

Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação

Nutritional profile on patients with cancer regarding to different evaluation indicators

Perfil nutricional de pacientes con câncer segundo distintos indicadores de evaluación

Adriana Ulsenheimer¹

Ana Carolina Pio da Silva²

Fernanda Vaz Fortuna³

Unitermos

Avaliação nutricional; desnutrição; neoplasias

Key words

Nutritional assessment; malnutrition; neoplasms

Unitérminos

Evaluación nutricional; desnutrición; neoplasias

Endereço para correspondência:

Adriana Ulsenheimer

Rua das Estremosas, 413 – Montanha

CEP 95900-000 – Lajeado/RS

E-mail: adri.ulsenheimer@gmail.com

Submissão

17 de agosto de 2007

Aceito para publicação

30 de outubro de 2007

Resumo

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública, considerado como a segunda causa de morte no Brasil e que vem apresentando um aumento significativo na sua incidência nas últimas décadas. A desnutrição é muito prevalente no paciente oncológico e está associada à diminuição da resposta ao tratamento específico e à qualidade de vida. O objetivo do estudo foi verificar o perfil nutricional dos pacientes oncológicos, analisando diferentes indicadores de avaliação nutricional. Foram avaliados 18 pacientes de ambos os sexos, internados ou em tratamento ambulatorial. Os pacientes foram avaliados por meio da avaliação subjetiva global do estado nutricional produzida pelo paciente (ASG-PPP), do índice de massa corpórea (IMC), da dobra cutânea tricipital (DCT), da circunferência do braço (CB) e da circunferência muscular do braço (CMB). O IMC revelou desnutrição em 1 (5,56%) dos pacientes avaliados, a ASG-PPP em 9 (50%), o %DCT em 12 (66,67%), o %CB em 7 (38,89%) e o %CMB em 3 (16,67%). O escore da ASG-PPP indicou que 16 (88,89%) pacientes necessitam de intervenção nutricional. Os resultados do estudo demonstram a importância da intervenção nutricional e sugerem a necessidade de uma investigação mais completa do estado nutricional do paciente com câncer que apresenta elevada frequência de desnutrição.

Abstract

Cancer is considered to be a public health problem and the second cause of death in Brazilian society. That index has presented a meaningful increase in the last decades. Malnutrition is common among oncological patients and it is associated to the decrease of returning to specific treatment and life quality. The objective of the present study is to verify the nutritional profile on oncological patients, aiming to analyze different indicators of nutritional evaluation. Eighteen male and female patients who were interned or were under ambulatory care were evaluated. They were evaluated based on the global subjective evaluation produced by the patients (GSE-PBP), the body mass index (BMI), triceps skin fold (TSF), circumference of the arm (CA) and muscular circumference of the arm (MCA). The results showed that BMI revealed malnutrition in 1 patient (5.56%); GSE-PBP was found in 9 patients (50%); TSF in 12 patients (66.67%); CA in 7 patients (38.89%) and MCA in 3 patients (16.67%). GSE-PBP score indicated that 16 patients (88.89%) need nutritional intervention. The results of the research show the importance of nutritional intervention and suggest additional investigation, regarding to nutrition on patients with cancer who present a high frequency of malnutrition.

Resumen

El cáncer es reconocido como un problema de salud pública, considerado como la segunda causa de muerte en Brasil y viene presentando un aumento significativo en su incidencia en las últimas décadas. La desnutrición prevalece mucho en el paciente oncológico y está relacionada a la disminución de la respuesta al tratamiento específico y a la calidad de vida. El objetivo fue verificar el perfil nutricional de los pacientes oncológicos, analizando distintos indicadores de evaluación nutricional. Fueron evaluados 18 pacientes de ambos sexos, ingresados o en tratamiento. Los pacientes fueron evaluados a través de la evaluación subjetiva global producida por el propio paciente (ASG-PPP), del indicador de masa corporal, del pliegue cutáneo tricipital (PCT), de la circunferencia del brazo (CB) y de la circunferencia muscular del brazo (CMB). El IMC reveló desnutrición en 1 (5,56%) de los pacientes evaluados, la ASG-PPP en 9 (50%), el %DDT en 12 (66,67%), el %CB en 7 (38,89%) e el (CMB) en 3 (16,67%). El escore de los resultados de la investigación demuestran la importancia de la intervención nutricional y sugieren la necesidad de un estudio más completo del estado nutricional del paciente con cáncer que presenta elevada frecuencia de desnutrición.

¹ Acadêmica do curso de Nutrição do Centro Universitário Univates

² Nutricionista, mestre em Nefrologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e professora do Centro Universitário Univates

³ Nutricionista especialista em Nutrição Clínica e professora do Centro Universitário Univates

Introdução

O câncer é caracterizado pela replicação de células anormais até a formação de uma massa de tecido denominada tumor. Quando este é identificado como maligno, interfere nas funções orgânicas e desvia o alimento e o suprimento sanguíneo de células normais¹.

O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública, considerado como a segunda causa de morte no Brasil e que vem apresentando um aumento significativo na sua incidência nas últimas décadas². Conforme estimativa do Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de pele não melanoma seria o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e colo do útero, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo³.

A desnutrição em pacientes hospitalizados, por diferentes causas, tem sido associada ao aumento das taxas de morbidade, mortalidade, complicações infecciosas e complicações secundárias; à má nutrição; ao maior tempo de hospitalização; e, conseqüentemente, ao aumento dos custos para o sistema de saúde⁴. O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (Ibranutri)⁵ revelou que pacientes internados com diagnóstico de câncer têm freqüência quase três vezes maior de desnutrição que os demais sem a doença, incluindo o câncer como um fator de risco para o desenvolvimento de um pobre estado nutricional. Neste estudo, 20,1% dos pacientes internados eram portadores de câncer e, desse percentual, 66,3% encontrava-se em desnutrição. A desnutrição é muito prevalente no paciente oncológico e está associada à diminuição da resposta ao tratamento específico, à qualidade de vida e à mudança da auto-imagem, com maiores riscos de infecção pós-operatória e aumento da morbimortalidade. A causa da carência alimentar em pacientes com câncer é multifatorial e pode resultar de um efeito sistêmico do tumor, da sua localização ou do tratamento instituído⁵⁻⁸.

O prejuízo no estado nutricional é freqüentemente aceito como parte da doença e do seu tratamento. Conforme Capra⁶, até 20% dos pacientes com câncer morrem em conseqüência da desnutrição.

O comprometimento do sistema imune no câncer ocorre devido ao próprio tumor, à caquexia, à diminuída ingestão de alimentos, às possíveis complicações cirúrgicas e aos diferentes tipos de tratamentos. Com isso, o estado nutricional fica suscetível a possíveis depleções e os sintomas gastrintestinais tendem a estimular a desnutrição¹.

O tipo de tratamento instituído pode apresentar influência no estado nutricional do indivíduo. Entre as modalidades de tratamento utilizadas, podem-se destacar os procedimentos cirúrgicos, a quimioterapia e a radioterapia. O procedimento cirúrgico está associado ao hipermetabolismo, à quebra de tecidos e à perda protéica. Estas alterações propiciam

a diminuição do peso, a fadiga e a deterioração da capacidade funcional. O tratamento quimioterápico é tóxico, tanto para o tecido afetado pelo tumor, quanto para as células saudáveis, que têm uma alta taxa de replicação, como os folículos capilares, mucosa oral, esofágica e gastrintestinal e sistema reprodutivo^{6,9-12}. Os medicamentos podem afetar indiretamente a ingestão alimentar e a absorção, e provocar desconfortos no sistema digestório, como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, diarreia, febre, estomatite, mucosite e aversão alimentar⁶. A radioterapia atinge as células tumorais e saudáveis. Os efeitos da radiação dependerão do tipo e da localização do tumor, duração e dose da radiação. Algumas conseqüências do tratamento podem contribuir para a diminuição da aceitação alimentar, podendo se tomar como exemplo a astenia, a anorexia e o estresse emocional⁶.

Para a prevenção ou tratamento da desnutrição se faz necessária a intervenção nutricional nos pacientes, tendo como base um diagnóstico nutricional⁴. Diversos métodos têm sido utilizados para a avaliação nutricional: antropometria, dados bioquímicos, avaliação clínica e subjetiva.

O protocolo de avaliação subjetiva global (ASG) do estado nutricional foi desenvolvido durante a década de 1980 e validado por ter alcançado o objetivo de constituir-se em uma ferramenta capaz de triar o risco nutricional e identificar aqueles pacientes com necessidade de suporte nutricional agressivo¹³. Em 1995, foi apresentado, no Congresso da Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral, uma modificação da ASG específica para pacientes oncológicos. Tal protocolo foi denominado avaliação subjetiva global do estado nutricional produzida pelo paciente (ASG-PPP)¹⁴. Nesta ferramenta de avaliação, o paciente é o responsável por completar a primeira parte do protocolo e, a equipe de atendimento (médico, enfermeiro ou nutricionista), a segunda. A ASG-PPP e o seu escore são baseados na combinação de índices de prognósticos conhecidos (perda de peso e capacidade funcional), aspectos clínicos da ingestão alimentar e impedimentos na alimentação. Este método é considerado muito útil para identificação de pacientes que podem se beneficiar da terapia nutricional durante o tratamento oncológico^{4,11,15}. A classificação do estado nutricional a partir da ASG-PPP foi obtida conforme o perfil categorizado para esta avaliação.

O objetivo deste estudo foi verificar o perfil nutricional dos pacientes oncológicos internados na Associação Franciscana de Assistência à Saúde do Hospital Estrela e em tratamento ambulatorial no Centro Regional de Oncologia (Cron), analisando os diferentes métodos de avaliação nutricional, para qualificar o atendimento deste paciente indicando uma abordagem nutricional que possa auxiliar no tratamento, melhorar a qualidade de vida desta população e contribuir com dados científicos para a pesquisa que vem sendo desenvolvida na região por especialistas da área.

Métodos

O estudo, de caráter transversal, foi realizado na Associação Franciscana de Assistência à Saúde do Hospital Estrela e no Cron, na cidade de Estrela, no Rio Grande do Sul. Por meio de uma amostra de conveniência, foram incluídos no estudo 18 pacientes com mais de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), os pacientes confinados ao leito e também aqueles que não tinham conhecimento de seu tumor. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Univates, conforme resolução nº. 002 de 13 de fevereiro de 2007, e realizada durante os meses de março e abril de 2007.

Para traçar o perfil nutricional da população designada na amostragem, foram utilizados métodos antropométricos e subjetivos. Para a avaliação antropométrica foi utilizada balança digital da marca Plenna®, com capacidade máxima de 150 kg e visor digital com escala de 100 g. A altura foi medida com o estadiômetro portátil da marca Sanny®. Para a aferição da dobra cutânea tricipital (DCT), foi utilizado o adipômetro clínico, com variação em milímetros, da marca Cescorf. A circunferência do braço (CB) foi medida com uma fita métrica flexível e inextensível com variação em centímetros. A circunferência muscular do braço (CMB) foi calculada por meio da CB e da DCT. Os resultados encontrados de DCT, CB e CMB foram com-

parados ao percentil cinquenta (P50) de acordo com o sexo e idade preconizados por Frisancho *apud* Cuppari¹⁶ e, então, verificada a média e a variação. O índice de massa corpórea (IMC) foi calculado e classificado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997. O método subjetivo utilizado foi a ASG-PPP recomendada para pacientes com câncer.

Foi realizada análise estatística dos dados aferidos pelos métodos antropométricos e subjetivos utilizando-se um estudo descritivo das variáveis: o teste *t* para detectar diferenças entre os resultados das classificações de estado nutricional entre os pacientes internados e os em atendimento ambulatorial e entre o peso ideal e o peso atual dos pacientes; e a correlação de Spearmann para verificar significância entre os indicadores de estado nutricional. Os dados foram analisados pelo programa estatístico GraphPad InStat versão 3.0 para Windows 95, adotando-se nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, participaram do estudo 18 pacientes com características descritas na Tabela 1. Destes, 10 (55,55%) do sexo masculino e 8 (44,44%) do sexo feminino. Quanto ao tipo de atendimento recebido, 8 (44,44%) estavam internados com diagnóstico de câncer e 10 (55,55%) em tratamento ambulatorial para

Tabela 1 - Caracterização da população estudada.

Tipo de atendimento	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Idade média (variação)
Ambulatoriais	10 (55,56)	6 (60)	4 (50)	52,80 (27-68)
Internados	8 (44,44)	4 (40)	4 (50)	56,38 (30-74)
Total	18 (100)	10 (100)	8 (100)	54,39 (27-74)

Tabela 2 - Alterações quanto à diminuição de peso, ingestão alimentar e sintomas conforme a localização do tumor.

Alterações	Pulmão n (%)	Trato gastrointestinal n (%)	Trato urinário n (%)	Relacionados à mulher n (%)	
Sintomas	Sem problemas	2 (40)	1 (14,29)	1 (50)	0
	Sem apetite	1 (20)	3 (42,86)	0	2 (50)
	Náusea/vômito	2 (40)	4 (57,14)	1 (50)	1 (25)
	Constipação	1 (20)	2 (28,57)	0	1 (25)
	Boca seca/dor	1 (20)	3 (42,86)	1 (50)	2 (50)
	Cheiro da comida incomoda	1 (20)	2 (28,57)	0	3 (75)
	Dificuldade de engolir	0	1 (14,29)	0	0
Peso nas duas últimas semanas	Diminuiu	2 (40)	3 (42,86)	0	3 (75)
	Não mudou	2 (40)	3 (42,86)	1 (50)	1 (25)
	Aumentou	1 (20)	1 (14,29)	1 (50)	0
Ingestão alimentar no último mês	Menor	3 (60)	5 (71,43)	2 (100)	2 (50)
	Não mudou	1 (20)	1 (14,29)	0	2 (50)
	Maior	1 (20)	1 (14,29)	0	0

quimioterapia. A faixa etária com o maior número de pacientes, 7 (38,89%), foi a compreendida entre 60 e 70 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 10 (55,55%) possuíam o ensino fundamental incompleto e 5 (27,78%) o ensino superior completo. Foram apresentadas 11 localizações diferentes de tumores, dentre os quais 7 (38,89%) no sistema gastrointestinal (esôfago, faringe, fígado, intestino, cólon e reto), 4 (22,22%) dos quais apresentaram metástases; 5 (27,78%) no pulmão; 4 (22,22%) apresentaram câncer relacionado à mulher (mama e ovário); e 2 (11,11%) no trato urinário (rim e bexiga). O tempo de diagnóstico apresentado por 14 (77,77%) pacientes foi de 7 meses ou menos. No que tange aos tipos de tratamentos já realizados, 4 (22,22%) pacientes foram submetidos à cirurgia, à quimioterapia e à radioterapia, 1 (5,56%) somente à cirurgia, 7 (38,89%) à cirurgia e à quimioterapia, 1 (5,56%) à cirurgia e à radioterapia, 2 (11,11%) somente à quimioterapia, 2 (11,11%) à quimioterapia e à radioterapia e 1 (5,56%) ainda não havia realizado nenhum tipo de procedimento. Nos últimos seis meses, 3 (16,67%) pacientes aumentaram de peso, 7 (38,89%) não tiveram alteração de peso, 4 (22,22%) tiveram perda de peso significativa e 4 (22,22%) tiveram perda de peso grave.

Na Tabela 2 estão demonstradas as alterações relatadas pelos pacientes quanto à diminuição de peso das duas últimas semanas, à ingestão alimentar do último mês, bem como quantos aos sintomas apresentados. A Tabela 3 mostra a variação de DCT, CB e CMB.

A avaliação nutricional segundo diferentes métodos revela que há diferença entre os indicadores de avaliação e entre a classificação do estado nutricional dos pacientes internados e dos pacientes em tratamento ambulatorial. Quando ana-

lisada por meio do teste *t*, individualmente por indicador, a classificação do estado nutricional dos pacientes internados comparada aos dados dos pacientes ambulatoriais, comprovou-se que há diferença entre: o IMC ($p = 0,035$); e na ASG-PPP ($p = 0,002$). Houve diferença significativa entre os pesos ideal e atual nos pacientes internados ($p = 0,0026$) e não nos ambulatoriais ($p = 0,813$). O estudo da correlação entre os indicadores nutricionais demonstrou que, analisando os resultados dos pacientes internados, há significância entre o IMC e o %CB, entre o IMC e o %CMB, entre a ASG-PPP e o %DCT e entre a ASG-PPP e o %CMB, não demonstrando significância entre o IMC e a ASG-PPP, entre IMC e o %DCT e entre a ASG-PPP e o %CB. Quando analisados os resultados dos pacientes em tratamento ambulatorial, há significância entre o IMC e o %DCT e entre o IMC e o %CB, não demonstrando significância entre o IMC e a ASG-PPP, entre o IMC e o %CMB, entre a ASG-PPP e o %DCT, e entre o %CB e o %CMB. Constatase, então, que um indicador apenas não pode ser considerado para avaliação destes pacientes, pois os resultados entre eles apresentam diferença. A Tabela 4 demonstra que o percentual de desnutridos foi diferente para cada indicador utilizado. Por meio dos resultados do IMC, pode-se perceber que 8 (44,44%) encontravam-se na pré-obesidade, 5 (27,78%) em eutrofia e 1 (5,56%) classificado como magreza grau III. Quando verificados os resultados da ASG-PPP, percebe-se que 9 (50%) são classificados como bem nutridos, 7 (38,89%) como em risco de desnutrição ou desnutrição moderada e 2 (11,11%) como severamente desnutridos. Porém, quando analisados os resultados, de forma isolada, dos pacientes internados e dos em tratamento ambulatorial, encontram-se resultados diferentes. Os pacientes internados foram classificados, quanto ao IMC, como: 4 (50%) em pré-obesidade, 3 (37,5%) em eutrofia e 1 (12,5%) em magreza grau III; quanto à ASG-PPP como: 1 (12,5%) bem nutrido, 5 (62,5%) em risco de desnutrição ou desnutrição moderada e 2 (25%) severamente desnutridos. Os pacientes em tratamento ambulatorial foram classificados quanto ao IMC como: 4 (40%) em pré-obesidade, 2 (20%) em eutrofia, 1 (10%) em obesidade grau I e 3 (30%) em obesidade grau III; quanto à ASG-PPP como: 8 (80%) bem nutridos e 2 (20%) em risco de desnutrição ou desnutrição. A Tabela 5 demonstra os resultados gerados pelo escore da ASG-PPP, utilizado para definir a intervenção nutricional específica que cada paciente deve receber.

Tabela 3 - Variação dos percentuais das medidas aferidas.

Variável	Média (variação)
%DCT	79,14 (145,45-26,08)
%CB	94,88 (134,55-58,82)
%CMB	100,54 (125,36-64,23)

Tabela 4 - Incidência de desnutrição segundo diferentes indicadores.

Indicador	Desnutrição n (%)
ASG-PPP	9 (50)
IMC	1 (5,56)
%DCT	12 (66,67)
%CB	7 (38,89)
%CMB	3 (16,67)

Tabela 5 - Encaminhamento nutricional conforme escore da ASG-PPP.

Encaminhamento	Total n (%)	Ambulatorial n (%)	Internado n (%)
0-1	0	0	0
2-3	2 (11,11)	2 (20)	0
4-8	6 (33,33)	5 (50)	1 (12,5)
≥ 9	10 (55,55)	3 (30)	7 (87,5)

0-1: não é necessária intervenção nutricional no momento. Reavaliação de rotina durante o tratamento; 2-3: orientação para paciente e familiares pelo nutricionista, enfermeiro ou clínico, com intervenção farmacológica de acordo com os sintomas apontados; 4-8: requer intervenção nutricional pelo nutricionista em conjunto com enfermeiro ou médico de acordo com sintomas observados; ≥ 9: indica uma necessidade crítica de melhora dos sintomas, manejo e/ou intervenção nutricional agressiva.

Discussão

Partindo-se da concepção de que o paciente com câncer está propício à desnutrição e, que em virtude disso, necessita de um acompanhamento nutricional, chega-se aos objetivos principais da pesquisa, que pretende verificar o perfil nutricional dos pacientes oncológicos e analisar os diferentes métodos para a avaliação nutricional, visando ao estabelecimento de subsídio referencial para tal acompanhamento. Com o intuito de fundamentar este subsídio, passa-se a discutir, de forma comparativa, a caracterização da amostra, os diferentes indicadores, a alteração de peso, os sintomas apresentados e, por fim, a importância do acompanhamento nutricional.

Conforme estudo de Oliveira Junior et al.¹⁰, o risco de morte por câncer aumenta gradativamente a partir da faixa etária dos 50 aos 59 anos, atingindo 71% na faixa etária dos 70 aos 79 anos. Nesse sentido, consideram-se importantes os resultados obtidos e apontados pelo Ibranutri⁶ que, ao verificar o estado nutricional de pacientes hospitalizados, constatou 36% com mais de 60 anos. Da mesma forma, Segura et al.¹⁷, ao investigar a prevalência da desnutrição em pacientes com câncer na Espanha, informou que 30,5% da amostragem pesquisada possuía idade entre 60 e 69 anos. Nota-se que o presente estudo apresentou, na amostragem selecionada, (38,89%) de idosos, configurando, assim, a prevalência dessa faixa etária na pesquisa.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é a questão da proximidade dos resultados encontrados na análise da desnutrição por meio da ASG-PPP em pacientes com câncer na presente pesquisa em comparação com os outros estudos já realizados. Na tabulação de dados apresentada, constatou-se que 50% dos avaliados apresentavam estado de desnutrição, percentagem que se apresentou semelhante à demonstrada no estudo do Ibranutri⁶, que classificou em desnutrição 66,3% dos pacientes com câncer; à apresentada por Segura et al.¹⁷, que identificou com algum grau de desnutrição 52% dos pacientes analisados; à relatada por Dock-Nascimento et al.¹⁸, que verificou 46% de pacientes em desnutrição ao avaliar métodos de estimativa de peso e altura em pacientes com câncer.

Nesse mesmo aspecto comparativo, foram apontados 51% de pacientes adultos com câncer em estado de desnutrição em pesquisa realizada no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, durante o período de setembro de 1997 e março de 2000⁴.

Ainda no que concerne à ASG-PPP, constatou-se que os pacientes não encontraram dificuldade em responder a parte auto-aplicável do questionário, o que confirma o relato de Segura et al.¹⁷ e de Pearson et al.¹⁹ – estes últimos verificaram o estado nutricional por meio da ASG-PPP, na Suécia.

Outro parâmetro importante a ser analisado é o IMC. De acordo com Dock-Nascimento et al.¹⁸, ao refletir sobre a diferença de classificação de estado nutricional segundo diferentes indicadores, o IMC revelou 22% de desnutrição, a ASG indicou 46%,

a relação entre o peso atual e o habitual, 26,6%, e a relação do peso estimado com o habitual 47%. A partir destes resultados, os autores constataram que há diferença entre os indicadores e que o IMC subestima o número de pacientes desnutridos, conclusão esta reiterada pela presente pesquisa.

Além da ASG-PPP e do IMC, se faz necessária a alusão às dobras cutâneas e às circunferências aferidas e utilizadas para a classificação do estado nutricional. Conforme Ikemori¹¹, apenas o peso corporal não indica claramente o segmento corporal afetado e, por meio das dobras e circunferências, é possível verificar a quantidade de reservas muscular e adiposa. Este autor sugere a CB, por representar o somatório do tecido ósseo, muscular e gorduroso, a DCT, por indicar as reservas e/ou o comprometimento do tecido adiposo e a CMB, por avaliar a quantidade e/ou grau de depleção da reserva muscular¹¹. Segundo Cuppari¹⁶, a DCT é a mais utilizada na prática clínica.

Outro aspecto relevante para a pesquisa, que deve ser considerado, é a alteração de peso. Para Williams *apud* Dias et al.¹, avaliar a perda de peso tem grande importância, uma vez que o paciente pode apresentar eutrofia; no entanto, tal diminuição pode demonstrar risco de desnutrição. No caso de pacientes em tratamento do câncer pode ser exigida uma demanda extra do organismo e, quando em quimioterapia, podem sofrer perda de peso e massa muscular não intencional.

A alteração de peso dos pacientes deste estudo apresentou resultados semelhantes ao estudo realizado por Segura et al.¹⁷, que relataram que, no último mês, 21,2% dos pacientes aumentaram de peso, 30,6% não tiveram alteração e 48,2% tiveram diminuição de peso.

Conforme Ottery et al.²⁰, a perda de peso alcança 80 a 90% dos pacientes com câncer em alguma fase da doença e, segundo Capra⁶ e Delmore²¹, a diminuição de peso está associada a um pior desfecho da doença, incluindo um prejuízo da resposta ao tratamento antineoplásico, piora da qualidade de vida e da sobrevivência.

Outro fator relevante na avaliação nutricional dos pacientes com câncer é o relato da apresentação de sintomas que podem alterar e/ou prejudicar a ingestão alimentar. No estudo de Dias et al.¹, encontrou-se 70% dos pacientes com algum sintoma gastrointestinal, assemelhando-se aos 77,78% dos pacientes, que, na presente pesquisa, apresentaram alguma alteração. Cabe ressaltar que, dentre estes, 50% revelaram perda de peso.

Considerando o já mencionado, convém analisar a importância do acompanhamento nutricional, conforme encaminhamento do escore da ASG-PPP. Conforme Segura et al.¹⁷, 83,6% dos pacientes estudados necessitavam de acompanhamento de um profissional da nutrição, sendo que 59,5% deveriam receber intervenção agressiva – resultado este semelhante ao encontrado na pesquisa em discussão.

No estudo de Mendes et al.²², que avaliou pacientes com câncer, antes de iniciar quimioterapia e/ou radioterapia e depois do término do tratamento, observou-se que

a intervenção nutricional precoce e sua monitorização foram responsáveis pela manutenção do estado nutricional. Corroborando com isto, o estudo de Melo et al.²³, avaliando pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço sob terapia nutricional enteral, demonstrou que não havia diferença significativa entre as avaliações do estado nutricional antes e depois do procedimento.

Conclusão

Observando a análise dos resultados dos objetivos da pesquisa, encontraram-se altas taxas de desnutrição nos pacientes oncológicos e diferentes percentuais de desnutrição entre os indicadores utilizados, configurando assim, a necessidade de uma investigação mais completa do estado nutricional do paciente com câncer.

Referências bibliográficas

- Dias VM, Coelho SC, Ferreira FMB, Vieira GBS, Cláudio MM, Silva PDG. O grau de interferência dos sintomas gastrointestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(2):104-10.
- Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre-RS. *Rev Bras Cancerol* 2004;50(2):95-101.
- Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa>>. Acesso em: 22 mar. 2007.
- Waitzberg DL. Dieta, nutrição e câncer. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17:573-80.
- Capra S, Ferguson M, Ried K. Cancer: impact of nutrition intervention outcome – nutrition issues for patients. *Nutrition* 2001;17:769-72.
- Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(1):59-77.
- Argiles JM. Cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9(2):S39-S50.
- Kamiji MM, Oliveira RB. Estado nutricional e avaliação dietética de pacientes gastrectomizados. *Arq Gastroenterol* 2003;40(2):85-91.
- Oliveira Junior FJM, Cesse EAP. Morbi-mortalidade do câncer na cidade de Recife na década de 90. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(3):201-8.
- Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD, Shibuya E, Cotrim TH, Trintin LA, et al. Nutrição em oncologia. São Paulo: Marina e Tecmedd, 2003.
- Waitzberg DL, Ferrini MT. Exame físico e antropometria. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 255-78.
- Detsky AS, Mclaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional states? *J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:8-13.
- Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. *Nutrition* 1996;12(1):S15-S19.
- Iserning E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:305-9.
- Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005.
- Segura A, Pardo J, Jará C, Zugazabeitia L, Carulla J, Penas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr* 2005;24: 801-14.
- Dock-Nascimento DB, Aguilar-Nascimento JE, Costa HCBAL, Vale HV, Gava MM. Precisão de métodos de estimativa do peso e altura na avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(2):111-6.
- Pearson C, Sjöden PO, Glimelius B. The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers. *Clin Nutr* 1999;18:71-7.
- Ottery FD, Bender F, Kasenic S. The design and implementation of a model nutritional oncology clinic. *Integrating Nutrition into your cancer program*. 2002;2-6.
- Delmore G. Assessment of nutritional status in cancer patients: widely neglected. *Support Care Cancer*. *Support Care Cancer* 1997;5:376-80.
- Mendes CCT, Silva OS, Moreira FR, Oliveira FLC, Escrivão MAMS, Sarni ROS, et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em acompanhamento ambulatorial. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(1):23-7.
- Melo ILP, Dantas MAM, Silva LC, Lima VT, Lima SCVC, Sena KCM. Avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço sob terapia nutricional enteral. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(1):6-11.