

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO HOSPITAL ESCOLA EMÍLIO CARLOS DA CIDADE DE CATANDUVA (SP)

Ana Paula Casari

Nutricionista pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES (SP).

Sandra Cury Pinfieldi Manfrin

Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeiro Preto – UNAERP; Docente no Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva - IMES (SP).

Mauricio Ferraz Arruda

Doutor em Biotecnologia e Biotecnologia pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, Julio de Mesquita Filho-UNESP; Pós Doutorado em andamento pelo Dept. de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina UNESP, Botucatu, (SP).

RESUMO: O câncer é um importante problema de saúde pública mundial, sendo hoje a segunda principal causa de morte por doença nos países desenvolvidos. É uma enfermidade multifatorial crônica, onde ocorre o crescimento descontrolado, rápido e invasivo das células e a disseminação dessas células anormais, que se multiplicam até formarem uma massa de tecido conhecida como tumor. O presente estudo teve como finalidade analisar o perfil epidemiológico e avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, por meio de um estudo descritivo epidemiológico aplicado em 20 pacientes com câncer em um ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos na cidade de Catanduva (SP). Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 74 anos. Durante o estudo foi possível observar que a média das idades entre os pacientes foi igual a 55 anos, sendo a maioria do sexo feminino (60%). Avaliou-se também que 40% dos pacientes apresentavam – se eutróficos, 50% apresentaram perda de peso significativa ou grave e que os tipos de câncer mais frequentes foram digestivo alto e digestivo baixo. Pode-se observar ainda que os alimentos mais consumidos foram arroz, feijão, pães e massas e houve um baixo consumo diário de frutas e hortaliças. Os dados apresentados permitem a caracterização do perfil epidemiológico e perfil nutricional dos pacientes na unidade estudada, salientando que seria relevante o acompanhamento nutricional por um profissional da área, adequando e equilibrando a dieta dos mesmos e assim, promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e uma possível diminuição na taxa de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Estado Nutricional; Quimioterapia.

EPIDEMIOLOGIC PROFILE AND NUTRITIONAL EVALUATION OF PATIENTS TREATED BY CHEMOTHERAPY IN THE UNIVERSITY HOSPITAL EMÍLIO CARLOS IN CATANDUVA SP BRAZIL

ABSTRACT: Cancer is an important health issue worldwide and is the second mortality cause in developed countries. It is a chronic multifactorial disease with the uncontrolled, fast and invasive growth of cells and the dissemination of abnormal cells that multiply themselves till a tumor, a mass of tissues, is formed. Current study analyzes the epidemiological profile and evaluates the nutritional condition of cancer patients undergoing chemotherapy by a descriptive epidemiological study applied to 20 patients with cancer at a chemotherapy clinic of the University Hospital Emílio Carlos in Catanduva SP Brazil. Male and female patients, aged between 18 and 74 years were evaluated. Average age was 55 years and (60%) were females. Further, 40% were eutrophic patients and 50% had significant or serious weight loss. High and low digestive cancer types were the most frequent. Food most consumed consisted of rice, beans, bread, with a low daily intake of fruits and

vegetables. Data reveal the characterization of the epidemiological and nutritional profile of the patients in the unit under analysis. It would be relevant for a professional to undertake a nutritional follow-up through a balanced diet and an improvement in life quality of the patients. Mortality rates may even be lowered.

KEY WORDS: Cancer; Nutritional Condition; Chemotherapy.

INTRODUÇÃO

O câncer representa hoje um importante problema de saúde pública mundial, responsável por mais de sete milhões de óbitos a cada ano, e para 2020, espera-se atingir 16 milhões de óbitos. Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que, no Brasil, para o ano de 2012, houve cerca de 520 mil novos casos da doença, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste do país. É a segunda causa de morte por doença nos países desenvolvidos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. É uma enfermidade multifatorial crônica, onde ocorre o crescimento descontrolado, rápido e invasivo das células e a disseminação dessas células anormais, que se multiplicam até formarem uma massa de tecido conhecida como tumor (BRASIL, 2009; GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010).

Diversos fatores influenciam o desenvolvimento do câncer, tanto os de causas externas (meio ambiente, hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural) como os de causas internas (geneticamente pré determinadas), que resultam em eventos responsáveis por gerar mutações sucessivas no material genético das células, processo que pode ocorrer ao longo de décadas, em múltiplos estágios. Cerca de 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais, entre os principais estão o alcoolismo e o cigarro, que pode causar câncer de pulmão, boca e faringe, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, tais como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos ainda não são conhecidos (BRASIL, 2009; TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010)

O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna, que somado ao fato de as células dos idosos terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco, explica em parte o porquê de ser mais frequente nesses indivíduos. O surgimento da doença depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. Deste modo, o risco de uma pessoa desenvolver um câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando (INCA, 2012).

Conforme estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a neoplasia de pele não melanoma é a mais incidente na população brasileira, seguida pelos tumores de próstata, mama, pulmão, cólon e reto, estômago e colo uterino; sendo mais prevalente na próstata e no pulmão para o sexo masculino e, na mama e no colo de útero para o sexo feminino. (INCA, 2012)

Estudos do perfil epidemiológico são fundamentais para que se possa planejar a adequação das práticas de saúde, assim como, conhecer a demanda ambulatorial na rede pública é necessário para se ter uma avaliação dos serviços para poder orientar todos que trabalham com gerência, programação e planejamento de saúde. É importante também analisar o índice de mortalidade, tendo em vista que o mesmo é bastante difundido e subsidia o planejamento em saúde. (ASSIS; SHIMOYA-BITTENCOURT, 2007)

No último século, o envelhecimento contínuo da população, o crescente aumento populacional e o processo global de industrialização, têm alterado o perfil epidemiológico do câncer, desencadeando a redefinição de padrões de vida. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Esta transformação do perfil epidemiológico vem tornando-se, ao longo dos anos, cada vez mais complexa e de difícil entendimento, em função do aparecimento de novas doenças e o ressurgimento de antigos agravos à saúde – AIDS/HIV,

malária, dengue, tuberculose, entre outros no cenário da saúde pública mundial (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

A assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social, pois inclui além de custos diretos com exames preventivos, testes diagnósticos e tratamentos, custos indiretos consequentes da incapacidade produtiva do doente e morbi-mortalidade relacionada ao câncer e/ou tratamento. No Brasil, os primeiros incentivos à epidemiologia do câncer começaram na década de 1920, com o departamento nacional de saúde pública. No estado de São Paulo, há atualmente cerca de 250 instituições que assistem doentes oncológicos e providenciam subsídios para um melhor enfrentamento da doença através de ações assistenciais, educacionais e preventivas (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

As modalidades básicas primárias no tratamento de câncer envolvem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e bioterapia. Na maioria dos casos, inicialmente o tratamento é através de cirurgia. Outro tipo de tratamento amplamente utilizado é a quimioterapia antineoplásica, para produzir cura, controle e palição, método que utiliza substâncias citotóxicas, administrados principalmente por via sistêmica (endovenosa), com a finalidade de eliminar os tumores malignos, impedindo a formação de um novo DNA, bloqueando funções essenciais da célula ou induzindo apoptose. Esses agentes podem ser usados de forma isolada ou em combinação; por não possuírem especificidade, podem agredir tanto as células neoplásicas quanto as normais, porém, atinge mais as neoplásicas. (SAWADA et al., 2008; SILVA et al., 2012)

Os quimioterápicos em uso clínico costumam ser bem tolerados pelos pacientes, com dosagens apropriadas. Os efeitos terapêuticos e tóxicos desse tipo de tratamento podem variar de acordo com o tempo de exposição e concentração plasmática da droga utilizada. Alguns dos efeitos colaterais mais precoces, já apresentados nos primeiros dias são: redução do apetite, náuseas, vômitos e diarreia, e outros mais tardios, após meses de tratamento como: miocardiopatia, imunossupressão, neurotoxicidade, infertilidade, mucosites, entre outros. (SILVA et al., 2012)

Através de estudo realizado pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI), verificou-se que pacientes internados com diagnóstico de câncer têm incidência quase três vezes maior de desnutrição que os demais pacientes hospitalizados, e que a perda de peso nesse grupo tem significativo prognóstico desfavorável. Além da presença do câncer, o tipo e o estágio do tumor também são fatores determinantes para a desnutrição. Portadores de tumores de mama, leucemias não-linfocíticas agudas, sarcomas, e alguns subtipos de linfomas não-Hodgkin parecem apresentar-se com menor perda de peso, já os portadores de câncer gástrico e de pâncreas apresentam frequência maior de perda de peso. (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2009; TEIXEIRA NETO, 2003)

A desnutrição no paciente oncológico é multifatorial, sendo a complicação mais frequentemente encontrada, pois, envolve diversos fatores como os relacionados ao curso da doença (redução do apetite, dificuldades mecânicas para mastigar e deglutir alimentos), efeitos colaterais do tratamento e jejuns prolongados para exames pré ou pós-operatórios, que são agravados por condição socioeconômica precária e hábitos alimentares inadequados. Os principais fatores são: a redução na ingestão total de alimentos, as alterações metabólicas provocadas pelo tumor e o aumento da demanda calórica para crescimento do tumor. (BRASIL, 2009; MIRANDA et al., 2013)

Uma avaliação nutricional precoce permite identificar pacientes que necessitam de terapia nutricional. Promover um suporte nutricional adequado ao paciente pode beneficiá-lo, com o objetivo de que o paciente obtenha energia e nutrientes para manter ou melhorar o estado nutricional, a função imune, minimizar os sintomas gastrointestinais e melhorar a qualidade de vida. A avaliação nutricional é constituída de coleta, interpretação e comparações entre os dados obtidos e os padrões de referência. As medidas antropométricas podem ser indicadores sensíveis de saúde, de condição física, de desenvolvimento e de crescimento (MAICÁ; SCHWEIGERT, 2008).

Já o questionário de frequência alimentar, consiste em, definir e quantificar os tipos de alimentos e bebidas ingeridas pelos pacientes, com objetivo de

obter informações qualitativas, semi - quantitativas ou quantitativas sobre o padrão alimentar e a ingestão de alimentos ou nutrientes específicos. Avalia a dieta atual e estima valores absolutos ou relativos da ingestão de energia e nutrientes amplamente distribuídos no total de alimentos oferecidos ao indivíduo (FISBERG et al., 2008; FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

Para que se possa modificar a situação atual do câncer, é imprescindível que haja estímulo à busca de informações precisas e de qualidade, sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, às taxas de mortalidade e às despesas públicas. Nesse sentido, este estudo tem por relevância contribuir para: diminuir a morbi-mortalidade e promover melhora na qualidade de vida dos pacientes com câncer caracterizando o perfil epidemiológico e nutricional dos pacientes, com diagnóstico de câncer, assistidos pelo SUS em um Hospital na cidade de Catanduva (SP).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil epidemiológico e o estado nutricional dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia em um ambulatório do Hospital Escola Emílio Carlos, da Cidade de Catanduva (SP).

2.2 CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Estudo transversal epidemiológico, realizado no ambulatório de Quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos da cidade de Catanduva (SP). Onde foram avaliados 20 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 74 anos em tratamento quimioterápico.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva com o parecer número: 342.751.

2.3 PROCEDIMENTOS

Para avaliação epidemiológica foram selecionadas e separadas as informações como: sexo, idade, tipo de câncer e dados coletados dos prontuários médicos, fornecidos pela enfermeira responsável do local.

Para avaliação dietética foi aplicada uma anamnese contendo dados gerais e história do paciente que foram coletados através dos prontuários médicos e um questionário de frequência alimentar, que consistiu em definir e quantificar os tipos de alimentos e bebidas ingeridas pelos pacientes. Com objetivo de obter informações qualitativas, semi-quantitativas e/ou quantitativas sobre o padrão alimentar. É considerado um método prático, não invasivo, de baixo custo e informativo de avaliação da ingestão habitual dietética. Possui basicamente uma lista de alimentos pré-definida e uma seção com a frequência de consumo, no qual o indivíduo assinala: nunca, uma vez por mês, duas a três vezes por mês, uma vez por semana, duas a três vezes por semana ou diariamente.

O peso foi obtido através de uma balança antropométrica da marca Welmy com capacidade para 150 Kg, onde o indivíduo se posicionou de pé, no centro da balança, descalço, sem acessórios e com roupas leves.

A estatura foi obtida através de um estadiômetro da própria balança Welmycom medidas de 20 cm a 220 cm. O indivíduo se posicionou ereto o máximo possível, descalço, com os pés e calcanhares juntos e os braços estendidos junto ao corpo, procurando manter os calcanhares, panturrilha, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital em contato com o estadiômetro para uma melhor obtenção dos dados.

Para o cálculo de IMC, utilizou-se um método que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), simples indicador do estado nutricional e muito utilizado, obtido através do peso do indivíduo em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado ($IMC = Kg/m^2$). Classificados posteriormente de acordo com as tabelas abaixo.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de adultos, segundo IMC.

| IMC | CLASSIFICAÇÃO |
|--------------|-------------------------|
| < 16 | Desnutrição de grau III |
| 16,0 a 16,99 | Desnutrição de grau II |
| 17,0 a 18,49 | Desnutrição de grau I |
| 18,5 a 24,99 | Eutrofia |
| 25,0 a 29,99 | Sobrepeso |
| 30,0 a 34,99 | Obesidade de grau I |
| 35,0 a 39,99 | Obesidade de grau II |
| > 40 | Obesidade de grau III |

Fonte: OMS (1998).

Tabela 2. Classificação do estado nutricional de idosos, segundo IMC.

| IMC | CLASSIFICAÇÃO |
|-------------|---------------|
| < 22 | Magreza |
| 22,0 a 27,0 | Eutrofia |
| > 27 | Sobrepeso |

Fonte: Lipschitz (1994)

É importante analisar a perda de peso de um paciente, pois essa perda involuntária é capaz de mostrar a gravidade do problema de saúde devido a sua elevada correlação com a mortalidade, através da seguinte fórmula:

$$\% \text{ PP} = \frac{\text{PU} - \text{PA}}{\text{PU}} \times 100$$

PU

PP: porcentagem de perda de peso.

PU: peso usual.

PA: peso atual

A tabela 3 mostra a classificação dos resultados em porcentagem com relação ao tempo.

Tabela 3. Significado da perda de peso em relação ao tempo.

| Tempo | Perda significativa (%) | Perda grave (%) |
|----------|-------------------------|-----------------|
| 1 semana | 1 a 2 | >2 |
| 1 mês | 5 | >5 |
| 3 meses | 7,5 | >7,5 |
| 6 meses | 10 | >10 |

Fonte: Blackburn et al. (1977).

2.4 ESTATÍSTICA

O presente trabalho utilizou a frequência relativa, para primeira etapa, resultado obtido da divisão entre a frequência, o valor que é observado na amostra e a quantidade de elementos dessa amostra. Geralmente é apresentada na forma de porcentagem, sendo calculada pelo programa Excel for Windows, tendo como resultado destas análises histogramas, estes sendo representações gráficas (gráficos de barras verticais) da distribuição de frequências de um conjunto de dados quantitativos contínuos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi composto por 20 pessoas, de ambos os sexos, com idade média correspondente a 55 anos e desvio padrão de 12, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 74 anos. A tabela 4 apresenta a faixa etária dos pacientes em tratamento quimioterápico no Hospital Escola Emílio Carlos de Catanduva- SP. Semelhante ao encontrado na pesquisa de Tartari, Busnelo e Nunes (2009), a média de idade foi igual à 51 anos.

Na unidade em estudo, detectou-se que o maior número de pacientes com câncer está na faixa etária de 51-60 anos, representando 55 % do número de pacientes, enquanto a menor incidência de casos foi observada na faixa etária de 10 a 30 anos, verossímil ao estudo de Rodrigues e Ferreira(2010), onde 42,2% pertenciam à faixa etária de 55 à 64 anos.

Quanto ao gênero, observou-se que 40% eram do sexo masculino e 60% do sexo feminino (Figura 1). No estudo de Rodrigues e Ferreira (2010), 60,2% também eram do sexo feminino e 39,8% do sexo masculino, enquanto na pesquisa de Tartari, Busnelo e Nunes (2009), 68% eram mulheres.

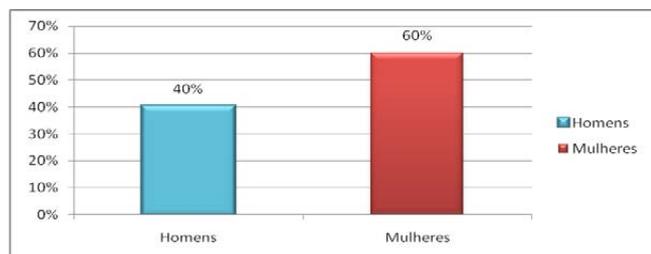


Figura 1. Gênero dos pacientes oncológicos em tratamento no ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos de Catanduva (SP).

Caracterizando-se a amostra quanto aos tipos de câncer mais prevalentes (Tabela 5), observou-se que as maiores incidências de câncer foram do tipo digestivo baixo, com 35%, incluindo câncer de cólon, reto e canal anal assim como o mais prevalente também no estudo realizado por Tartari, Busnello e Nunes (2009), que se observou que 26% possuíam tumoração localizada no intestino e Pastore, Oehlschlaeger e Gonzalez (2013), que encontrou 46,8% dos pacientes com câncer de cólon e reto. O segundo tipo de câncer mais prevalente neste estudo foi o digestivo alto, com 30%, incluindo câncer de estômago e pâncreas, enquanto no estudo de Pastore, Oehlschlaeger e Gonzalez (2013), foram encontrados 22,1% para esôfago e estômago e 21,3% para pâncreas.

No Brasil, segundo o INCA (2012), os tumores de estômago aparecem em 3º lugar na incidência entre homens e em 5º entre as mulheres. Enquanto o câncer de pâncreas é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados no Brasil e por 4% do total de mortes por essa doença.

Tabela 5. Incidência de câncer dos pacientes em tratamento no ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos de Catanduva-SP.

| Especialidade (tipo) | Sexo Masculino | Sexo Feminino |
|----------------------|----------------|---------------|
| Cabeça e Pescoço | 2 (10%) | 1 (5%) |
| Digestivo Alto | 3 (15%) | 3 (15%) |
| Digestivo Baixo | 2 (10%) | 5 (25%) |
| Ginecologia | - | 12 (5%) |
| Hematologia | 1 (5%) | 1 (5%) |
| Mama | - | 1 (5%) |

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme apresentado na tabela 6, de acordo com a classificação do estado nutricional, segundo IMC para adultos ou idosos, conforme as idades, concluiu-se que 40% dos pacientes estavam eutróficos, 30% estavam com sobrepeso, 25% desnutridos e 5% com obesidade grau I. Semelhante ao encontrado no estudo de Lustosa (2011), 36,6% apresentavam-se em estado de eutrofia, seguida de excesso de peso com 33,8% e da obesidade com 21,1%. No estudo realizado por Tartari, Busnello e Nunes (2009), encontraram-se 10% dos pacientes em desnutrição, 44% eutróficos, 32% dos pacientes com sobrepeso e 14% dos pacientes com algum grau de obesidade. E no estudo de Fortes et al. (2007), observou-se que 45,71% dos pacientes tinham o índice de massa corporal dentro da faixa de eutrofia, 35,71% na faixa de sobrepeso, 12,86% na faixa de obesidade e apenas 5,71% na faixa de magreza.

Tabela 6. Estado nutricional dos pacientes em tratamento no ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos de Catanduva (SP)

| Classificação de IMC | Número de pacientes | % |
|----------------------|---------------------|----|
| Desnutrido | 5 | 25 |
| Eutrófico | 8 | 40 |
| Sobrepeso | 6 | 30 |
| Obesidade grau I | 1 | 5 |

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda para classificação do estado nutricional, observou-se a porcentagem de perda de peso dos pacientes em tratamento quimioterápico, onde 50% dos entrevistados apresentaram perda de peso, sendo 25% perda significativa e 25% perda intensa, conforme apresentado na figura 2.

Em estudo realizado por Tartari, Busnello e Nunes (2009), considerando a alteração de peso, 36% tiveram perda de peso durante o tratamento. Perda de peso significativa foi encontrada em 33% dos pacientes.

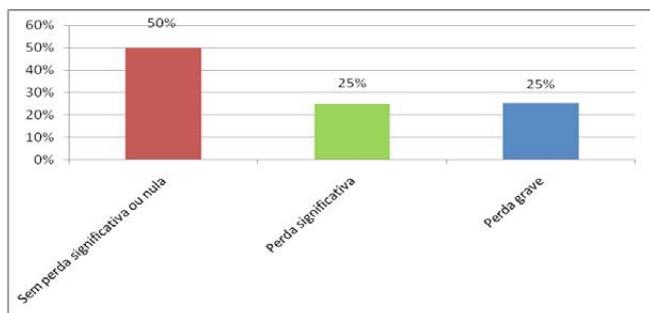


Figura 2. Classificação do estado nutricional segundo a porcentagem de perda de pesos pacientes em tratamento no ambulatório de quimioterapia do Hospital Escola Emílio Carlos de Catanduva (SP)

Conforme apresentado na Figura 3, quanto à frequência de consumo alimentar, com relação ao consumo diário do grupo de leite e derivados, foram encontrados que 75% consumiam diariamente pelo menos algum alimento desse grupo, bem como no grupo das carnes e ovos, que 75% dos participantes relataram consumir diariamente e para o grupo de frutas e hortaliças 40% relataram ter um consumo diário desses alimentos. Observa-se um maior consumo de produtos de origem animal, aproximadamente o dobro do consumo de alimentos de origem vegetal.

Em um estudo realizado por Lustosa (2011), no grupo de carnes e ovos a maior porcentagem de consumo verificada foi a semanal, de carne bovina 69,9% e ovos por 2,3%. No estudo de Brito et al. (2012), observou-se que grande parte dos 101 pacientes avaliados tinha o hábito de consumir leite e derivados (59,4%), carnes, peixes e ovos (66,3%) e consumo de frutas (65,3%) e verduras (55,4%), para a maioria, mostrou-se semanal.

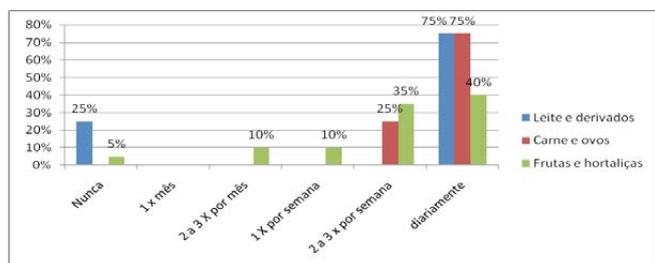


Figura 3. Frequência de consumo de Leite e derivados; Carne e ovos e Frutas e hortaliças.

A Figura 4 mostra a frequência de consumo alimentar com relação ao arroz, onde 85% relataram consumir diariamente, bem como pães e massas onde

85% dos participantes também relataram o consumo diário desse tipo de alimento e para o feijão 90% relataram consumir diariamente. Pode se observar aqui a maior frequência de consumo alimentar desse grupo de entrevistados, bem como o encontrado no estudo realizado por Fisberg et al. (2008), onde os alimentos que mais contribuíram para o consumo energético foram arroz (16,4%) e pão (8,7%). Já no estudo de Brito et al. (2012), observou-se que a maioria dos 101 entrevistados tinham o hábito de consumir diariamente pães, massas e cereais (91,1%).

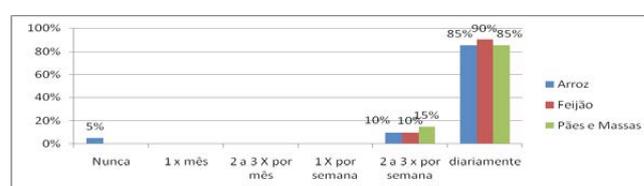


Figura 4. Frequência de consumo de Arroz; Feijão e Pães e Massas.

Em relação à frequência de consumo de alimentos separados nos grupos como doces; grupo dos salgados, lanches e pizzas e grupo das gorduras e frituras, pode se observar o consumo mais elevado no grupo das gorduras e frituras, onde 45% da população relataram consumir esse tipo de alimento 2 a 3 vezes por semana, seguidos de 35% no consumo do grupo de salgados, lanches e pizzas 1 vez por semana e 30% no grupo dos doces 2 a 3 vezes por semana, apresentados conforme a Figura 5. Ao contrário do encontrado no estudo de Oliveira e Fortes (2013), doces e guloseimas tiveram baixo consumo, onde 90% consumiam nunca ou menos de uma vez ao mês. Já no estudo de Magalhães (2006), com relação ao chocolate, verificou-se que aproximadamente 53% dos pacientes informaram que nunca consumiam esse alimento e ao estudar o consumo de açúcar refinado, verificou que aproximadamente 3% dos pacientes referiram nunca consumir este alimento. No estudo de Jacobi (2011), quanto ao grupo das gorduras e frituras, 42,9% dos entrevistados relatam ter o hábito de consumir pelo menos 1 vez ao dia.

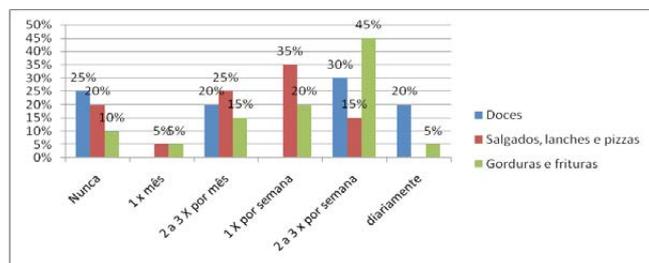


Figura 5. Frequência de consumo de Doces; Salgados, Lanches e Pizzas e Gorduras e Frituras.

A Figura 6 mostra que a maior frequência de consumo tanto de refrigerante quanto de suco artificial, foi de 2 a 3 vezes por semana, por 35% dos participantes de ambos os grupos alimentares e o maior consumo de suco natural também foi encontrado de 2 a 3 vezes por semana, por 40% dos entrevistados. Em um estudo realizado por Magalhães (2006), ao estudar o consumo de refrigerante, verificou que, entre os pacientes, cerca de 29% referiram um consumo maior do que quatro vezes na semana ou diário. No estudo de Oliveira e Fortes (2013), houve um baixo consumo de suco natural, onde o suco mais consumido foi de acerola cerca de 10% uma vez ao dia.

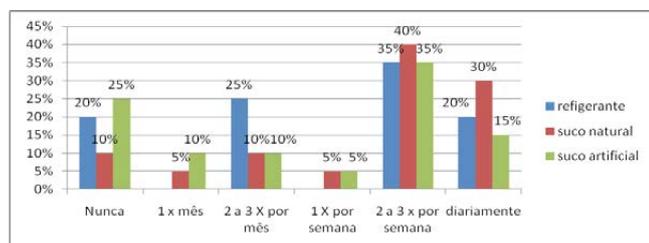


Figura 6. Frequência de consumo refrigerante, suco natural e suco artificial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi encontrado, destaca-se um alto consumo de gorduras e frituras, bem como um baixo consumo de frutas e hortaliças. O que deve se considerar, pois, um maior aporte de vitaminas e minerais, ajudaria na recuperação do sistema imunológico e a fornecer antioxidantes, importantes aliados no combate aos radicais livres produzidos pela quimioterapia.

Propõe-se que maior atenção seja destinada ao estado nutricional e alimentação do paciente com

câncer, através da realização de uma avaliação nutricional logo no início do tratamento quimioterápico, pois, esta é capaz de identificar os pacientes que necessitam de terapia nutricional.

Assim, preza-se que o profissional nutricionista é de extrema importância no que se diz respeito às orientações nutricionais, pois, através desse é possível adequar e equilibrar a alimentação e desta forma diminuir a morbi – mortalidade e promover uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, N. L.; SHIMOYA-BITTENCOURT, W. Perfil epidemiológico dos pacientes do ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Júlio Muller. *Revista Connectionline*, v. 7, 2007.
- BLACKBURN, G. L. et al. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977.
- BRITO, L. F. V. et al. 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.
- FISBERG, R. M. et al. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 550-554, 2008.
- FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.
- FORTES, R. C. et al. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 3, p. 277-289, 2007.
- GUERRA, M. R.; GALLO C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, n. 51, v 3, p. 227-234, 2005.

- JACOBI, E. R. **Hábitos alimentares e sociais de pacientes portadores de câncer de pulmão**. [s.l.]: Universidade regional de Blumenau, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Incidência de câncer no Brasil, 2012**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 30 mai 2013.
- LUSTOSA, C. F. **Correlação entre o consumo de alimentos ricos em poliaminas, tipo de câncer e imc de pacientes oncológicos**. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição) - Universidade Federal do Piauí, Teresina.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*, v. 21, n.1, 1994.
- MAGALHÃES, L. P. **Variação de peso, grau de escolaridade, saneamento básico, etilismo, tabagismo e hábito alimentar progressivo em pacientes portadores de câncer de estômago**. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo.
- MAICÁ, A. O.; SCHWEIGERT, I. D. Avaliação nutricional em pacientes graves. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, n. 3, p. 286-295, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- MIRANDA, T. V. et al. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 1, p. 57-64, 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesidade. Prevenção e gestão da epidemia global: relato de uma consulta da OMS**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998. (Série de Relatórios Técnicos).
- OLIVEIRA, T. R.; FORTES, R. C. Hábitos alimentares de pacientes com câncer colorretal. *J. Health Sci. Inst.* v. 31, n. 1, p. 59-64, 2013.
- PASTORE, C. A.; OEHLSCHLAEGER, M. H. K.; GONZALEZ, M. Z. Impacto do Estado Nutricional e da Força Muscular Sobre o Estado de Saúde Geral e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Trato Gastrointestinal e de Pulmão. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 59; n. 1; p. 43-49, 2013.
- RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.
- SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.
- SILVA, A. M. et al. Impacto das aversões alimentares no estado nutricional de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n. 2, p. 166-170, 2012.
- TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2009.
- TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 394-399.

Recebido em: 28 de fevereiro de 2014

Aceito em: 25 de março de 2014