

Perfil nutricional de pacientes adultos com câncer em tratamento de quimioterapia no ambulatório de um hospital municipal de Joinville

Letícia Maria Soares
Bianca Tiellet Gonçalves
Érika Dantas de Medeiros Rocha

Resumo

O câncer é uma nomenclatura para cerca de 100 doenças que possuem como fator comum a proliferação desordenada de células e acomete milhões de pessoas ao ano no mundo. As causas são multifatoriais, podendo ser intrínsecas e extrínsecas. Durante o tratamento quimioterápico os pacientes apresentam uma maior possibilidade de hipercatabolismo e hipermetabolismo, levando ao aumento da demanda calórico proteica. Sendo assim, o estado nutricional é importante nessa fase bem como a oferta calórica proteica adequada. O artigo tem como objetivo verificar a presença de desnutrição ou risco nutricional e perda ponderal nos pacientes em tratamento de quimioterapia. Foram utilizados questionários validados como Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) em cerca de 15 pacientes adultos com idade entre 18 e 60 anos de ambos dos sexos em um hospital municipal da região de Joinville, sendo desta forma avaliado o Índice de Massa Corporal (IMC) e percentual de perda de peso. Foi verificado a presença de perda de peso em 46,7% dos pacientes sendo a perda entre 11 a 20% e acima de 20% a perda foi verificada em 20% dos pacientes abordados, sendo ambas já consideradas uma perda grave e desnutrição. Além disso ainda foi verificado que a prevalência quanto ao IMC foi de eutrofia, contudo, ainda se verificou que há uma grande parte dos pacientes com a presença de sobrepeso e obesidade, sendo ambos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer. Os principais sintomas apresentados pelos pacientes durante o tratamento foi náuseas, algia intensa, xerostomia e alteração do paladar.

Palavras-chave: Câncer. Quimioterapia. Desnutrição.

Introdução

A palavra câncer se origina do grego *karkinos* que tem como significado caranguejo. A primeira utilização do nome foi através de Hipócrates, conhecido como o pai da medicina. O câncer é a segunda maior causa de morte na maioria dos países, inclusive no Brasil. Porém, não é uma doença nova, visto que o seu histórico se origina de múmias egípcias há cerca de três mil anos antes de Cristo (BRASIL, 2017).

As estatísticas demonstram que a cada ano há um aumento no número de casos de câncer no Brasil e no mundo sendo esse aumento de aproximadamente 28% de novos casos. As causas são multifatoriais, podendo ser intrínsecas relacionadas a fatores de alteração hormonal no organismo e extrínsecas como raio UV, raio X, tabagismo e alcoolismo. Estes fatores agravam as chances de desordem e proliferação de células em pacientes com uma predisposição genética (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2017).

O tratamento é definido conforme o surgimento de metástase, podendo ser removido de forma cirúrgica isolada ou associado a outra conduta terapêutica, como quimioterapia, terapia alvo, bioterapia, agentes antiangiogênicos, agentes hormonais, e terapia de radiação (KRAUSE, 2012).

Os objetivos do tratamento estão relacionados à remoção da neoplasia e podem agir de modo curativo, remissivo e sintomático (LÔBO; MARTINS, 2009). No caso da quimioterapia, esta relaciona-se ao uso de substâncias químicas que afetam a funcionalidade das células com a intenção de destruir as células malignas. Este tratamento não possui um tempo programado, podendo ser muito variável (LACERDA, 2001).

Os principais sintomas relacionados à quimioterapia incluem náusea, êmese, diarreia, mucosite e inapetência. Cerca de 80% dos pacientes oncológicos apresentam desnutrição devido a um desequilíbrio calórico-proteico, gerado pelo aumento da demanda nutricional e a baixa ingestão alimentar. Dessa forma ocorre uma alteração no perfil nutricional, inclusive relacionando a perda de peso com outras condições, como a ingestão alimentar reduzida e a inflamação sistêmica, assim identificada no prognóstico do paciente e conseqüentemente nas chances de recuperação (SMIDERLE; GALLON, 2012 e FEARON; VOSS; HUSTEAD, 2006).

A terapia nutricional no tratamento oncológico é de grande importância, visto o risco nutricional gerado nesta condição. Com isso é imprescindível um olhar crítico e minucioso ao paciente por parte dos profissionais da saúde para realização de uma terapia adequada que promova uma melhor qualidade de vida e recuperação do estado nutricional deste paciente (CRISTINA G; SILVA, 2018 e POZIOMYCK et al., 2012).

O objetivo principal deste estudo é verificar o perfil nutricional dos pacientes junto com a presença de desnutrição, perda de peso e o risco nutricional. Além disso, verificar quais os sintomas podem estar associados a esta perda prejudicando a ingesta alimentar do paciente.

Métodos

A pesquisa foi realizada no ambulatório de oncologia de um hospital municipal de Joinville no período de julho a setembro de 2019. Neste estudo foram incluídos 15 pacientes de idades entre 18 a 60 anos que realizavam tratamento de quimioterapia em um ambulatório de oncologia no hospital municipal de Joinville.

Foi realizada uma avaliação denominada de Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG - PPP), instrumento especializado traduzido e validado por Gonzalez *et al.* Este instrumento é constituído de duas partes: uma respondida pelo paciente levando em consideração perguntas recentes sobre o peso, alteração da ingesta alimentar e os sintomas, e outra parte realizada pela pesquisadora verificando o diagnóstico nutricional e exame físico. Nos casos em que o paciente seja analfabeto e não pode realizar o questionário sozinho ele foi auxiliado pela entrevistadora. Os resultados são verificados e pontuados, produzindo-se uma escala em que valores iguais ou superiores a nove indicam uma necessidade de intervenção nutricional.

Foi analisado o Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido pelo peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (m^2). Os pacientes foram classificados de acordo com a Organização Mundial da Saúde, utilizando os pontos de corte de acordo com a faixa etária para adultos, conforme Tabela 01 (WHO, 2004).

O peso foi aferido no local, sendo utilizada na balança Robusta Seca e a altura foi relatada pelos pacientes. Sendo em todo momento auxiliado na pesagem e para o preenchimento do questionário. Sendo também realizado o exame físico conforme a presença do tópicio na ASG-PPP para a verificação da presença ou não de edema.

O percentual de redução de peso corporal também foi avaliado, obtido pela equação $(PU - PA) \times 100/PA$, onde: PU = Peso usual nos últimos 6 meses e PA = Peso atual.

Os pacientes foram classificados de acordo com o percentual de perda de peso conforme apresentado na Tabela 02.

Tabela 1: Classificação do índice de massa corporal (IMC) para adultos

IMC (kg/m ²)	Classificação
<16,0	Magreza Grau III
16,0-16,9	Magreza Grau II
17,0 -18,4	Magreza Grau I
18,5 - 24,9	Eutrofia
25,0 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obesidade Grau I
35,0-39,9	Obesidade Grau II
>40,0	Obesidade Grau III

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2004).

Tabela 2: Percentual de perda de peso (%)

Período	Redução de peso significativa (%)	Redução de peso grave (%)
1 semana	1-2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

Fonte: Blackburn et al (1977).

Critérios de seleção

Trata-se de um estudo observacional descritivo de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 3.424.274. Foram incluídos no presente estudo participantes de ambos os sexos, adultos, com faixa etária entre 18 e 60 anos que realizavam o tratamento de quimioterapia em cerca de no mínimo três sessões. Foi disponibilizado termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 466/12 de forma impressa em duas vias, sendo uma via para a pesquisadora e outra para o paciente. No estudo foram excluídos pacientes com impossibilidade de aferição de peso ou edemaciados, pacientes que não assinaram o TCLE ou que apresentaram questionário incompleto. Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel (2016) sendo os dados quantitativos descritos por média e desvio padrão e os categóricos por contagens e percentuais.

Resultados

A população estudada foi composta pelo sexo feminino (n=12) e sexo masculino (n=3) com uma média de idade de 52 anos \pm 9,40. A média de perda de peso demonstrada através da ASG - PPP nos últimos seis meses foi de 12,22% \pm 9,82, contudo cerca de 46,7% dos pacientes obtiveram uma perda entre 11 a 20%, já sendo classificada como grave. E 20% dos pacientes estudados apresentaram perda superior a 20%.

Dentre os principais motivos declarados pelos pacientes para a perda de peso foi verificado a presença dos sintomas como náuseas (86,6%), algia intensa (60%), xerostomia (53,3%), alteração da palatabilidade (46,6%), constipação (40%), êmese (26,6%), diarreia (20%), inapetência (20%), odinofagia (13,3%), fraqueza (6,66%) e sensibilidade ao cheiro (6,6%).

Quanto a verificação do IMC, a média dentre os pacientes avaliados foi de 23,51% \pm 7,12. Quanto ao perfil nutricional destes pacientes foi observada a presença de magreza (13%), eutrofia (41%), sobrepeso (13%), obesidade grau I (13%) e obesidade grau II (20%). Outras variáveis apresentadas no estudo estão demonstradas na tabela 03.

Quanto à perda de peso nos últimos seis meses, 66,66% dos pacientes apresentaram uma perda acima de 10% devido à sintomatologia apresentada após o início do ciclo de quimioterapia.

Tabela 3: Variáveis apresentadas na amostra

Perfil da amostra	Percentual (%)	Número de pessoas (n)
Consumo alimentar		
Normal	33,33%	5
Aumentou	13,33%	2
Diminuiu	53,33%	8
Classificação nutricional		
Magreza	13%	2
Eutrofia	41%	6
Sobrepeso	13%	2
Obesidade grau I	13%	2
Obesidade grau II	20%	3
Sexo		
Feminino	80%	12
Masculino	20%	3

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Discussão

O nosso estudo identificou a perda ponderal nos pacientes oncológicos, sendo em média uma perda de 12,22% em seis meses, percentual também constatado no estudo de Silva e Bernardes (2017) em que a perda de peso não intencional foi de aproximadamente 18% no período de quatro meses. As principais causas apresentadas no presente estudo pelos pacientes para contribuição da redução de peso foram a presença de náuseas, xerostomia e alteração do paladar.

Nos pacientes deste estudo foi verificada a presença de alteração da palatabilidade, também percebida no estudo de Palmeri e colaboradores (2013), visto que o uso de agentes quimioterápicos afeta negativamente a mucosa oral, ocasionando ao paciente sintomas gastrointestinais durante o tratamento, bem como a perda do paladar.

A náusea foi um dos principais sintomas relatados pelos pacientes, presente em 86% dos casos, conforme o tratamento de quimioterapia, os sintomas tornavam-se pertinentes cerca de uma a duas horas após o procedimento, bem como visualizado no estudo de Almeida, Gutiérrez e Adam (2004) em que os pacientes com câncer de cólon já apresentavam os sintomas de náuseas desde o primeiro ciclo quimioterápico, atingindo seu pico entre o 4^o a 5^o após a quimioterapia.

Além das náuseas há o aparecimento de sintomas como anorexia e êmese, que são frequentemente associados ao tratamento quimioterápico, devido a capacidade emética da substância que estimula a zona quimiorreceptora do bulbo e, consequentemente, levando aos episódios de vômitos (LILLEY; SNYDER; COLLINS, 2011 e BECKER; NARDIN, 2011).

Outro sintoma apresentado por 60% dos pacientes que realizam quimioterapia foi a presença de uma algia intensa localizada no corpo todo, impossibilitando alguns destes pacientes de realizarem atividades diárias básicas, como deambular até o banheiro ou ficar por um longo período de tempo em pé. Este sintoma também foi verificado no estudo de Costa e Chaves (2012), no qual foi notado que 58% dos pacientes no momento da entrevista ou na semana em que realizaram a quimioterapia também apresentavam essa dor ocasionando da mesma forma incapacidade de realizar atividades diárias.

Constatou-se desta forma, por meio da ASG-PPP, o risco de desnutrição em pacientes oncológicos devido ao déficit calórico e proteico consequente do hipermetabolismo e hipercatabolismo e a sintomatologia pós-quimioterapia, em que a baixa ingestão alimentar pode agravar o perfil nutricional levando a outras complicações como problemas intestinais, obstrução, ulcerações e a má absorção de nutrientes (ARENDS *et al*, 2016).

No presente estudo ressalta-se a perda ponderal em 66,66% (n=10) dos pacientes em seis meses com média de 12,22% que, como apresentado por Blackburn

e colaboradores (1977), é uma perda grave e significativa. Apenas 33,33% (n=5) não obtiveram perda significativa, contudo relataram um grau moderado de ansiedade após o diagnóstico e consequente aumento do consumo alimentar.

Entretanto, como verificado na Tabela 03, no último mês não houve perda significativa de peso em grande parte dos pacientes, porém estes pacientes relataram através da ASG-PPP já terem iniciado uma suplementação nutricional prévia entregue pelo ambulatório de oncologia do hospital municipal.

Considerações finais

Apesar da prevalência de eutrofia e obesidade apresentada pelos pacientes, observou-se no atual estudo que os pacientes com câncer apresentam sintomas gastrointestinais após a realização da quimioterapia, resultado dos agentes necessários para o tratamento. Por este motivo, apresentam baixa ingestão alimentar, ocasionando perda ponderal grave e desnutrição decorrente do déficit calórico.

Com isto verifica-se a importância de um acompanhamento nutricional e a intervenção prévia, mantendo desta forma o perfil nutricional e, portanto, uma melhor resposta ao tratamento, de modo a conservar o estado nutricional e reduzir o catabolismo. Além disso, mesmo que a maioria dos indivíduos tenha apresentado ganho de peso no último mês, deve-se considerar que grande parte nos últimos seis meses obteve perda de peso significativa, o que pode complicar o prognóstico do paciente.

Por intermédio do presente estudo sugere-se novos estudos considerando o uso de terapia nutricional e o ciclo de quimioterapia.

Referências

ALMEIDA EPM, Gutiérrez MGR, Adami NP. **Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon.** Rev. Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):760-6

ARENDS, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Preiser, J.-C. (2017). **ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients.** Clinical Nutrition, 36(1), 11–48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015

BECKER J, NARDIN JM, **Utilização de antieméticos no tratamento antineoplásico de pacientes oncológicos.** R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, São Paulo, 12 set.

2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSSV2N3%20artigo03.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL, ABC do câncer: **Abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL, Consenso **nacional de nutrição oncológica**. Volume 2 / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Serviço de Nutrição e Dietética. – Rio de Janeiro, 2016.

BLACKBURN GL, Bistrrian BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF. **Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient**. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1977;1(1):11-22.

CRISTINA G, M.; SILVA, **Barbosa**. **Subjective and objective nutritional assessment methods: what do they really assess?** Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, University of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, p. 248–254, 18 Jul. 2018.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; CHAVES, Marcelo Donizetti. **Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico**. Pain in cancer patients under chemotherapy, [s. l.], 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n1/a08v13n1>. Acesso em: 30 out. 2019.

FEARON, Kenneth C; VOSS, Anne C; HUSTEAD, Deborah S. **Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis**. The American Journal of Clinical Nutrition, United States, 13 jun. 2006.

KRAUSE: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia/L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump, Janice L.Raymond. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GONZALEZ MC, BORGES LR, SILVEIRA DH. Assunção MCF, Orlandi SP. **Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente**. Rev Bras Nutr Clin. 2010; 25(2):102-8.

GROSSMAN, Sheila. Neoplasias. In: PORTH, Carol Mattson; GROSSMAN, Sheila C. **Fi-siopatologia**. 9º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LACERDA, Márcio Augusto. **Quimioterapia e anestesia**: Quimioterapia y anestesia. vol. 53. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942001000300009>. Acesso em: 15 Nov. 2018.

LILLEY, Linda Lane; SNYDER, Julie S.; COLLINS, Shelly Rainforth. **DRUGS AFFECTING THE GASTROINTESTINAL SYSTEM AND NUTRITION**. In: LILLEY, Linda Lane; SNYDER, Julie S.; COLLINS, Shelly Rainforth. Pharmacology Nursing Process. Canada: [s. n.], 2011.

LÔBO, Aylla Lorena Gomes; MARTINS, Gabriela Botelho. **Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura**. 2009. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-330-pdf-S1646289009700263>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MOASSER, Mark M. Neoplasias. In: MOASSER, Mark M. et al. **Fisiopatologia da Doença**. 7º. ed. [S.l.]: AMGH Editora Ltda., 2016. cap. 5, p. 89-115.

PALMIERI, Bárbara Nogueira et al. **Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada**. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 4 jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a02.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.

POZIOMYCK, Aline Kirjner et al. **Preoperative Nutritional Assessment and Prognosis in Patients with Foregut Tumors**. Nutrition and Cancer, [S. l.], p. 1174–1181, 24 jul. 2012.

SIEGEL, Rebecca L.; MILLER, Kimberly D.; JEMAL, Ahmedin. **Cancer Statistics, 2017**. 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21387>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, Cristina Oliveira da; BERNARDES, Simone. **Prevalência e gravidade da perda ponderal em pacientes com câncer**. RASBRAN, [s. l.], 2017. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/328/161>. Acesso em: 1 nov. 2019.

SINGH, N., SCULLY, C., JOYSTON-BECHAL, S. **Oral Complications of Cancer Therapies: Prevention and Management**. Clinical Oncology. 1996; 8: 15-24.

SMIDERLE, Cristiane Amine; GALLON, Carin Weirich. **Desnutrição em oncologia: revisão de literatura**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, Caxias do Sul, 22 fev. 2012.

Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/artigo-6-4-2014.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2019.

TEIXEIRA, Dra Encarnação; NOGUEIRA, Dr. Fernando. **Algumas noções de quimioterapia**. Lisboa: [s. n.], 2006. Disponível em: <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/spp/PDF25.pdf>. Acesso em: 13 maio 2019.

World Health Organization (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 2004.

Sobre as autoras

Leticia Maria Soares. Graduanda do Curso de Nutrição da Faculdade Ielusc.

E-mail: soaresleticiamaria@gmail.com.

Bianca Tiellet Gonçalves. Professora do Curso de Nutrição da Faculdade Ielusc. Graduada em Nutrição pela UFSC. E-mail: bianca.tg@bol.com.br.

Érika Dantas de Medeiros Rocha. Graduada em Nutrição com Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde pela UFRN. E-mail: erika.rocha@ielusc.br.