

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

NATHALIA FERNANDA DE AQUINO CABRAL

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E O MOTIVO DE INTERNAÇÃO
DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

VOLTA REDONDA - RJ

2018

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E O MOTIVO DE INTERNAÇÃO
DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Nutrição do
UniFOA como requisito à obtenção do
título de Bacharel em Nutrição.

Acadêmica: Nathalia Fernanda de Aquino Cabral

Orientadora: Prof. Dr. Alden dos Santos Neves

VOLTA REDONDA - RJ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

C117r Cabral, Nathalia Fernanda de Aquino

Relação entre o estado nutricional e o motivo de internação do paciente oncológico. / Nathalia Fernanda de Aquino Cabral. – Volta Redonda: UniFOA, 2019.

30 p. Il.

Orientador (a): Alden dos Santos Neves

Coorientador (a): Margareth Lopes Galvão Saron

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Nutrição, 2019.

1. Nutrição - TCC. 2. Oncologia - desnutrição. 3. Pacientes oncológicos - internação. I. Neves, Alden dos Santos. II. Saron, Margareth Lopes Galvão. III. Centro Universitário de Volta Redonda. IV. Título.

CDD 613

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
**RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E O MOTIVO DE INTERNAÇÃO
DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Elaborado por Nathalia Fernanda de Aquino Cabral, apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Nutrição.

Aprovada em 16 de maio de 2019

Banca Avaliadora:

.....
Professor Orientador

Alden dos Santos Neves, Doutor, Centro Universitário de Volta Redonda

.....
Professora Avaliadora

Ivyna Spínola Caetano Jordao, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda

.....
Professora Avaliadora

Paula Alves Leoni, Mestre, Centro Universitário de Volta Redonda

A Deus, aos familiares e mestres que me guiaram e ensinaram durante todos estes anos permitindo que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, e todas as figuras celestiais e superiores que me guiaram até à nutrição e colocaram no meu caminho pessoas essenciais, que tanto me ensinaram e ajudaram.

Aos meus pais, que são a minha maior fonte de inspiração em todos aspectos da vida. Esses dois que nunca pouparam esforços na minha criação e do meu irmão, sempre nos apoiando, nos ensinando o que era correto e mesmo assim nos deixando livres para tomarmos nossas decisões. Meu irmão, meu confidente, que sempre acreditou em mim mesmo quando eu não acreditava.

A toda minha família, que sempre se mostraram solícitos a qualquer coisa que eu precisasse. Apesar de ser a sobrinha com a profissão mais “desvalorizada”, hei de surpreendê-los, mesmo não sendo médica ou engenheira.

A todos meus amigos, que tornaram esses 4 anos muito mais agradáveis. Amigos da época da engenharia, da Nutrição, do Crossfit e de Townsville, todos foram essenciais em algum momento. A minha “Máfia da 30ª”, que fez o estágio ser a melhor parte do sétimo período (sempre serei a pitbull carinhosa de vocês), o “Bonde fundão” que foram os primeiros da Nutrição e responsáveis por parte da minha evolução durante a faculdade. Vivi e Karolzinha, que me acolheram quando saí da casa dos meus pais, não foi fácil mas vocês tornaram tudo muito melhor. Todos amigos e amigas do Armazém, que me ajudaram a não surtar e me acompanharam na mudança da minha saúde, nesse lugar tão querido onde eu tinha minha terapia diária, obrigada ACF01! A todos meus colegas de sala que, logo mais, serão colegas de profissão, depois do sexto período nós ficamos imbatíveis! Obrigada por me permitirem ser a representante de vocês pelos últimos sete períodos, foi uma honra!

Ao meu melhor amigo, que me sacudia quando eu precisava de um choque de realidade, que me incentiva todos os dias, dono das minhas risadas mais intensas, que sempre esteve comigo independente da distância, companheiro dos meus melhores momentos, companheiro da vida.

A todos meus professores, em especial à Margareth, mamãe da 30ª, Elton, Cavaleiri, Ivyna e Aline. Vocês foram bem mais do que professores pra mim, nunca irei esquecê-los. A todos os funcionários que cuidaram tão bem desse campus que sou apaixonada.

Ao Alden, professor que eu sabia que seria meu orientador desde o primeiro período. Antes do início das aulas em 2015 eu enviei um e-mail dizendo a ele que poderia esperar muito de mim, e eu mantenho essa promessa. Daqui há alguns anos, com meu nome em destaque, vou procurá-lo e lembrá-lo desse e-mail. Nunca vou conseguir ser grata o suficiente ao pai da Saúde Pública.

Ao nutricionista Daniel Silva, que além de me ensinar muito, me apresentar o HINJA e o Regional, se tornou um grande amigo, uma verdadeira referência. Obrigada por sempre acreditar em mim.

A cada pessoa, um presente. Gratidão!

*“O campeão é um homem mediano
com muito foco.”*

(Joel Moraes)

RESUMO

O câncer é uma das mais prevalentes Doenças Crônicas Não Transmissíveis, provocando uma a cada seis mortes no mundo. O tumor influencia no funcionamento do metabolismo, na ingestão alimentar, na absorção de nutrientes, podendo causar um déficit nutricional no paciente. A correta avaliação nutricional é de suma importância, de modo a melhorar a qualidade de vida do paciente, a resposta ao tratamento e diminuir o número de internações. O objetivo foi verificar a prevalência de internações dos pacientes oncológicos e analisar a relação com o estado nutricional e localidade do tumor. Foi analisado o prontuário de cada paciente no momento em que estavam internados, sendo retirados os seguintes dados: sexo, idade, data da internação, motivo da internação, localização do tumor, peso atual, peso habitual, tempo entre peso habitual e atual, altura e avaliação NRS 2002. Os dados foram analisados através dos *softwares* SPSS versão 23 e *Microsoft Office Excel 2010*. Os resultados encontrados foram uma alta prevalência de tumores no aparelho digestório (71%). Em relação ao estado nutricional, de acordo com o IMC 36,8% estavam eutróficos e 26,6% estavam desnutridos, de acordo com o Percentual de Perda de Peso 73,7% apresentaram perda de peso grave sendo analisado apenas metade da amostra devido à falta de informação de peso habitual. Segundo a NRS 2002, 92,1% dos pacientes estavam em risco nutricional. Em relação ao motivo de internação, a maior prevalência foi de cirurgia (36,8%), seguido de quimioterapia (23,6%) e queda do estado geral (15,8%). Foi concluído que, para uma avaliação nutricional de qualidade devem ser usados métodos de avaliação diferentes concomitantemente, sendo observado a imprecisão do IMC. Além disso, os tumores do trato gastrointestinal foram os que mais debilitaram os pacientes, sendo estes os únicos a internarem por queda do estado geral, compreendendo sintomas como vômito, anorexia, ânsia, diarreia, todos de cunho nutricional.

Palavras-chave: Paciente Oncológico; Localização do Tumor e Estado Nutricional.

ABSTRACT

Cancer is one of the most prevalent Chronic Non Communicable Diseases, causing one in six deaths worldwide. The tumor influences the functioning of metabolism, on food intake, on nutrient absorption, as a nutritional deficit in the patient. The nutritional assessment is sumaterial, in order to improve the quality of life of the patient, the response to the treatment and the extension of the number of hospitalizations. The objective was to verify the prevalence of hospitalizations of cancer patients and to analyze the interconnection between it, nutritional status and localization of the tumor. The patient's medical records were analyzed while they were hospitalized, and the following data were taken: sex, age, date of hospitalization, reason for hospitalization, tumor location, current weight, habitual weight, time between usual and current weight, height and NRS 2002 evaluation. The results showed a high prevalence of tumors in the digestive tract (71%). Regarding nutritional status, according to BMI 36.8% were eutrophic and 26.6% were malnourished, according to the Weight Loss Percentage 73.7% presented severe weight loss and only half of the sample was analyzed due to the lack of usual weight information, according to the NRS 2002, 92.1% of the patients were at nutritional risk. Regarding the reason for hospitalization, the highest prevalence was surgery (36.8%), followed by chemotherapy (23.6%) and general condition (15.8%). It was concluded that, for a quality nutritional evaluation, different evaluation methods should be used concomitantly, with inaccuracy of BMI being observed. In addition, tumors of the gastrointestinal tract were the ones that most debilitated the patients, who were the only ones hospitalized due to a fall in the general state, including symptoms such as vomiting, anorexia, craving, diarrhea, all of a nutritional scope.

Key words: Oncologic Patient; Location of Tumor and Nutritional Status.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. MÉTODOS.....	3
3. RESULTADOS	6
4. DISCUSSÃO.....	10
5. CONCLUSÃO.....	13
6. REFERÊNCIAS.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação por IMC	16
Tabela 2: Classificação por IMC para idosos.....	16
Tabela 3: Classificação da velocidade de perda de peso.....	16
Tabela 4: Prevalência de localização do câncer	18
Tabela 5: IMC relacionado com a localização do tumor.....	19
Tabela 6: Percentual de perda de peso relacionado com a localização do tumor....	20
Tabela 7: Motivo da internação do paciente oncológico	21

LISTA DE SIGLAS

SUS: Sistema Único de Saúde

NRS: *Nutritional Risk Screening*

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

IMC: Índice de Massa Corporal

WHO: *World Health Organization*

%PP: Percentual de Perda de Peso

ESPEN: *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

EN: Estado Nutricional

INCA: Instituto Nacional do Câncer

1. INTRODUÇÃO

O câncer é responsável por uma em cada seis mortes no mundo (OMS,2018). Estima-se que nos anos de 2018 e 2019, no Brasil, ocorram 600 mil novos casos, sendo os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes (INCA,2017).

O crescimento desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos, resulta em alterações no estado metabólico do indivíduo, podendo gerar um risco nutricional, considerando que o metabolismo dos nutrientes fica alterado. (POLTRONIERI ; TUSSET, 2016).

É recorrente a inapetência nos pacientes oncológicos em tratamento, diminuindo a ingestão calórica e proteica, ocasionando catabolismo do tecido magro e adiposo, perda ponderal e como consequência levando à caquexia. O tratamento antineoplásico pode causar diversos efeitos colaterais como náusea, vômito, diarreia, má-absorção, obstipação intestinal, xerostomia, disfagia, afetando o estado nutricional de maneira negativa (CORONHA; CAMILO; RAVASCO, 2011; ARENDS et al., 2017).

Ainda de acordo com Poltronieri e Tusset (2016), a taxa de desnutrição em adultos com neoplasia varia de 40-80%, tendendo a piorar em estágios avançado de desenvolvimento (80-90%) (DUVAL et al., 2010). Esta condição está associada à diminuição da resposta ao tratamento e à qualidade de vida, aumentando a morbimortalidade e risco de infecção pós-operatória. (ZHANG; LU; FANG, 2014; CORONHA; CAMILO; RAVASCO, 2011). O grau da desnutrição depende do estágio do tumor, do tipo de terapia antineoplásica e da resposta do paciente ao tratamento (BRITO et al., 2012). Além disso, a localização do tumor influencia diretamente no estado nutricional desse paciente oncológico, podendo alterar a ingesta alimentar, a função gastrointestinal e a utilização de nutrientes (FIRME; GALLON, 2010; CORONHA; CAMILO; RAVASCO, 2011). Portanto, investigar o estado nutricional, verificando a presença ou não de risco nutricional contribui para o planejamento dos cuidados médicos e nutricionais, melhorando a resposta do paciente ao tratamento e sua qualidade de vida. (FREITAS et al., 2010).

Ainda que seja grande a preocupação com o estado nutricional do paciente oncológico, tem-se dado pouca atenção aos cuidados nutricionais realizados fora do hospital, podendo ter relação direta com o motivo de internação dos pacientes em

tratamento. Portanto, o objetivo deste trabalho é verificar a prevalência de internações dos pacientes oncológicos e analisar a relação com o estado nutricional e localidade do tumor.

2. MÉTODOS

O estudo descritivo e quantitativo foi realizado em etapa única, no período de Novembro de 2018 a Fevereiro de 2019, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um hospital privado no município de Volta Redonda - RJ, após aprovação pelo Comitê de Ética do UniFOA (CAAE 99717718.2.0000.5237).

O tamanho da amostra foi de 38 pacientes de ambos os sexos, tendo como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, diagnosticado com câncer, realizando quimioterapia, radioterapia e/ou tratamento cirúrgico. Neste contexto, as informações pessoais e nutricionais foram obtidas nos prontuários de cada indivíduo encontrados no arquivo do hospital, não tendo contato entre avaliador e paciente. Os dados pessoais coletados foram: sexo, idade, data da internação, motivo da internação e localização do tumor; os dados nutricionais foram: peso habitual, peso atual, tempo entre peso habitual e peso atual, altura e avaliação NRS 2002. Vale ressaltar que as avaliações nutricionais são realizadas semanalmente em pacientes internados na enfermaria, e a cada 3 dias nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A equipe de nutrição do hospital utilizou a Balança de Controle Corporal – HBF-514C (Omron) para verificação do peso atual, já o peso habitual é informado pelo paciente. A altura foi verificado com o Estadiômetro Ultrassônico (InBody PUSH) ou informada pelo paciente quando este não podia ficar em pé. A avaliação nutricional do Hospital consiste no cálculo do Índice de massa corporal (IMC), sendo o peso em Kg, dividido pelo quadrado da altura em metros. Os pontos de corte para população adulta foram os determinados pela *World Health Organization* (WHO) (1995) apresentados na tabela 1 e para população idosa na tabela 2, segundo critérios propostos por Lipschitz (1994); Percentual de perda de peso (%PP), calculado pela fórmula: $\text{Peso Atual} - \text{Peso Habitual} / \text{Peso Habitual} \times 100$, sendo a classificação demonstrada na Tabela 3.

Tabela 1: Classificação por IMC.

Classificação	IMC (kg/m ²)
Magreza grau III	< 16,00
Magreza grau II	16,00 – 16,99
Magreza grau I	17,00 – 18,49
Eutrofia	18,50 – 24,99
Sobrepeso	25,00 – 29,99
Obesidade grau I	30,00 – 34,99
Obesidade grau II	35,00 – 39,99
Obesidade grau III	> 40,00

Fonte: WHO, 1995

Tabela 2: Classificação por IMC para idosos

Classificação	IMC (kg/m ²)
Baixo peso	< 22,00
Eutrofia	22,00 – 27,00
Excesso de peso	> 27,00

Fonte: Lipschitz, 1994

Tabela 3: Classificação da velocidade da perda de peso

Período	Significativa(%)	Grave (%)
1 semana	1-2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	5-7	>7
6 meses	10	>10

Fonte: BLACKBURN (1997)

Outro método de avaliação nutricional do hospital é a *Nutritional Risk Screening* (NRS) 2002, uma ferramenta básica de triagem nutricional, que inclui todos os pacientes clínicos, cirúrgicos e os outros presentes no âmbito hospitalar. A NRS – 2002 é recomendada pela *European Society for Clinical and*

Metabolism (ESPEN) para a avaliação da desnutrição ou o risco de desenvolver desnutrição intra-hospitalar. (MUSSOI, 2018).

A análise estatística caracterizando os dados de frequência, média, desvio-padrão, e valores mínimos e máximos foram feitas usando o programa SPSS versão 23, sendo considerando estatisticamente significativo os dados com $p < 0,05$. O programa *Excel Microsoft 2010* foi utilizado para arquivar os dados e montar as tabelas.

3. RESULTADOS

Dos 38 pacientes incluídos no estudo, 52,6% (n=20) eram homens. A idade média foi de 57,4 anos ($\pm 10,6$). Neste estudo, a maior prevalência de câncer foi encontrada no aparelho digestório 71% (n=27), sendo maior no cólon, seguido por estômago e reto, logo depois no esôfago com a mesma porcentagem na mama, sendo observado na tabela 4. Entre os gêneros, a frequência entre os homens foi maior de câncer de estômago 35% (n=7), sendo acompanhado pelos cânceres de cólon 20% (n=4) e esôfago 20% (n=4). Já nas mulheres, a prevalência foi de câncer de cólon 27,7% (n=5), seguido por câncer de mama 22,2% (n=4) e reto 16,6% (n=3).

Tabela 4: Prevalência de localização do câncer

Localização	n	%
Cólon	9	23,7
Esôfago	4	10,5
Estômago	8	21,1
Ovário	2	5,3
Orofaringe	1	2,6
Reto	5	13,2
Próstata	3	7,9
Mama	4	10,5
Útero	2	5,3

Fonte: Autor

Em relação ao estado nutricional (EN) dos pacientes, 36,8% (n=14) foram classificados como eutróficos, através da classificação do IMC, 28,9% (n=11) com sobrepeso; 21,3% (n=8) classificados como “desnutrição grau I”; 5,3% (n=2) como “desnutrição grau II”; 5,3% (n=2) como “obesidade” e 2,6% (n=1) como “obesidade grau III”. A média dos valores foi de 23,8kg/m², tendo o mínimo como 12,3kg/m² e o máximo como 45,4kg/m². A classificação do IMC relacionado com a localização do tumor está na tabela 5.

Tabela 5: IMC relacionado com a localização do tumor.

Localização	Desnutrição II	Desnutrição I	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade I	Obesidade III
Cólon	-	-	4 (10,52%)	4 (10,52%)	-	1 (2,6%)
Esôfago	-	1 (2,6%)	3 (7,9%)	-	-	-
Estômago	1 (2,6%)	3 (7,9%)	2 (5,2%)	2 (5,2%)	-	-
Ovário	-	-	-	1 (2,6%)	1 (2,6%)	-
Orofaringe	-	-	1 (2,6%)	-	-	-
Reto	1 (2,6%)	2 (5,2%)	-	2 (5,2%)	-	-
Próstata	-	-	1 (2,6%)	1 (2,6%)	1 (2,6%)	-
Mama	-	1 (2,6%)	2 (5,2%)	1 (2,6%)	-	-
Útero	-	1 (2,6%)	1 (2,6%)	-	-	-

Fonte: autor

O percentual de perda de peso (%PP) teve uma amostragem menor, pois nem todos os pacientes puderam relatar seus pesos habituais, anteriores ao diagnóstico de câncer, sendo encontrado apenas o peso atual no prontuário. Portanto, a amostra foi de 19 pacientes, sendo 73,7% (n=14) considerado com perda de peso grave; 5,3 % (n=1) com perda significativa e 21,1% (n=4) com perda de peso considerada normal (Tabela 6). Foi possível observar, que percentual de perda de peso considerada normal aconteceu apenas nos cânceres de origem hormonais, como ovário, mama e próstata.

Tabela 6: Percentual de perda de peso relacionado com a localização do tumor.

Localização	Normal	Significativa	Grave
Cólon	-	1 (6,6%)	4 (26,6%)
Esôfago	-	-	3 (20%)
Estômago	-	-	2 (13,3%)
Ovário	1 (6,6%)	-	-
Orofaringe	-	-	1 (6,6%)
Reto	-	-	2 (13,3%)
Próstata	1 (6,6%)	-	-
Mama	2 (13,3%)	-	1 (6,6%)
Útero	-	-	1 (6,6%)

Fonte: autor

Foi analisado a relação entre IMC e %PP, e nos 14 pacientes classificados como eutróficos, 42,8% (n=6) deles foram classificados com percentual de perda de peso grave. O mesmo aconteceu com 27,2% (n=3) dos pacientes classificados com sobrepeso.

Outro item analisado foi o motivo de internação dos pacientes (Tabela 7), que teve como terceira maior a queda do estado geral do paciente, incluindo sintomas como vômito, desidratação, fraqueza, anemia, dispepsia, prostração entre outros. Todos os pacientes que foram internados com queda do estado geral apresentaram tumores no trato digestório. Não houve correlação significativa ($p < 0,05$) entre o motivo de internação e o estado nutricional, tanto com o IMC quanto com o %PP.

Tabela 7: Motivo da internação do paciente oncológico

Motivo de internação	N	%
Cirurgia	14	36,8
Quimioterapia	9	23,6
Queda do estado geral	6	15,8
Hemotransfusão	3	7,9
Disfagia	2	5,2
Dor	2	5,2

Fonte: autor

Dos 38 pacientes incluídos, 92,1% (n=35) estavam em risco nutricional, de acordo com a avaliação NRS-2002, sendo 57,9% (n=22) com a necessidade proteica substancialmente aumentada, 34,2% (n=13) com necessidade de proteína aumentada e 7,9% (n=3) considerados com necessidade proteica normal.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado que entre os homens, a localização do tumor foi mais presente no estômago (35%), seguido pelo cólon (20%) e esôfago (20%). Diferente do que foi encontrado no inquérito do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2017) no qual os tipos de cânceres mais prevalentes em homens são o de próstata (31,7%), pulmão (8,7%) e intestino (8,1%). Brito et al. (2012) e Zhang, Lu e Fang (2014) também encontraram o câncer de próstata com prevalência, seguidos pelos cânceres localizados no trato digestório.

Segundo o Stewart e Wild (2014), a neoplasia de mama é a mais diagnosticada nas mulheres em 140 países. No presente estudo, câncer de mama foi o segundo mais encontrado, sendo o câncer de cólon mais prevalente, tendo pouca diferença entre prevalência, 22,2% e 27,7% respectivamente.

Sabe-se da influência do tumor na condição nutricional dos pacientes diagnosticados com tumor maligno, segundo Duval et al. (2010) e Smirdele e Gallon (2012), 80% dos pacientes oncológicos apresentam desnutrição no momento do diagnóstico. É frequente no paciente a redução da ingestão alimentar, desinteresse pelos alimentos, somado aos efeitos do tratamento que podem ser: náusea, diarreia, vômito, disfagia, saciedade precoce, problemas na absorção de nutrientes, xerostomia, pode resultar em perda ponderal, depleção do tecido magro e adiposo, levando ao quadro de caquexia. (LOTICI et al., 2014; SANTOS et al., 2014). A caquexia é inversamente proporcional com o tempo de vida e prognóstico (CORONHA; CAMILO; RAVASCO, 2011). Déficit no estado nutricional pode levar à redução do sistema imune, aumentar a taxa de infecções, diminuir a resposta ao tratamento oncológico, aumentar o tempo de internação, custo de internação e a morbimortalidade (ZHANG; LU; FANG, 2014) além da diminuição de resposta da quimioterapia em pacientes com redução de peso (INCA, 2017).

A avaliação nutricional é o primeiro passo para identificar déficits nutricionais nestes pacientes. Existem diversos métodos usados na prática clínica, com diferentes abordagens e técnicas, porém todos eles apresentam limitações. O IMC é um método muito utilizado para classificar desnutrição, porém mostra imprecisão na diferenciação entre tecido magro e tecido adiposo. (BIANGULO; FORTES, 2013).

No presente estudo, a maioria dos pacientes apresentaram um IMC com classificação eutrófica, seguido pelo sobrepeso e depois desnutrição. A mesma ordem

se repetiu nos estudos de Tartari, Busnello e Nunes (2009), de Santos et al. (2014) e de Miranda et al. (2012). Entretanto, Santos et al. (2014) defende que a avaliação pelo IMC em pacientes oncológicos deve ser limitada, uma vez que os mediadores inflamatórios estão muitas vezes elevados, como as citocinas, que levam à expansão de líquido extracelular, ocasionando edema, mascarando a perda de massa magra e gordura corporal.

Foi possível verificar que 26,3% dos pacientes apresentavam desnutrição, sendo 80% destes com tumores no trato digestório, apresentado na Tabela 5. As principais causas de desnutrição nestes pacientes são a diminuição da ingestão de alimentos e diminuição da absorção de nutrientes, visto que acomete aos órgãos responsáveis pela nutrição do indivíduo. (DUVAL et al., 2010; ZHANG; LU; FANG, 2014; INCA, 2017). Segundo apontado por Smirdele e Garllon (2012), os adenocarcinomas de localização gastrointestinal superior estão entre as causas mais prevalentes de mortes relacionadas ao câncer a nível global.

Outro método de avaliação nutricional do paciente é o %PP, que leva em conta o peso habitual do paciente. Nesta pesquisa, dos 38 prontuários avaliados, apenas 50% tinham a informação do peso habitual do paciente, reduzindo assim a amostra desta avaliação. Um possível motivo seria a falta de informação do paciente, ou esquecimento, do seu peso habitual, problema também ocorrido no estudo de Freitas (2010). Dito isso, 78,9% dos pacientes apresentaram perda de peso significativas, sendo 73,7% considerada grave. Os números encontrados foram mais altos do que nos estudos de Tartari, Busnello e Nunes (2009), Miranda et al. (2012), Silva, Andrade e Moreira (2014), sendo 36%, 26,7%, e 37,6% respectivamente. É possível observar a expressiva deterioração nutricional sofrido por estes pacientes, provocada pela interação entre os diversos fatores relacionadas a patologia e tratamento colocado.

Um dado observado no estudo foi que, apesar de classificados como eutróficos (42,8%) ou com sobrepeso (27,2%) pelo IMC, o %PP destes pacientes demonstrou perda de peso grave. Esta constatação afirma o que foi publicado por Santos et al. (2014), evidenciando a fragilidade da triagem nutricional pelo IMC, mostrando ser necessário outros métodos de avaliação usado concomitantemente.

Como motivo de internação, foi observado que pelo menos 1 a cada 6 pacientes internaram por queda do estado geral, sendo compreendida por alterações de cunho nutricional (disfagia, anemia, desidratação entre outros) e de qualidade de vida. Miranda et al. (2012) refere estes sintomas, principalmente relacionados ao sistema

digestório, como sendo efeito da quimioterapia. Brooks (2014) sugere que muitas internações poderiam ser evitadas, adotando estratégias para promover cuidados de alta qualidade e consciência dos custos.

Um outro método de triagem nutricional do paciente é o NRS-2002, que avalia diversas variáveis como: IMC, perda de peso recente, queda na ingestão alimentar, estado nutricional atual e gravidade da doença. Um outro diferencial é considerar a idade do paciente, o que não é observado em outros métodos de triagem nutricional. (RYU; KIM, 2010). A taxa encontrada neste estudo (92,1%) foi amplamente superior ao encontrado na literatura, sendo 38,6% no estudo de Ocón Bretón (2012) e 43% no estudo de Ryu e Kim (2010). Em relação a necessidade proteica, apenas 7,9% não apresentou necessidade aumentada. Não foi encontrado na base de dados disponível para o autor outras pesquisas que apresentassem esta informação.

5. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou o impacto do câncer e do tratamento oncológico no estado nutricional. Apesar da maioria dos pacientes estarem classificados como eutróficos segundo o IMC, a desnutrição foi encontrada numa porcentagem muito relevante. Além disso, muitos pacientes eutróficos apresentaram %PP grave, mostrando a importância do uso de vários métodos de avaliação nutricional no mesmo paciente.

A avaliação da perda de peso é importante para diagnosticar pacientes com risco nutricional ou já em situação de desnutrição mascarados pela avaliação do IMC, como analisado no estudo. A baixa ingestão alimentar do paciente oncológico, pode ocorrer devido a anorexia mecânica, toxicidade medicamentosa, cirurgia, fragilidade emocional entre outros fatores levando a uma perda de peso rápida.

Pacientes com tumores do trato gastrointestinal alto, tem uma prevalência de desnutrição aumentada devido à baixa ingestão alimentar e em consequência uma absorção deficiente dos nutrientes, podendo ocasionar reinternações recorrentes.

O estudo apontou uma diferença entre os dados colhidos e o que informa o INCA no seu inquérito de incidência de novos casos. O mesmo foi observado que o inquérito analisa o diagnóstico e não a internação. De acordo com o INCA os tumores que levam a mais casos de desnutrição são os de cabeça e pescoço e os do trato gastrintestinais.

A localização do tumor foi consideravelmente influente no motivo da internação e na avaliação nutricional, mostrando que, com os pacientes avaliados, aqueles com tumores no trato gastrointestinal foram os mais prejudicados. Os mesmos pacientes foram os únicos a internarem devido a causas nutricionais, como baixa ingestão alimentar, tipo de consistência da dieta, falta de recursos para o acesso à suplementos nutricionais, demonstrando assim uma carência nos cuidados desses pacientes quando fora do hospital.

Portanto, evidencia-se a importância do acompanhamento do estado nutricional e dos pacientes após a alta e de uma intervenção por parte da saúde pública, pois a maioria uma baixa ingestão devido às consequências do tratamento e tumor podendo assim manter a qualidade de vida desses indivíduos e diminuir o número de internações.

REFERÊNCIAS

ARENDS, Jann et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.11-48, fev. 2017.

BIANGULO, Beatriz Ferreira; FORTES, Renata Costa. Métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 2, n. 24, p.131-144, nov. 2013.

BRETÓN, M^a. J. Ocón et al. COMPARACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS DE CRIBADO NUTRICIONAL PARA PREDECIR LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. **Nutricion Hospitalaria**, [s.l.], n. 3, p.701-706, 1 maio 2012.

BRITO, Laís Ferraz et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 58, p.163-171, mar. 2012.

BROOKS, Gabriel A. et al. Identification of Potentially Avoidable Hospitalizations in Patients With GI Cancer. **Journal Of Clinical Oncology**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.496-503, 20 fev. 2014.

CORONHA, Ana Lúcia; CAMILO, Maria Ermelinda; RAVASCO, Paula. A importância da composição corporal no doente oncológico: Qual a evidência?. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 4, n. 24, p.769-778, dez. 2011

DUVAL, Patrícia Abrantes et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um programa de internação domiciliar interdisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 56, p.207-212, mar. 2010.

FIRME, Lisandra Eifler; GALLON, Carin Weirich. Perfil nutricional de pacientes com carcinoma esofágico de um hospital público de Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 56, p.443-451, out. 2010.

FREITAS, Betânia de Jesus e Silva de Almendra et al. Antropometria clássica e músculo adutor do polegar na determinação do prognóstico nutricional em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 56, p.415-422, ago. 2010.

INCA. **INQUÉRITO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2013.

INCA. **ESTIMATIVA 2018: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017.

LOTICI, Tamara et al. Prevalência de perda de peso, caquexia e desnutrição, em pacientes oncológicos. **Revista Uniabeu**, Belford Roxo, v. 7, n. 17, p.107-124, dez. 2014.

MIRANDA, Tayana Vago de et al. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 59, p.57-64, nov. 2012.

MUSSOI, Thiago Durand. **Avaliação nutricional na prática clínica: Da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

OMS. **FIGHT AGAINST CANCER: Strategies that prevent, cure and care**. Switzerland: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

POLTRONIERI, Taiara Scopel; TUSSET, Cintia. Impacto do Tratamento do Câncer Sobre o Estado Nutricional de Pacientes oncológicos: Atualização da Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.327-332, 2016.

RYU, Seung Wan; KIM, In Ho. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients. **World Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 16, n. 26, p.3310-3317, 2010.

SANTOS, Carolina Araújo dos et al. Influência do gênero e do tipo de tratamento nos parâmetros nutricionais de idosos em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 60, p.143-150, maio 2014.

SILVA, Henyse Gómez Valiente da; ANDRADE, Camila Fonseca de; MOREIRA, Annie Seixas Bello. INGESTA DIETÉTICA Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER;. **Nutricion Hospitalaria**, [s.l.], n. 4, p.907-912, 1 abr. 2014.

SMIRDELE, Cristiane Amine; GALLON, Carin Weirich. Desnutrição em oncologia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, Caxias do Sul, v. 4, n. 27, p.250-256, fev. 2012.

STEWART, Bernard W.; WILD, Christopher P.. **World Cancer Report**.Lyon: World Health Organization, 2014.

TARTARI, Rafaela Festugatto; BUSNELLO, Fernanda Michielin; NUNES, Claudia Helena Abreu. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 56, p.43-50, jan. 2010.

ZHANG, Liyan; LU, Yuhan; FANG, Yu. Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. **British Journal Of Nutrition**, [s.l.], v. 111, n. 07, p.1239-1244, 6 jan. 2014.