



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Dalmoro Azevedo, Catana; Morelo Dal Bosco, Simone
Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico
ConScientiae Saúde, vol. 10, núm. 1, 2011, pp. 23-30
Universidade Nove de Julho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92917188004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico

Nutritional, dietary profile and quality of life of cancer patients in chemotherapist treatment

Catana Dalmoro Azevedo¹; Simone Morelo Dal Bosco²

¹Nutricionista - Univates, Lajeado, RS – Brasil

²Nutricionista, Doutora em Ciências da Saúde, Coordenadora e Docente do Curso de Nutrição e Pós-Graduação - Univates, Lajeado, RS – Brasil

Endereço para correspondência

Simone Morelo Dal Bosco

Rua Avelino Tallini, 171

Centro Universitário – Univates – 95900-000 – Lajeado – RS[Brasil]

simonebosco@gmail.com

Resumo

Introdução: Os tratamentos oncológicos podem provocar consequências nutricionais, físicas, emocionais e sociais. A quimioterapia utiliza compostos químicos para eliminar células tumorais do organismo. **Objetivo:** Verificar o perfil nutricional, dietético e avaliar a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Materiais e métodos:** Estudo transversal e descritivo com 20 pacientes. Foi realizada avaliação antropométrica, questionário de frequência alimentar e qualidade de vida (EORTC QLQ-C30). **Resultados:** Constatou-se uma prevalência de sobrepeso pelo IMC, porém outros parâmetros identificaram risco nutricional. Foi observada também uma perda de peso significativa em 75% dos pacientes e um aumento de peso em mulheres com câncer de mama. O consumo alimentar demonstrou baixa ingestão de alimentos protetores dessa patologia. O que mais afetou a qualidade de vida foram sintomas gastrointestinais, fadiga e dificuldade de realizar atividades. **Conclusão:** Pacientes demonstraram risco nutricional e consumo alimentar não satisfatório. Percebeu-se que o câncer tem grande impacto na qualidade de vida desses pacientes.

Descritores: Alimentação; Estado nutricional; Neoplasia; Qualidade de vida; Quimioterapia.

Abstract

Introduction: cancer treatments may cause harmful nutritional, physical, emotional and social. Chemotherapy uses chemicals to remove tumor cells from the body. **Objective:** To assess the nutritional status, diet and evaluate the quality of life of patients undergoing chemotherapy. **Materials and methods:** Cross-sectional study with 20 patients and descriptive. The anthropometric measurements, food frequency questionnaire and quality of life (EORTC QLQ-C30). **Results:** We found a prevalence of overweight by BMI, but other parameters identified nutritional risk. There was also a significant weight loss in 75% of patients and weight gain in women with breast cancer. Food consumption showed low intake of protective foods such pathology. The most affected the quality of life were gastrointestinal symptoms, fatigue and difficulty in performing activities. **Conclusion:** Patients demonstrated nutritional risk and dietary intake is not satisfactory. It was felt that the cancer has great impact on quality of life of patients.

Key words: Cancer; Chemotherapy; Feeding; Nutrition; Quality of life.

Introdução

O câncer é uma enfermidade que se caracteriza pelo crescimento descontrolado e rápido de células, com alteração em seu material genético. Um tumor maligno é formado por milhões de células, das quais algumas podem invadir tecidos saudáveis em outras partes do organismo, por meio da corrente sanguínea ou sistema linfático. Essa disseminação chama-se metástase, também conhecida como tumores secundários¹.

Considerado um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, o câncer está sendo a segunda causa de morte em regiões mais desenvolvidas. Dados epidemiológicos publicados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam uma incidência de 489.270 casos para 2011, sendo a região sul com maior incidência no Brasil. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, são os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações³. A mensuração da QV no paciente oncológico, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento, na perspectiva do paciente.

Torna-se imprescindível uma avaliação nutricional e dietética nesses pacientes, a fim de possibilitar um correto diagnóstico e terapêutica nutricional, em especial para a minimização dos desconfortos gastrointestinais que possam estar prejudicando diretamente a QV.

Portanto, o objetivo desse estudo foi verificar o perfil nutricional, dietético e avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em um Centro de Oncologia no município de Estrela/RS.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado entre os meses de agosto e novembro de 2010. A amostra foi composta por 20 pacientes, adultos e idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer em tratamento de quimioterapia em um Centro de Oncologia, no município de Estrela/RS. Foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES, sob protocolo 112/10.

Excluíram-se pacientes em estado terminal, sem exames bioquímicos, que estavam no primeiro ciclo de quimioterapia e fazendo radioterapia, concomitante.

Para a caracterização da amostra, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado um questionário estruturado (socioeconômico) que coletou dados, tais como idade, escolaridade, renda familiar, tipo de câncer, tempo de diagnóstico, metástase, tabagismo, alcoolismo, aceitação da dieta, comorbidades associadas e desconfortos causados pela terapia antineoplásica.

Os pacientes foram submetidos à avaliação antropométrica, por meio do peso e altura, e classificados pelo Índice de Massa Corporal (IMC), segundo a OMS 1998³, Circunferência do Braço (CB) e Percentual de Perda de Peso (%PP) pelos critérios de Blackburn et al.⁴ Todas essas aferições foram realizadas pelo próprio pesquisador, a fim de minimizar erros.

O peso corporal do paciente foi aferido por meio de uma balança digital revisada marca *Britânia®*, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g, ficando o paciente em pé e em posição confortável no centro da balança, descalço e com roupas leves. Para aferição da altura, foi utilizada uma fita métrica fixada a uma parede sem rodapé, posicionando o indivíduo em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo.

A CB foi aferida com uma fita métrica inelástica da marca *Secca®*, com o braço do paciente flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°. Após a localização e marcação

do ponto médio entre o acrônio e o olécrano, foi solicitado ao paciente que estendesse o braço ao longo do corpo com a palma da mão voltada para a coxa, para realizar o contorno do braço com a fita métrica no ponto marcado.

Para identificar pacientes com maiores riscos de complicações associadas ao estado nutricional, foi utilizado a Avaliação Subjetiva Global (ASG). Essa avaliação é um instrumento prático, que obtém informações sobre a sintomatologia, considerando aspectos da história clínica, exame físico e capacidade funcional. Foi desenvolvida em 1987, inicialmente para pacientes cirúrgicos. Atualmente, tem sido amplamente utilizada nas demais especialidades clínicas de pacientes adultos, como no caso dos pacientes oncológicos.⁵

Em relação aos parâmetros bioquímicos, foram verificadas as seguintes dosagens séricas utilizadas na rotina do Centro: creatinina (Valor Referência (VR): 0,8 a 1,2 mg/dl para homens, 0,6 a 1,0 mg/dl, mulheres), eritrócitos (VR: 4-5,3/mm³), hemoglobina (VR: 13,5-18 g/dL para homens, 12-16g/dL, mulheres), hematócrito (VR: 40-50% para homens, 35-45%, mulheres), VCM (VR: 82-94%), HCM (VR: 28-32%), CHCM (VR: 32-36%), RDW (VR: 10-15%), leucócitos (VR: 4.500-11.000/mm³), monócitos (VR: 100-1.000/mm³), segmentados (VR: 1.500-7.500/mm³), eosinófilos (VR: 100-400/mm³), linfócitos (VR: 20-50%), contagem total de linfócitos (CTL) (VR: 1200-2000/mm³ = depleção leve, 800-1199/mm³ = depleção moderada, <800/mm³ = depleção grave), bastonetes (VR: 50-600/mm³) e plaquetas (VR: 150.000-450.000/mm³).⁶

O consumo alimentar foi avaliado por meio de um Questionário de Frequência Alimentar (QFA)⁷, validado para doenças crônicas não degenerativas, dividido em oito grupos: leite e derivados; carnes, pescados e ovos; verduras e legumes; frutas e sucos naturais; pães, cereais, tubérculos e leguminosas; óleos e gorduras; doces e guloseimas e bebidas. Os espaços de tempo de consumo foram assim divididos: 4 a 5 vezes por dia, 2 a 3 vezes por dia, 1 vez ao dia, 5 a 6

vezes por semana, 2 a 4 vezes por semana, 1 vez por semana, 1 a 3 vezes por mês e nunca.

Para a verificação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à quimioterapia foi utilizado o instrumento QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire*⁸, validado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC em 1986). É um instrumento composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais (função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de estado geral de saúde/QV e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença.

Na análise dos resultados do EORTC QLQ-C30, os valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/QV, funções física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel, quanto mais próximo de 100 significa melhor funcionamento ou que essas condições estão melhores, enquanto nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100, significam maior presença desses sintomas e dificuldades⁸.

A análise estatística desse estudo foi realizada por meio de tabelas, estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e os testes estatísticos a seguir descritos:

O Teste Exato de Fisher foi aplicado para a verificação de associação entre as variáveis qualitativas.

Para todos os testes realizados o nível de significância máximo assumido foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o software utilizado para a análise estatística foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 10.0.

Resultados

O estudo foi composto de 20 pacientes, sendo uma população homogênea, 50% de cada

gênero. A idade média correspondeu a $56,6 \pm 12,7$ anos, sendo a idade mínima 30 e a máxima 80. A faixa etária com maior número de pacientes, 40%, foi a com mais de 60 anos.

Em relação à escolaridade, 55% possuíam o ensino médio, 25% ensino fundamental, 15% ensino superior e 5% nenhuma. A renda familiar que prevaleceu foi de três a cinco salários (60%), seguido da renda maior que cinco salários (35%) e renda entre um e dois salários (5%). A maioria – 85% - relatou ter familiares com câncer.

Caracterizando o grupo segundo a localização do tumor, observou-se que 20% apresentavam câncer de mama, 15% de pulmão, 15% de próstata, 10% de rim, 10% de colo do útero, 5% de pele e 5% câncer linfático. O tempo médio de diagnóstico foi de $7 \pm 8,8$ meses. Desse total, 85% já haviam realizado a cirurgia para a remoção do tumor e 75% apresentavam metástase.

Observou-se que 50% dos pacientes eram fumantes e 80% ingeriam bebidas alcoólicas antes do diagnóstico. A maioria apresentou comorbidades associadas (55%), com destaque para a hipertensão (25%), diabetes *melittus* e hipertensão (15%), hipercolesterolemia (10%) e diabetes *mellitus* (5%).

Os desconfortos gastrointestinais foram descritos por 95% dos pacientes, com destaque para náuseas (90%), perda de apetite (70%), vômitos (65%), disgeusia (45%), constipação (15%), xerostomia (15%) e diarreia (10%). Pacientes relataram uma aceitação regular da dieta (45%) e ruim (25%).

A avaliação antropométrica demonstrou, segundo o IMC atual, que a maioria dos pacientes (55%) encontra-se com sobre peso e a média do IMC foi de $28,1 \pm 4,15\text{Kg/m}^2$.

Na tabela 1 podemos observar os resultados dos exames bioquímicos de acordo com o Gênero

Verifica-se que a série vermelha - eritrócitos, hemoglobina e hematocrito - encontrou-se diminuída em ambos os gêneros.

De acordo com a CTL, 65% dos pacientes estavam com algum grau de depleção proteica, sendo 50% com depleção leve, 10% moderada e

Tabela 1: Média e desvio-padrão dos parâmetros bioquímicos de acordo com o gênero

Exame	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Eritrócitos (mm ³)	3,692 ± 0,427	3,681 ± 0,613	3,686 ± 0,514
Hemoglobina (g/dl)	11,04 ± 1,04	10,81 ± 1,42	10,92 ± 1,21
Hematocrito (%)	30,23 ± 3,93	32,28 ± 4,26	31,25 ± 4,12
VCM (%)	86,9 ± 2,09	86,57 ± 2,73	86,73 ± 2,37
HCM (%)	29,859 ± 0,78	28,63 ± 1,41	29,24 ± 1,27
CHCM (%)	34,31 ± 0,83	33,28 ± 1,19	33,79 ± 1,13
RDW (%)	14,14 ± 1,13	14,67 ± 2,65	14,40 ± 2,00
Leucócitos (mm ³)	6,24 ± 2,29	8,08 ± 3,73	7,16 ± 3,16
Monócitos (mm ³)	404,2 ± 333,17	373,65 ± 355,13	273,79 ± 229,87
Segmentados (mm ³)	3538,62 ± 2789,26	1918,635 ± 1566,50	2332,578 ± 1066,84
Eosinófilos (mm ³)	161,9 ± 73,45	187,8 ± 116,33	174,8 ± 95,61
Linfócitos (%)	27,5 ± 3,06	27,2 ± 5,47	27,3 ± 4,31
Bastonetes (mm ³)	264,0 ± 116,27	329,3 ± 365,23	233,5 ± 147,86
Plaquetas (mm ³)	332,7 ± 50,98	356,0 ± 152,30	344,3 ± 111,18
Creatinina (mg/dl)	0,887 ± 0,168	1,007 ± 0,136	0,947 ± 0,161

VCM - Valor Corpuscular Médio; HCM - Hemoglobina Corpuscular Média; RDW - Red Cell Distribution Width;
CHCM - Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média.

5% grave. Observa-se uma correlação significativa inversa da CTL com o IMC, ou seja, quanto maior foi o grau de classificação do IMC, menor o grau de classificação para a contagem total de linfócitos ($p=0,029$).

Em relação ao consumo alimentar, identificou-se o consumo de frutas e sucos naturais duas a quatro vezes por semana (35%), uma vez por dia (25%), cinco a seis vezes por semana

(15%), uma a três vezes por mês e uma vez por semana (10%) e duas a três vezes por dia (5%).

Sobre o consumo de verduras e legumes, foi encontrada uma maior frequência de uma vez por dia (70%), seguido uma vez por semana e cinco a seis vezes por semana, ambas com 15%.

Houve um alto consumo de alimentos industrializados durante o dia, sendo duas a três vezes por dia (50%), uma vez por dia (40%) e uma vez por semana e cinco a seis vezes por semana (5%).

Quanto aos alimentos integrais, 80% relataram nunca consumir ou menos que uma vez por mês, 10% relataram uma a três vezes por mês e 5% uma vez por semana e duas a quatro vezes por semana.

A maioria dos pacientes (65%) relatou consumir leite e derivados uma vez por dia, 30% duas a três vezes por dia e 5% uma a três vezes por mês.

Em relação a carne vermelha, com gordura e frita, observou-se que 35% consumiam uma vez por semana, 25% duas a quatro vezes por semana, 15% uma a três vezes por mês, 15% uma vez por dia e 10% cinco a seis vezes por semana.

Doces e guloseimas eram consumidos por 80% dos pacientes uma vez por dia, seguido por duas a quatro vezes por semana e cinco a seis vezes por semana, ambas com 10%.

Em relação ao consumo de peixe, 65% consumiam de uma a três vezes por mês e 35% nunca consumiam ou menos que uma vez por mês.

As leguminosas eram consumidas pela maioria (55%) duas a quatro vezes por semana, 40% uma vez por dia e 5% uma vez por semana.

Entre as frutas, as mais consumidas foram: bergamota, banana, laranja, maçã, mamão e goiaba. Alface, couve-flor, brócolis, beterraba, repolho e cenoura foram os vegetais e legumes de maior consumo. Os alimentos industrializados foram: mortadela, salsicha, presunto, linguiça, salamito, caldo de carne e molho de tomate. No grupo do leite e derivados, os mais consumidos foram: leite integral, nata e leite desnatado. Já doces e guloseimas foram: bolachas, chocolate, bolos, frutas em calda e sagu. A leguminosa mais consumida foi o feijão. Os alimentos a base de soja não foram relatados nesse estudo.

Observou-se uma baixa ingestão de alimentos integrais; ingestão de frutas, verduras e leguminosas, com regular frequência, e que nenhum paciente seguia uma dieta para imunodepressão, que recomenda o baixo consumo desses alimentos; alimentos industrializados, doces e guloseimas com uma frequência diária; carne vermelha com gordura ou frita em maior escala na semana e ainda um consumo baixo de peixe. No entanto não foram encontradas diferenças significativas entre o consumo alimentar e o IMC atual.

Em relação aos resultados do EORTC QLQ-C30, cujos valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/QV, funções física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel, quanto mais próximo de 100 significa melhor funcionamento, a escala abaixo demonstra que os valores não se aproximam de 100, não conseguindo, portanto, demonstrar que esses pacientes têm efetivamente melhor funcionamento, e que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100, significam maior presença desses sintomas e dificuldades¹⁵

Podemos observar na tabela 2 a presença desses sintomas se distanciando do 100, que significa melhor qualidade de vida

Tabela 2: Escalas do EORTC QLQ-C30

Escalas	Média	Desvio-padrão
Estado Global de Saúde/QV	44,17	9,40
Fadiga	50,00	19,91
Náuseas e Vômitos	34,17	21,27
Dor	19,17	21,13
Dispneia	18,33	33,29
Insônia	41,67	32,22
Perda de apetite	38,33	22,36
Constipação	28,33	31,11
Diarreia	10,00	30,78
Funcionalidade física	67,33	16,03
Desempenho de atividades	50,83	18,32
Funcionalidade emocional	67,92	21,84
Funcionalidade cognitiva	63,33	19,94
Funcionalidade social	68,33	17,01
Dificuldades financeiras	16,67	20,23

Discussão

A faixa etária acima de 60 anos que prevaleceu nesse estudo e o tempo médio de diagnóstico assemelham-se ao estudo feito por Ulsenheimer et al.⁹, com 38,89% de pacientes nessa faixa etária e com diagnóstico médio de sete meses.

Os tumores com maior incidência foram o de mama, pulmão e próstata, corroborando com dados do Ministério da Saúde².

Foi observada uma prevalência de perda de peso durante o tratamento, porém um alto índice de sobrepeso, segundo o IMC. Um estudo semelhante feito no México¹⁰, com 117 pacientes, demonstrou uma taxa de 37,6% de perda de peso e 26,5% de sobrepeso, e ainda 20,5% com algum grau de obesidade. Não somente nesse estudo, Tartari et al.¹¹ encontraram 46% com sobrepeso e Calabrich et al.¹² observaram poucos pacientes com IMC diminuído e sugerem que paciente com câncer pode apresentar aumento de mediadores inflamatórios como as citocinas, que faz com que ocorra diminuição da massa celular corporal, mas, também, expansão de outro compartimento, como o líquido extracelular.

Um aumento de peso foi revelado em mulheres com câncer de mama. O mesmo ocorreu no estudo de Rubin et al.¹³ que mostrou um aumento de peso, desde o diagnóstico de câncer de mama, de 71,43%. Observa-se que mulheres que apresentam aumento do IMC têm uma maior probabilidade de recidiva quando comparadas com as mulheres que não ganharam peso¹⁴.

Em relação à ASG e a CB, foi encontrado 15% e 30%, respectivamente, de pacientes com desnutrição, que corrobora com o estudo de Ulsenheimer et al.⁹, com 18 pacientes, onde esses parâmetros antropométricos, por serem mais específicos, demonstraram maior número de pacientes com risco nutricional.

Os exames bioquímicos mostram uma diminuição na série vermelha. Vale lembrar que tivemos uma limitação por não ter avaliado nesse estudo o ferro sérico e a transferrina de ferro. Segundo Calabrich et al.¹⁵, a anemia

é uma complicação frequente no paciente com câncer e, até 70% desses pacientes manifestam esse problema em algum momento da sua doença ou tratamento. Ainda, corroborando com esse estudo, os mesmos autores descreveram que um dos efeitos mais importantes da anemia é a fadiga, que tem um impacto negativo acentuado na qualidade de vida. A fadiga pode provocar manifestações físicas, psicológicas e cognitivas.

Além dos exames bioquímicos, outro fator relevante na avaliação nutricional dos pacientes com câncer é o relato de sintomas que podem alterar e prejudicar a ingestão alimentar. No estudo de Duval et al.¹⁶, encontrou-se 70% dos pacientes com algum sintoma gastrointestinal, assemelhando-se a esse estudo.

Náuseas, perda de apetite, vômitos e disgeusia foram os sintomas gastrintestinais mais relatados, se assemelhando ao estudo de Ferreira et al.¹⁰, onde as náuseas prevaleceram, num total de 92,3% dos pacientes e disgeusia com 61,5%. Em contrapartida, Duval et al.¹⁶, destacaram xerostomia e saciedade precoce, ambas com 86,6%. Segundo Garófalo et al.¹ a alimentação desempenha um papel importante nos estágios de iniciação, promoção e propagação do câncer e, entre as mortes por câncer atribuídas a fatores ambientais, a dieta contribui com cerca de 35%, seguida pelo tabaco (30%). Nesse estudo, metade dos pacientes fumava antes do diagnóstico.

Observando o consumo alimentar, frutas, verduras e legumes tiveram uma frequência regular. Segundo Gomes et al.¹⁷, esses alimentos devem fazer parte da alimentação diária, por serem considerados antioxidantes, podendo produzir uma ação protetora efetiva contra os processos oxidativos que ocorrem no organismo. Entre os antioxidantes naturais, as frutas e os vegetais são os alimentos que mais contribuem para o suprimento dietético desses compostos. Pereira et al.¹⁸ ressaltam a importância desses alimentos na dieta, por serem capazes de estabilizar ou desativar os radicais livres do organismo.

Alimentos industrializados e carnes vermelhas mostraram uma frequência maior na semana. Ainda segundo Gomes et al.¹⁷, os nitritos e nitratos utilizados em carnes processadas, para salgar, conservar e defumar, se consumidas em excesso, podem danificar a mucosa, causando lesões e aumentando a vulnerabilidade a um carcinógeno.

Um baixo consumo de alimentos integrais foi observado, assemelhando-se ao estudo de Fortes et al.¹⁹, com 70 pacientes, que em relação ao consumo de fibras, 91,40% consumiam menos que 25g/dia e 8,60% atingiam 25g/ dia de fibras.

A frequência do consumo de leite e derivados foi satisfatória, porém não em qualidade. Ainda no mesmo estudo, Fortes et al.¹⁸, ao analisarem a qualidade do leite e derivados, constataram-se que 32,40% dos pacientes consumiam os produtos desnatados e 67,60% faziam uso dos produtos lácteos integrais. E ainda, diferente do estudo atual, encontrou-se uma menor frequência de consumo doces e guloseimas mais que uma vez por dia, (31,40%).

Sobre a QV, ao serem avaliados os escores médios, a escala de sintomas indicou uma maior prevalência de fadiga (50), seguido de insônia (41,67), perda de apetite (38,33) e náuseas e vômitos (34,17). Machado et al.¹⁹, em um estudo semelhante com 21 pacientes em São Paulo, encontraram uma maior escala de dor (28,5), seguido de insônia (26,9) e fadiga (25,3). De acordo com *National Cancer Institute*²⁰, a sensação de fadiga é experimentada por 72% a 95% de todos os pacientes oncológicos durante e após o tratamento. Entre outras queixas comumente descritas, também estão presentes a redução de força muscular e a dor. Silva et al.²¹, apontaram que a fadiga pode ser a principal causa do impacto na QV desses pacientes.

Pode-se ressaltar um baixo escore no desempenho de atividades (força muscular), corroborando ainda com o estudo do *National Cancer Institute*²⁰, e da função cognitiva. Martinho et al.²² descreveram função cognitiva como os domínios que resultam do desempenho saudável

do cérebro como a atenção e concentração, função executiva, processos de informações rápidas, linguagem, funcionamento motor, habilidade visual e espacial e memória.

Outras escalas se mantiveram baixas, funções social, emocional e física com escores semelhantes, além da QV em relação a perspectiva do paciente (44,17) . Segundo Zandonai et al.²³, pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico demonstram uma piora na QV quando há a baixa função emocional. Makluf et al.²⁴ encontraram a função física, social, cognitiva e emocional como os domínios mais afetados. A função social, mesmo sendo classificada no geral como baixa, foi a escala de maior escore, ou seja, a escala menos afetada.

Conclusão

Apesar da prevalência de excesso de peso observada pelo IMC, grande parte dos pacientes apresentou depleção protéica e anemia por deficiência de ferro por meio dos exames bioquímicos, além de demonstrarem risco nutricional pela AGS.

Em relação ao consumo alimentar, verificou-se uma frequência e variedade não satisfatórias de alguns alimentos que poderiam agir de forma protetora da doença, como um maior consumo de frutas, vegetais, alimentos integrais e peixe. Além disso, verificou-se um alto consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura.

Percebeu-se que o câncer tem um grande impacto na QV dos pacientes em tratamento quimioterápico. Os principais fatores que contribuíram foram os sintomas gastrointestinais, a fadiga e a dificuldade de realizar atividades, em razão da força muscular afetada.

Contudo, ressalta-se a importância do acompanhamento e interpretação da avaliação nutricional, além de uma dieta equilibrada, abundante em fibras e antioxidantes, a fim de conhecer e manter o estado nutricional, minimizar os desconfortos e proporcionar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Referências

1. Garófalo A, Avesanica CA, Camargo KG, Barros ME, Silva SRJ, Taddei JAAC, Silgulem DM et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev. Nutr.* Campinas.2005; 17(4):491-505.
2. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro/RJ: INCA;2010
3. Organização Mundial da Saúde. [acesso em 12 out.2010]. Disponível em <http://www.who.org/>
4. Blackburn GL, Bistrion BR, Moini BS, Schlamm HT, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *J. Parenter Enteral Nutr.*1977;1(1):11-22.
5. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica.*2007; 22(4):292-7.
6. American Diet Association.[Acesso em 20 out.2010]. Disponível em <http://www.eatright.org> .
7. Furlan-Viebig R, Pastor-Valero M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. *Revista de Saúde Pública.*2004; 38(4):581-4.
8. European Organization for Research and Treatment Cancer.[Acesso em 3 ago.2010] Disponível em: <http://www.eortc.be> .
9. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica.*2007; 22(4):292-7
10. Tarlovsky VF, Salmeán GG. Situación nutricional en pacientes oncológicos internados en un hospital público de la ciudad de México. *Rev. Cubana Med. [online].*2008;47(2).
11. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia.*2010;56(1):43-50.
12. Calabrich AFC, Katz A. Deficiência de ferro no paciente com câncer. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*2010;32(2).
13. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia.*2010;56(3):303-9.
14. Kolling FL, Santos JS. A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Scientia Medica.*2009;19(3):115-21.
15. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm.*2008;17(4):750-7.
16. Duval PA, Vargas BL, Fripp JC, Arrieira ICO, Lazzeri B, Destri K. et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um programa de internação domiciliar interdisciplinar. *Revista Brasileira de Cancerologia.*2010;56(2):207-12.
17. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: Recomendações técnicas *versus* constructos sociais. *Rev. Nutr.* Campinas.2007;20(6):669-80.
18. Pereira ALF, Vidal TF, Constant PBL. Antioxidantes alimentares: importância química e biológica. *Rev. Soc. Bras. Alim.*2009;34(3):231-47.
19. Fortes RC, Recôva VL, Melo AL, Novaes MRG. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. *Revista Brasileira de Coloproctologia.*2007;53(3): 277-89.
20. National Cancer Institute.[Acesso em 4 out.2010] Disponível em: <http://www.cancer.gov/>
21. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010;56(2):227-36.
22. Martinho AF, Reis NI, Novo NF, Hubner CK. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Rev. Bras. Clin. Med.*2009;7:304-8.
23. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf. [online].*2010; 12(3):554-61.
24. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.*2006;52(1): 49-58.