Em pacientes oncológicos, são recorrentes os casos de agravos do estado nutricional ocasionados pela insuficiente ingestão ou absorção dos nutrientes, alterando a composição corporal, prejudicando o funcionamento celular e metabólico. Os distúrbios nutricionais mais recorrentes estão relacionados à redução de peso corporal, disfunções metabólicas (anemia e queda nos níveis de linfócitos) e desnutrição, além da sarcopenia e caquexia (CLEMENTE G, et al., 2018).

Diante disso, a intervenção nutricional em pacientes com diagnóstico de câncer é fundamental na recuperação do estado nutricional e ao longo do tratamento da doença, eliminando os desconfortos e sintomas relacionados a alimentação. Essa terapia auxilia na resposta ao tratamento, além de minimizar as deficiências nutricionais, o risco de complicações e consequentemente aumento da qualidade de vida (VALE IAV, et al., 2015).

Nesses casos, faz-se necessário avaliar o estado nutricional desses pacientes, por meio de uma combinação de métodos que evidenciem a perda de peso corporal (massa muscular e adiposa), a diminuição do apetite, a capacidade funcional e a sintomatologia nutricional com intuito de identificar disfunções nutricionais que possam comprometer a saúde do mesmo e permitir a escolha da terapêutica adequada (DALLACOSTA FM, 2017).

Levando em consideração o exposto, o objetivo deste trabalho foi relatar o caso de quatro pacientes portadores de neoplasia (mama, estômago e cabeça). Além disso, identificar as alterações no estado nutricional e bioquímicos dos pacientes e reconhecer os hábitos alimentares e frequência alimentar antes do diagnóstico da doença. Com isso, foi possível demonstrar a importância do profissional nutricionista para a melhora na recuperação, manutenção dos tecidos, reservas corporais e promoção de hábitos saudáveis para pacientes com risco nutricional.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata de um estudo de caso, de caráter descritivo e qualitativo. A pesquisa foi realizada em duas Instituições Hospitalares Privadas de Mineiros – Goiás, entre setembro a novembro de 2019.

Foram selecionados quatro pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 18 anos, com diagnóstico de câncer, que realizavam tratamento ambulatorial. Sendo excluídos as crianças, os pacientes que possuíam alguma disfunção nutricional antes do diagnóstico oncológico e aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados a partir do prontuário individual de cada paciente, foi realizada a avaliação antropométrica, aplicação de questionários predeterminados (avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente e frequência alimentar) e análise de laudos laboratoriais.

O peso foi obtido em quilogramas (kg) através da balança digital (*G-Life* com capacidade de 150 kg) (ROSSI L, et al., 2008). A estatura aferida em metros (m) foi mensurada em estadiômetro portátil (*Welmy* com intervalos de 5 mm e campo de uso de 20 cm a 210 cm) (PETROSKI EL, 1999).

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizada a medida do peso dividida pela estatura ao quadrado, sendo classificado de acordo com os parâmetros propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2017). Já para os pacientes acima de 65 anos, foram utilizadas as recomendações de Lipschitz (1994) (LIPSCHITZ DA, 1994).

Já as medidas de circunferência, foram realizadas com a fita métrica (*primed* com capacidade de 150 cm), dentre elas foi feita a circunferência da panturrilha (CP) com o objetivo de avaliar a perda de massa muscular, baseada nas recomendações da OMS (OLIVEIRA LPM, 2018; INCA, 2016).

Já a circunferência do braço (CB) foi executada de acordo com o método sugerido por Petroski (1999), sendo utilizada para avaliar o tecido ósseo, muscular e adiposo (BRITO LF, et al., 2012; ROSSI L, et al., 2008).

Além dessas, realizou-se a medida da prega cutânea tricipital (PCT) para averiguar a reserva de gordura corporal, através do adipômetro clínico (*Cescorf* com amplitude de leitura de 75 mm), conforme as técnicas sugeridas (PETROSKI EL, 1999; ROSSI L, et al., 2008).

Outro parâmetro avaliado foi a circunferência muscular do braço (CMB), a qual determina apenas a massa muscular e óssea do mesmo, obtida a partir dos resultados da circunferência do braço e da prega cutânea tricipital, classificada de acordo com a tabela de percentis de Frisancho (LOPES A, et al., 2009).

Entretanto, em casos de pacientes acamados, foram realizadas apenas as medidas da circunferência da panturrilha, circunferência do braço, prega cutânea tricípital e altura do joelho. Para o cálculo da altura estimada foi utilizada a fórmula de Chumlea e colaboradores, levando em consideração o sexo, raça, altura do joelho e idade. Já o peso foi estimado segundo Ross Laboratories, por meio das medidas da altura do joelho e circunferência do braço, variando conforme o sexo e raça (MELO APF, et al., 2014).

Foi realizada a Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), uma adaptação da Avaliação Subjetiva Global para pacientes oncológicos, apresentada por Gomes ES et al., (2014) e validada em português por Gonzalez MC et al., (2010), com o intuito de identificar déficit nutricionais, levando em consideração a perda de peso, a ingestão alimentar, sintomatologia nutricional e o diagnóstico de cada paciente.

Já o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) qualitativo, elaborado por Andrade AG e Paiva AC (2012) com adaptações para essa pesquisa, abordava alternativas quanto à frequência de consumo (diária, semanal, às vezes, raramente e nunca) de alguns grupos alimentares (carnes e embutidos, leites e derivados, gorduras, lanches, massas, cereais, doces, bebidas alcoólicas, hortaliças e frutas), com o intuito de associar a frequência alimentar dos pacientes antes da instalação da doença aos fatores etiológicos provenientes de uma má alimentação (ROSSI L, et al., 2008).

Com o objetivo de identificar algum distúrbio nutricional, principalmente quadros anêmicos e redução dos níveis de linfócitos, foi solicitado ao participante o laudo do hemograma realizado nos 30 dias antecedentes a coleta de dados.

Considerando os aspectos éticos, foram respeitados e seguidos as condutas e os critérios que são estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos pacientes ocorreu de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer número 3.597.787.

3 DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso A: C.T.O., sexo feminino, 43 anos, branca, casada. Recebeu o diagnóstico de câncer triplo-negativo na mama esquerda estágio III, há dois anos. Iniciou o tratamento em 2017, com sessões de quimioterapia e radioterapia e realiza acompanhamento com a nutricionista.

Caso B: O.S.F.L., sexo feminino, 55 anos, negra, casada. Diagnosticada com carcinoma invasivo do tipo não especial sem outras especificações, grau II, na mama esquerda, há sete meses. Atualmente realiza quimioterapia.

Caso C: J.A.S., sexo masculino, 55 anos, branco. Diagnóstico de câncer no estômago há um mês, sem início dos tratamentos até o presente momento.

Caso D: I.M.Q.R., sexo feminino, 68 anos, branca, casada. Diagnosticada com tumor maligno cerebral (glioblastoma multiforme), grau IV, há quatro anos. Atualmente, encontra-se acamada, com paralisia total.

4 RESULTADOS

Mediante às medidas antropométricas, o caso A pode ser classificado como: eutrófico, com as CB e CP normais, no entanto, a PCT e a CMB apresentaram valores abaixo do recomendado, porém a paciente não está desnutrida, apenas possui perda de gordura e massa magra no braço (Tabela 1). O caso B apresenta eutrofia, com a CB normal, porém apresenta a CP diminuída, a PCT e a CMB indicando desnutrição. Dessa forma, pode-se avaliar que a paciente está evoluindo para um possível quadro de desnutrição (Tabela 1).

Já os casos C e D apresentam-se desnutridos, como demonstrado em todas as medidas realizadas, já que as mesmas se encontram abaixo do recomendado (Tabela 1).

Tabela 1 – Medidas antropométricas e classificação nutricional dos pacientes.

Variáveis	Caso A	Classif.	Caso B	Classif.	Caso C	Classif.	Caso D	Classif.
Peso (kg)	55,0	-	63,0	-	46,2	-	47,6	-
Altura (m)	1,53	-	1,6	-	1,69	-	1,65	-
IMC (kg/m²)	23,8	Eutrofia	24,6	Eutrofia	16,1	Des. Moderada	17,4	Des. Leve
CP (cm)	34,0	Normal	32,0	Diminuída	31,0	Diminuída	31,0	Diminuída
CB (cm)	27,5	Normal	29,0	Normal	23,0	Desnutrição	22,5	Desnutrição
DCT (mm)	14,0	Des. grave	16,0	Des. Grave	8,0	Des. Grave	15,0	Des. Grave
CMB (cm)	17,9	Des. leve	18,6	Des. leve	16,0	Des. Grave	13,8	Des. Grave

Notas: Classif.: classificação; IMC: índice de massa corporal; CP: circunferência da panturrilha; CB: circunferência braço; DCT: dobra cutânea tricipital; CMB: circunferência muscular do braço; Des.: desnutrição. Fonte: autoria própria.

Conforme a avaliação laboratorial do hemograma, algumas alterações foram identificadas. No caso A não foi evidenciada nenhuma alteração nos índices hematimétricos. No entanto, houve alteração no leucograma indicando linfocitopenia relativa discreta (Tabela 2). No caso B não foi evidenciado nenhuma alteração no hemograma (Tabela 2).

No caso C, pode-se notar redução no nível das hemácias e hematócrito, elevação dos leucócitos indicando leucocitose, linfócitos diminuídos, sugestivo para linfocitopenia relativa moderada e plaquetose, ou seja, altos índices de plaquetas (Tabela 2). Já o caso D apresentou redução nos níveis de hemácias, hemoglobina e hematócrito, indicando quadro anêmico. Evidencia-se também hemácias macrocísticas (Elevação de VCM e RDW). Linfocitopenia relativa discreta (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados dos hemogramas realizados nos últimos trinta dias.

Parâmetros	Ref. Homem	Ref. Mulher	Caso A	Caso B	Caso C	Caso D
Hemácias	4,5-6,1x10 ⁶	4,0-5,4x10 ⁶	4,7	4,2	4,3*	2,6*
Hemoglobina	12,8-16,3g/dL	11,3-14,5g/dL	14,4	11,9	13,6	8,8*
Hematócrito	40-54%	36-48%	43,6	37,1	38,9*	26,7*
VCM	77-92fL		92,5	88,3	90,0	101,1*
HCM	27-29pg		30,5	28,3	31,6*	33,3*
CHCM	30-35g/dL		33,0	32,08	34,9	32,96
RDW	10-15%		12,7	11,20	12,9	16,9*
Leucócitos	4-11 x1000/mm ³		9,2	5,2	15,0*	4,8
Linfócitos	25-45%		17*	39	7*	13*
Plaquetas	140-450 x10 ³ /mm ³		215x10 ³	300x10 ³	480x10 ³ *	190x10 ³

Notas: Ref.: referência; VCM: volume corpuscular médio; HCM: hemoglobina corpuscular média; CHCM: concentração de hemoglobina corpuscular média; RDW: *Red Cell Distribution Width*; *Resultados com alterações.
Fonte: autoria própria.

De acordo com Gomes ES e Salomon ALR, (2014), os pacientes foram classificados com desnutrição leve, moderada e grave. Visto que o caso A indicou perda de peso de 2,1% em um mês (perda leve), consome comida normal em menor quantidade, no entanto, não possui problemas para se alimentar, sendo classificada com eutrofia (ASG-A).

O caso B demonstrou perda de peso de 16% em 6 meses (perda grave), sua ingestão alimentar está reduzida e apresenta sintomas nutricionais como: falta de apetite, náuseas, boca seca, gosto estranho, cheiros enjoam e problemas para engolir, sendo classificada com desnutrição moderada (ASG – B).

Já o caso C apresentou perda de 25% do seu peso em 1 mês (perda grave), relata conseguir ingerir pouca comida e apresenta alguns sintomas gastrointestinais como: vômito, constipação, boca seca, gosto estranho e dor no estômago, sendo classificado com desnutrição grave (ASG - C).

E no caso D identificou-se perda de peso de 3% em um mês (perda moderada), visto que a paciente se alimenta apenas por via enteral e apresenta sintomas como: perda de apetite, vômito, constipação, problemas para engolir, classificada com desnutrição grave (ASG - C).

Após a aplicação do questionário de frequência alimentar, pôde-se conhecer os hábitos alimentares dos pacientes antes do diagnóstico da doença, dentre os alimentos que compunham o questionário foram selecionados nove deles para serem descritos, levando em consideração seu potencial carcinogênico ou seu efeito protetor com as células neoplásicas, conforme demonstra o quadro 3.

Quadro 3 – Frequência alimentar qualitativa dos pacientes, antes do diagnóstico da neoplasia.

Alimentos	Caso A	Caso B	Caso C	Caso D
Bacon/ toucinho	Às vezes	Nunca	Nunca	Raramente
Banha	Às vezes	Raramente	Diariamente	Diariamente
Presunto	Às vezes	Diariamente	Nunca	Às vezes
Óleo vegetal	diariamente	Às vezes	Nunca	Diariamente
Salgados	Diariamente	Diariamente	Raramente	Às vezes
Açúcar	Diariamente	Diariamente	Diariamente	Diariamente
Refrigerante	Às vezes	Raramente	Raramente	Raramente
Hortaliças/ frutas	Às vezes	Diariamente	Semanalmente	Diariamente

Fonte: autoria própria.

5 DISCUSSÃO

A desnutrição é uma consequência frequente em enfermos oncológicos, podendo estar associada à extensão e à instalação do tumor, sintomas desencadeados ao longo da doença, e as implicações antagônicas ao tratamento (OLIVEIRA LPM, et al., 2018). Estudos evidenciam que cerca de 80% dos casos de câncer possuem quadros de desnutrição (SANZ EA, et al., 2018).

No presente estudo, a avaliação antropométrica permitiu identificar vários níveis de desnutrição (leve, moderada e grave). Foram utilizados mais de um parâmetro para realizar o diagnóstico, visto que apenas uma medida isolada não pode refletir o estado nutricional do paciente, por isso, a importância da combinação de métodos. Assim como, no estudo de Carvalho et al. (2018), o qual afirma que IMC possui muitas limitações para fim diagnóstico, utilizou-se de critérios semelhantes a esse para classificar os pacientes como desnutridos (CARVALHO ACLM, et al., 2018).

De acordo com Brito et al. (2012), alguns tumores possuem maior capacidade de provocar a desnutrição por estarem instalados no trato gastrointestinal, sendo esses cânceres de esôfago, estômago e pâncreas e aqueles localizados na área da cabeça, pescoço e pulmão. Conforme demonstra o presente estudo, visto que os casos C e D diagnosticados com câncer de estômago e cabeça, respectivamente, foram classificados como desnutridos por todas as medidas avaliadas e através da ASG-PPP.

Em contrapartida, em um estudo realizado por Sanz et al. (2018), com uma grande parcela de pacientes com câncer de mama, notou-se menor proporção de pacientes com desnutrição, em relação a outros. Corroborando com o presente estudo, em que os casos A e B ambos com câncer de mama, apresentaram menor risco nutricional, comparados aos demais.

Outro risco nutricional bastante observado em pacientes neoplásicos é a perda de peso. Em um estudo com pacientes em tratamento ambulatorial realizado por Burden ST (2010), demonstrou que em a cada cinco pacientes apresentavam perda superior ou igual a 10% em seis meses. Este

estudo foi semelhante ao presente estudo, em que os casos B (16% em 6 meses) e C (25% em 1 mês) apresentaram perda grave e o D (3% em um mês) perda moderada.

As variações de perda de peso de 2,0% ao mês, 3,5% em três meses e 5,0% em seis meses, são consideradas plausíveis em indivíduos adultos. No entanto, valores acima desses, como: acima de 2,0% por semana, 5,0% ao mês, 7,5% em três meses e 10,0% em seis meses, são caracterizados como perdas graves (INCA, 2013).

De acordo com Sanz EA, et al. (2018), os tumores provocam reações inflamatórias através da liberação de substâncias (interleucina-6 e citocinas pró-inflamatórias) que induz à autodestruição das células, principalmente as musculares, com ou sem a perda de gordura.

Em um estudo realizado com 101 pacientes de uma casa de acolhimento para pacientes com câncer do Sudoeste da Bahia, evidenciou-se que mais de 95% dos pacientes apresentavam níveis de linfócitos abaixo do ideal (BRITO LF, et al., 2012). Esse achado corrobora com o presente estudo, em que todos os pacientes, exceto o caso B, também obtiveram baixos níveis de linfócitos.

Estudos apontam que, durante o acompanhamento neoplásico, um dos principais intuitos de analisar o hemograma é avaliar as reservas imunológicas através do leucograma, pois a doença atinge a resposta imune, confirmando a expressiva diminuição nos linfócitos. Além disso, a redução nos níveis de linfócitos pode estar relacionada com a desnutrição, a qual pode comprometer as células de defesa, diminuindo a resposta imunológica (ROCHA NP e FORTES RC, 2013).

Através do hemograma também puderam ser identificados quadros anêmicos, como no caso D, que apresentou redução nos níveis de hemácias, hemoglobina e hematócrito, sendo sugestivo para anemia megaloblástica. Sabe-se também que essa é uma paciente acamada e recebe alimentação via enteral, justificando a deficiência de micronutrientes. Ao contrário desse, um estudo com pacientes oncológicos identificou deficiências de hemoglobina, VCM e ferro, propondo o diagnóstico de anemia ferropênica (BRITO LF, et al., 2012).

Pacientes neoplásicos são mais vulneráveis às alterações no estado nutricional. Fatores como a redução da ingestão alimentar ocasionada pela anorexia, juntamente, com sintomas nutricionais, podem agravar esses impactos nutricionais (INCA, 2013).

No presente estudo, pôde-se notar que todos os pacientes relataram diminuição na ingestão alimentar. Além disso, outros sintomas nutricionais podem variar de acordo com o local e estadiamento do tumor e tipo de tratamento, visto que os mais frequentes foram: falta de apetite, boca seca, gosto estranho ao se alimentar, problemas para engolir, vômito e constipação. Já em um estudo com pacientes em tratamento de câncer gastrointestinal, os sintomas mais referidos foram: náuseas, vômitos, dor e inapetência (HACKBARTH L e MACHADO J, 2015).

Diante dos efeitos colaterais que o câncer provoca ao organismo, principalmente sintomas gastrintestinais e déficits nutricionais, a manutenção nutricional através de uma dieta compatível as necessidades do enfermo, visa a garantir uma alimentação adequada que fortaleça o sistema imunológico, evite perda das reservas corporais e minimize o comprometimento do estado nutricional, auxiliando na resposta ao tratamento (REZENDE LFM, et al., 2019).

A frequência alimentar é um dos principais métodos retrospectivos para avaliar os hábitos alimentares de um indivíduo. Em pacientes oncológicos, permite analisar o consumo alimentar antes e após o diagnóstico e associá-lo aos fatores predisponentes à doença.

Em um estudo realizado com 29 pessoas com neoplasia, pode-se notar que baixo consumo de frutas (23,45%), presunto/mortadela (10,47%), bacon/toucinho (13,4%), salgados (6,07%), alto consumo de doces (51,72%), refrigerantes (86,20%) e hortaliças (75,89%) (ANDRADE AG e PAIVA AC, 2012).

Estudos apontam que a má alimentação pode ser um dos fatores de risco ao desenvolvimento do câncer, por exemplo: dietas ricas em cloreto de sódio, nitrito e nitrato, presentes em alimentos defumados e frituras, podem provocar alterações na mucosa gástrica podendo induzir a formação tumoral (OLIVEIRA VA, et al., 2014). No presente estudo, o caso B consumia presunto diariamente, no entanto, os outros casos consumiam embutidos às vezes ou raramente.

Alguns corantes presentes em refrigerantes possuem atividade citotóxicas e mutagênicas, porém todos os casos descritos no presente estudo relataram que ingeriam às vezes ou raramente os refrigerantes. Já os salgados e industrializados possuem corantes e conservantes com nitrosaminas e antioxidantes BHA que podem gerar danos e mutações, no presente estudo, pode-se perceber que os casos A e B consumiam diariamente esses alimentos (OLIVEIRA VA, et al. 2014).

Além disso, as frutas e as hortaliças possuem compostos com capacidade de modular os prejuízos oxidativos provocados durante o tratamento oncológico e antioxidantes, capazes de prevenir o organismo dos danos causados pelos radicais livres. Diante disso, recomenda-se o consumo de hortaliças e frutas diariamente (OLIVEIRA VA, et al. 2014). No entanto, apenas os casos B e D apresentam esse hábito alimentar.

A nutrição se faz essencial na prevenção e no tratamento do câncer. Pesquisas demonstram que uma alimentação saudável pode prevenir ou retardar o crescimento neoplásico, da mesma maneira que a má alimentação está relacionada aos fatores etiológicos do câncer. Além disso, possui papel fundamental durante o tratamento, visto que a manutenção adequada do estado nutricional do enfermo poderá diminuir o tempo de internação, reduzir os efeitos do tratamento e do tumor. Diante disso, o profissional nutricionista tem papel fundamental em ambos os processos, identificando as

necessidades nutricionais do paciente, promovendo a terapia nutricional adequada para garantir melhor qualidade de vida ao paciente (INCA, 2013).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se evidenciar alguns distúrbios nutricionais frequentes, como a desnutrição, linfocitopenia, perda de peso progressiva, redução na ingestão alimentar e vários sintomas gastrintestinais, que interferem no prognóstico do câncer, provocando agravamento do quadro clínico e conseqüentemente diminuindo a qualidade de vida. Portanto, ao longo do tratamento oncológico, a avaliação nutricional é uma ferramenta importante para identificar os déficits nutricionais, possibilitando a escolha da terapêutica adequada, que influencia na recuperação da doença, reduz o tempo de hospitalização, os riscos de doenças infecciosas e melhora a resposta ao tratamento, minimizando seus efeitos e, por conseguinte, aumentando a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE AG, PAIVA AC. Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes oncológicos. **Perquirere**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2012.
- BAÚ FC, HUTH A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 21, p. 16-24, 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde. **IMC em adultos**, Brasília, mai. 2017.
- 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**, v. 58, n. 2, p. 163-171, 2012.
- BURDEN ST. Nutritional status of preoperative colorectal cancer patients. **Jornal Humano de Nutrição e Dietoterapia**, v. 23, n. 4, p. 402-407, 2010.
- CAMPOS JAD, SILVA WR, SPEXOTO MCB, SERRANO SV, MARÔCO J. Características clínicas, dietéticas e demográficas que interferem na qualidade de vida de pacientes com câncer. **Einstein**, v. 16, n. 4, p. 1-9, 2018.
- CARVALHO ACLM, MARTINS PC, ARAÚJO RB, CERDEIRA CD, SILVA RBV, BARROS GBS. Parâmetros nutricionais em pacientes oncológicos atendidos em um centro de referência no Sul de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 159-166, 2018.
- CLEMENTE G, GALLO M, GIORGINI M. Modalities for assessing the nutritional status in patients with diabetes and câncer. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 142, p.162-172, 2018.

DALLACOSTA FM, CARNEIRO TA, VELHO SF, ROSSONI C, BAPTISTELLA AR. Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

GOMES ES, SALOMON ALR. Métodos subjetivos utilizados para identificar o perfil nutricional de pacientes portadores de neoplasia: avaliação subjetiva global produzida pelo paciente (ASG-PPP) e avaliação subjetiva global (ASG). **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 3, n. 2, p. 115-124, 2014.

GONZALEZ MC, BORGES LR, SILVEIRA DH, ASSUNÇÃO MCF, ORLAND SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 25, n. 2, p. 102-108, 2010.

HACKBARTH L, MACHADO J. Estado nutricional de pacientes em tratamento de câncer gastrointestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 30, n. 4, p. 271-275, 2015.

INCA. Consenso nacional de nutrição oncológica. **Instituto Nacional do Câncer**, v. 2, p. 112, 2016.

INCA. Estimativa 2018: Incidência de câncer no brasil. **Instituto nacional de câncer**. p.128, 2017.

INCA. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. **Instituto Nacional do Câncer**, p. 136, 2013.

LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LOPES A, OLIVEIRA AF, BLEIL RT. **Apostila de avaliação nutricional I**. Faculdade Assis Gurgacz, p. 9-31, 2009.

MELO APF, SALLES RK, VIEIRA FGK, FERREIRA MG. Métodos de estimativa de peso corporal e altura em adultos hospitalizados: uma análise comparativa. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 16, n. 4, p. 475-484, 2014.

OLIVEIRA LPM, ANUNCIÇÃO TA, COSTA MLV. estado nutricional de idosos oncológicos por meio de diferentes métodos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 209-215, 2018.

OLIVEIRA, VA, OLIVEIRA TWN, ALENCAR, MVOB, PERON, AP, SOUSA JMC. Relação entre consumo alimentar da população nordestina e o alto índice de câncer gástrico nesta região. **Revista Internacional de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 7, n. 3, p. 6-24, 2014.

PETROSKI EL. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 1ª ed. Porto Alegre: Pallotti, 1999.

POLTRONIERI TS, TUSSEF C. Impacto do tratamento do câncer sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos: atualização da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 327-332, 2016.

REZENDE LFM, LEE DH, LOUZADA MLC, SONG M, GIOVANNUCCI E, ELUF NETO J. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 59, n. 1, p. 148-157, 2019.

ROCHA NP, FORTES, RC. Utilização da contagem total de linfócitos e albumina sérica como preditores do risco nutricional em pacientes cirúrgicos. **Comunidade Ciências e Saúde**, v. 24, n. 1, p. 51-64, 2013.

ROSSI L, CARUSO L, GALANTE AP. **Avaliação nutricional: novas perspectivas**. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2008.

SANTIGO RSA, ALMEIDA MIH, MONTEIRO TF, SPILLER AL, SILVA IG, SAMPAIO RMM. Relação entre estado nutricional e tipo de câncer de paciente em tratamento quimioterápico. **Jornada Científica do HGCC**, p. 81-84, 2016.

SANZ EA, SILES MG, FERNÁNDEZ LR, ROLDÁN RV, DOMÍNGUEZ AR, ABILÉS J. Nutritional risk and malnutrition rates at diagnosis of cancer in patients treated in outpatient settings: early intervention protocol. **Nutrition**, v. 57, p. 148-153, 2018.

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**, v. 61, n. 4, p. 367-372, 2015.