

**PERFIL NUTRICIONAL E ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES  
ONCOLÓGICOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE CUIABÁ - MATO  
GROSSO.**

Cintia Jane Macedo Melo<sup>1</sup>

Isa Bacchi Cover<sup>2</sup>

Ligia Gimenez Jara<sup>3</sup>

Ricardo Boscolo Camargo<sup>4</sup>

Suzana Souza Arantes Ferreira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>2</sup>Mestre em Ciências da Saúde pela faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso. Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E-mail: [suzana@univag.edu.br](mailto:suzana@univag.edu.br).

## RESUMO

**Introdução:** Universalmente, o câncer é uma das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) com maiores índices de mortalidade. É caracterizado como uma doença que provoca multiplicação celular desordenada com capacidade de invadir tecidos e órgãos, gerando mais de 100 tipos de doenças, que agridem de forma severa o modo de vida social, psicológico e físico de pessoas acometidas. Devido à forma como a doença age no organismo, há uma maior demanda energética do paciente e, ao mesmo tempo, o surgimento de efeitos colaterais ao tratamento, que dificultam a ingesta adequada, levando, em muitos casos, à desnutrição. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional e estilo de vida dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT. **Materiais e métodos:** O estudo foi realizado no Hospital de Câncer na cidade de Cuiabá -MT. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo, em que foram analisadas 41 pessoas, de ambos os sexos, com faixa etária a partir de 18 anos, com câncer e em tratamento hospitalar. Foi aplicado um questionário adaptado com questões demográficas, socioeconômicas, estilo de vida e dados clínicos, em que se obteve sexo, idade, estado civil, filhos, tabagismo, etilismo, atividade física antes da doença, grau de escolaridade, tipo e local do câncer, se faz tratamento com quimioterapia ou radioterapia e comorbidades existentes. **Resultados:** Foi encontrado um alto consumo de laticínios seguido da carne vermelha com uma média de 30 dos 41 pacientes consumindo pelo menos uma vez na semana. Já a presença de ultraprocessados está presente em mais de 50% dos entrevistados, porém o consumo de alguns vegetais como tomate, alface e pepino se teve uma média maior e comparado aos laticínios sua frequência também foi maior com uma adesão de até sete vezes por semana. Observou-se que o total de 41 dos entrevistados 34% homens bebiam e 17% mulheres eram fumantes, sendo uma incidência maior tanto do tabagismo quanto do etilismo em homens. Ficou evidenciado também, segundo resultado da ASG PPP, que a maioria dos pacientes se apresentava desnutrido ou com risco de desnutrição e que cerca de 68% deles apresentou algum tipo de efeito colateral ao tratamento realizado. Com relação ao local do desenvolvimento do câncer, foram identificados no sexo feminino, foi observado uma maior incidência de câncer no Sistema Reprodutor (75%), comparado com 4 casos 25% no sexo masculino. Já no sexo masculino, foi observado uma maior incidência de câncer no trato gastrointestinal 76,9%, comparado com 23,1% no sexo feminino, de um total de 13 casos (31,7% do total de casos). **Conclusão:** Estudos como o presente devem ser realizados periodicamente em diferentes hospitais para que sejam monitorados, o estilo de vida, consumo abusivo de álcool e uso de tabaco, consumo qualitativo e quantitativo alimentar, atividade física regular associando ao tipo de câncer desenvolvido pelo paciente e estado nutricional do mesmo.

**Palavras-Chave:** Estilo de vida; perfil nutricional; câncer.

## ABSTRACT

**Introduction:** Universally, cancer is one of the Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) with the 565 highest mortality rates. It is characterized as a disease that causes disordered cell multiplication with the capacity to invade tissues and organs, generating more than 100 types of diseases, which severely affect the social, psychological and physical way of life of affected people. Due to the way the disease acts in the body, there is a greater energy demand from the patient and, at the same time, the appearance of side effects to the treatment, which make adequate intake difficult, leading, in many cases, to malnutrition.

**Objective:** To evaluate the nutritional profile and lifestyle of cancer patients admitted to a hospital in Cuiabá/MT. **Materials and methods:** The study was carried out at the Cancer Hospital in the city of Cuiabá -MT. This is a cross-sectional, quantitative and qualitative study, in which 41 people of both sexes, aged 18 years and older, with cancer and undergoing hospital treatment were analyzed. An adapted questionnaire was applied with demographic, socioeconomic, lifestyle and clinical data, in which gender, age, marital status, children, smoking, alcoholism, physical activity before the disease, education level, type and location of cancer were obtained. if you are undergoing treatment with chemotherapy or radiotherapy and existing commodities. **Results:** A high consumption of dairy products was found, followed by red meat, with an average of 30 of the 41 patients consuming it at least once a week. The presence of ultra-processed products is present in more than 50% of the interviewees, but the consumption of some vegetables such as tomatoes, lettuce and cucumber had a higher average and compared to dairy products, its frequency was also higher with an adherence of up to seven times a week. It was observed that the total of 41 respondents, 34% men, drank and 17% women were smokers, with a higher incidence of both smoking and alcoholism in men. It was also evident, according to the result of the ASG PPP, that most patients were malnourished or at risk of malnutrition and that about 68% of them had some type of side effect to the treatment performed. Regarding the site of cancer development, females were identified, a higher incidence of cancer was observed in the Reproductive System (75%), compared with 4 cases 25% in males. In males, a higher incidence of cancer in the gastrointestinal tract was observed, 76.9%, compared to 23.1% in females, out of a total of 13 cases (31.7% of the total number of cases). **Conclusion:** Studies like the present one should be carried out periodically in different hospitals so that they are monitored, lifestyle, alcohol abuse and tobacco use, qualitative and quantitative food consumption, regular physical activity associated with the type of cancer developed by the patient and its nutritional status.

**Keywords:** Lifestyle; nutritional profile; cancer.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que se caracteriza pelo acúmulo de mutações progressivas e desordenadas no genoma de uma célula (INCA, 2020). Essas modificações podem ocorrer em genes especiais, chamados proto-oncogenes, que são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes convertem-se em oncogenes, responsáveis pela malignização das células normais nomeadas de células cancerígenas (BRASIL, 2011).

A interações entre o estado metabólico do hospedeiro, os aspectos nutricionais, ao nível de atividade física e outras exposições ambientais ao longo de todo o ciclo de

vida são parâmetros envolvidos na proteção ou susceptibilidade para o surgimento do câncer (WISEMAN, 2018).

Estima-se para o Brasil, em cada ano do triênio 2020-2022, a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer. Entre os cânceres mais incidentes estão o de pele não melanoma seguido pelos cânceres de mama e próstata, cólon e reto, pulmão e estômago (BRASIL, 2019).

Os dados acima podem ser explicados, em parte, pelo estilo de vida, em especial do pelos dados divulgados pela OMS, mostrando que, em 2000, cerca de um terço (32,7%) da população global (ambos os sexos combinados) e com 15 anos e mais velhos eram usuários atuais de alguma forma de tabaco. (OMS. 2000)

Dentre as formas de combate, envolvendo o tratamento e expectativa de cura existem a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormônio terapia e os procedimentos cirúrgicos. Porém, os efeitos colaterais advindos desses tratamentos, sendo os mais comuns inapetência, diarreia, constipação, disfagia, náusea, podem interferir fortemente na qualidade de vida e estado nutricional dos pacientes (INCA, 2022).

A insuficiente ingestão ou absorção de nutrientes nos pacientes oncológicos alteram a composição corporal, prejudicando o funcionamento celular e metabólico. A redução de peso corporal, disfunções metabólicas (anemia e queda nos níveis de linfócitos) a desnutrição, além da sarcopenia e caquexia, são distúrbios nutricionais mais recorrentes (ROSSI, 2008).

Na tentativa de melhor intervenção e para facilitar o diagnóstico nutricional precoce, foi criada uma ferramenta validada para esse público é denominada Avaliação Subjetiva Global – proposta por Detsky *et al.* (1987) e aquela modificada por Ottery (1996), originou-se a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), validada posteriormente por Langer *et al.* (2001). No Brasil, essa ferramenta foi validada por Gonzalez *et al* (2010). Esse método, sugerido por diretrizes, se diferencia do original por incluir itens especificamente desenvolvidos para atender às características dos pacientes com câncer, combinando dados qualitativos e semiquantitativos.

A ASG-PPP classifica o estado nutricional do paciente como: A) Bem Nutrido, B) Moderadamente desnutrido (ou suspeita) e C) Gravemente desnutrido (OTTERY,

2015). Além do questionário, temos na literatura métodos antropométricos que indicam o estado nutricional do indivíduo como o Índice de Massa Corporal (IMC) que será calculado a partir do peso e altura estimados pelas equações de Ross Laboratories (1990) e Chumlea *et al.* (1982).

Assim, levando-se em consideração os inúmeros efeitos colaterais provocados pelo tratamento oncológico associado à necessidade de prevenir a desnutrição e à caquexia, é de suma importância que se investigue e acompanhe o estado nutricional do paciente. (DA SILVA MOTA, MONTEIRO e MENEZES, 2019)

Diante disso, o objetivo desse trabalho foi avaliar o tipo de câncer associado ao perfil nutricional e estilo de vida dos pacientes internados no hospital do câncer na cidade de Cuiabá-MT.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Hospital do Câncer na cidade de Cuiabá - MT. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, em que foram analisadas 41 pessoas, de ambos os sexos, com faixa etária a partir de 18 anos, com câncer e em tratamento hospitalar.

Foi aplicado um questionário adaptado com questões demográficas, socioeconômicas, estilo de vida e dados clínicos em que se obteve sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, filhos, nível de atividade física antes da doença e comorbidades existentes (PEIXOTO *et al.*, 2017).

Ademais, perguntas sobre frequência alimentar foram feitas com opções de respostas incluindo além de consumo ou não a regularidade em vezes na semana. Os alimentos inclusos foram: laticínios e seus derivados, oleaginosas, verduras, legumes, alimentos industrializados, ultraprocessados, bebidas alcoólicas e não alcoólicas e doces.

Neste questionário também foi investigado sobre o tipo de câncer e local de seu desenvolvimento, tratamento instituído, tempo decorrido desde o diagnóstico e efeitos colaterais, assim como uso ou não de álcool e tabaco e frequência.

O questionário foi aplicado em pacientes que deram entrada no hospital em até 48 horas e que se enquadram nos critérios descritos anteriormente. Os mesmos foram

abordados de forma discreta e, após assinatura do termo de consentimento, se iniciou o questionário, dando especial atenção ao consumo de alimentos ultraprocessados (embutidos e açúcares) e álcool.

Os indivíduos portadores de necessidades especiais ou que estavam em estado que limitaram suas habilidades motoras e não conseguiam falar foram excluídos. Além destes, foram excluídos também os indivíduos que tinham idade inferior a 18 anos, que estavam admitidos há mais 48h e gestantes.

Também foi aplicada a Avaliação Subjetiva Global preenchida pelo próprio paciente - ASG-PPP que leva em consideração a alterações de peso, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional que será aplicada em até 48h de internação e classifica o estado nutricional do paciente como: A) Bem Nutrido, B) Moderadamente desnutrido (ou suspeita) e C) Gravemente desnutrido (OTTERY, 2015).

Os instrumentos utilizados foram a fita antropométrica para verificar a circunferência da panturrilha e do braço. Para a medição da circunferência do braço o paciente estava com o braço dobrado a frente do seu corpo, sua mão na linha da cintura, foi medida a altura do ombro ao cotovelo fazendo uma média do valor, marcado com uma caneta e finalmente com o braço estendido ao lado do corpo foi medida a circunferência. Já a circunferência da panturrilha se deu de duas formas, com o paciente sentado ou em posição supina (deitado), porém ambas com o joelho em ângulo de 90 graus assim, sendo medido o ponto com a maior circunferência.

Na realização da antropometria o peso e altura foram estimados e posteriormente calculado IMC, peso dividido pela altura ao quadrado, sendo suas classificações baixo peso ( $<18,5\text{Kg/m}^2$ ), eutrofia ( $18,5$  a  $24,9\text{ Kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25$  a  $29,9\text{ Kg/m}^2$ ), obesidade grau I ( $30$  a  $34,9\text{ Kg/m}^2$ ), obesidade grau II ( $35$  a  $39,9\text{ Kg/m}^2$ ) (OMS, 1995). A altura foi estimada pelas seguintes fórmulas: Mulheres brancas:  $\text{Altura} = 70,25 + (1,87 \times \text{altura de joelho}) - (0,06 \times \text{idade})$ , Mulheres negras:  $\text{Altura} = 68,1 + (1,86 \times \text{altura de joelho}) - (0,06 \times \text{idade})$ , Homens brancos:  $\text{Altura} = 71,85 + (1,88 \times \text{altura de joelho})$  e Homens negros:  $\text{Altura} = 73,42 + (1,79 \times \text{altura de joelho})$  (CHUMLEA *et al.*, 1982).

O peso corporal foi estimado pelas fórmulas de Ross Laboratories (2002) para Mulheres brancas:  $\text{Peso Corporal (kg)} = (\text{altura de joelho} \times 1,01) + (\text{circunferência de}$

braço x 2,81) – 66,04 Mulheres negras: Peso Corporal (kg) = (altura de joelho x 1,24) + (circunferência de braço x 2,81) – 82,48 Homens brancos: Peso Corporal (kg) = (altura de joelho x 1,19) + (circunferência de braço x 3,21) – 86,82 Homens negros: Peso Corporal (kg) = (altura de joelho x 1,09) + (circunferência de braço x 3,14) – 83,72.

Considerando que se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo seguiu a recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expresso na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Logo, participaram da pesquisa todos os indivíduos com idade superior a 18 anos que concordaram com os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecimento. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Várzea Grande sob o parecer nº. 5.031.492/2021 (CAE: 51805721.7.0000.5692).

### 3. RESULTADOS

Conforme pode ser observado na Tabela 1, os resultados obtidos a partir dos 41 pacientes que participaram da pesquisa, 53,7% são do sexo masculino, com a faixa etária se iniciando com 18 anos, predominando a faixa etária adulta (>18 anos a <60 anos) com 58,5% e idosos com 41,5%. Quanto à situação conjugal 61% eram casados e entre o total dos pacientes 92,7% tem filhos. Já relacionado à escolaridade, 34,1% têm o ensino fundamental completo, em sequência, 31,3% terminaram o ensino médio.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	19	46,3
Masculino	22	53,7
<b>Etnia</b>		
Branco	20	48,8
Negro	21	51,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado	25	61,0

Separado	3	7,3
Solteiro	7	17,1
União Estável	2	4,9
Viúvo	4	9,8
<b>Filhos</b>		
Sim	38	92,7
Não	3	7,3
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental (incompleto)	1	2,4
Ensino Fundamental (completo)	14	34,1
Ensino Médio (incompleto)	6	14,6
Ensino Médio (completo)	13	31,7
<b>Continuação... ...continuação</b>		
Superior (incompleto)	3	7,3
Superior (completo)	3	7,3
Pós-Graduado	1	2,4
<b>Idade</b>		
Adulto (>18 anos, <60 anos)	24	58,5
Idoso (>60 anos)	17	41,5

---

**Fonte:** Os autores (2022).

Na tabela 2 é possível ver que o consumo de verduras tem uma frequência maior comparado a todos os outros alimentos chegando até 7 vezes por semana, já os laticínios se encontra uma média de 31 pacientes consumindo pelo menos 1 vez na semana, exposto na tabela 2c. Ademais na tabela 2a também se tem uma adesão de mais de 50% dos pacientes no consumo de ultraprocessados, em relação com a carne vermelha os pacientes a consomem entre uma a três vezes na semana e na maioria de maneira cozida.

**Tabela 2** – Frequência do consumo alimentar semanal dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	Frequência alimentar (na semana)							Total
	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	
<b>Ultraprocessados</b>								
Bacon	10	4	7	0	0	0	0	23
Salsicha	6	8	2	0	0	0	0	16
Presunto	10	5	8	5	0	1	1	30
Mortadela	7	8	3	2	0	0	0	20
<b>Continuação... ...continuação</b>								
Salame	3	7	4	0	0	0	0	14
Suco Industrializado (com açúcar)	2	2	2	0	0	0	0	6
Refrigerante	9	5	7	3	1	1	1	27
<b>Vegetais</b>								
Alface	10	5	8	7	1	2	5	38
Tomate	9	1	7	11	2	2	5	37
Pepino	14	6	2	1	0	2	5	30
Cenoura	11	9	4	1	0	2	5	32
<b>Laticínios</b>								
Leite integral	9	7	6	3	3	1	3	32
Derivados	5	8	8	1	6	2	0	30
<b>Proteína</b>								
Carne vermelha (cozida)	10	12	11	1	1	0	0	35
Carne vermelha (frita)	17	8	3	0	0	0	0	28
Carne vermelha (assada)	12	6	7	1	0	0	0	26

**Fonte:** Os autores (2022).

Na tabela 3 foram constatados 24,4% (10 pacientes) fumantes, 14,6% (6 pacientes) ex-fumantes e 61% (25 pacientes) não fumantes. Dos pacientes que fumam, 4,9% fumam 1 a 2 vezes na semana, 7,3% fumam 3 a 4 vezes na semana e 12,2 % fumam 5 vezes na semana.

**Tabela 3** – Frequência semanal do uso de tabaco dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Tabagismo</b>		
1-2x na semana	2	4,9
3-4x na semana	3	7,3
Mais de 5x na semana	5	12,2
Ex-Tabagista	6	14,6
Não	25	61,0

**Fonte:** Os autores (2022)

Na tabela 4 foram constatados 51,2% (21 pacientes) que consomem bebida alcoólica e 48,8% (20 pacientes) não consomem bebida alcoólica. Dos pacientes que consomem, 39% (16 pacientes) consomem 1 a 2 vezes na semana, 4,9% (2 pacientes) consomem 3 a 4 vezes na semana e 7,3% (3 pacientes) consomem mais de 5 vezes na semana.

**Tabela 4** – Frequência semanal do consumo de bebida alcoólica dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Etilismo</b>		
1-2x na semana	16	39,0
3-4x na semana	2	4,9
Mais de 5x na semana	3	7,3
Não	20	48,8

**Fonte:** Os autores (2022).

Na tabela 5 foram constatados 39% (16 pacientes) que praticam atividade física e 61% (25 pacientes) que não praticam atividade física. Dos pacientes que praticam, 24,2% (10 pacientes) fazem atividades 1 a 2 vezes na semana, 9,8% (4 pacientes) fazem

atividades 3 a 4 vezes na semana e 4,9% (2 pacientes) fazem mais de 5 vezes na semana.

**Tabela 5** – Frequência semanal de atividade física dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Atividade física</b>		
1-2x na semana	10	24,4
3-4x na semana	4	9,8
Mais de 5x na semana	2	4,9
Não	25	61,0

**Fonte:** Os autores (2022).

Na tabela 6, foram identificados 19 casos (46,3%) de câncer no sexo feminino e 22 casos (53,7%) no sexo masculino. No sexo feminino, foi observado uma maior incidência de câncer no Sistema Reprodutor, 12 casos (75%), comparado com 4 casos (25%) no sexo masculino de um total de 16 casos (39% do total de casos). Já no sexo masculino, foi observado uma maior incidência de câncer no trato gastrointestinal, 10 casos (76,9%), comparado com 3 casos (23,1%) no sexo feminino, de um total de 13 casos (31,7% do total de casos).

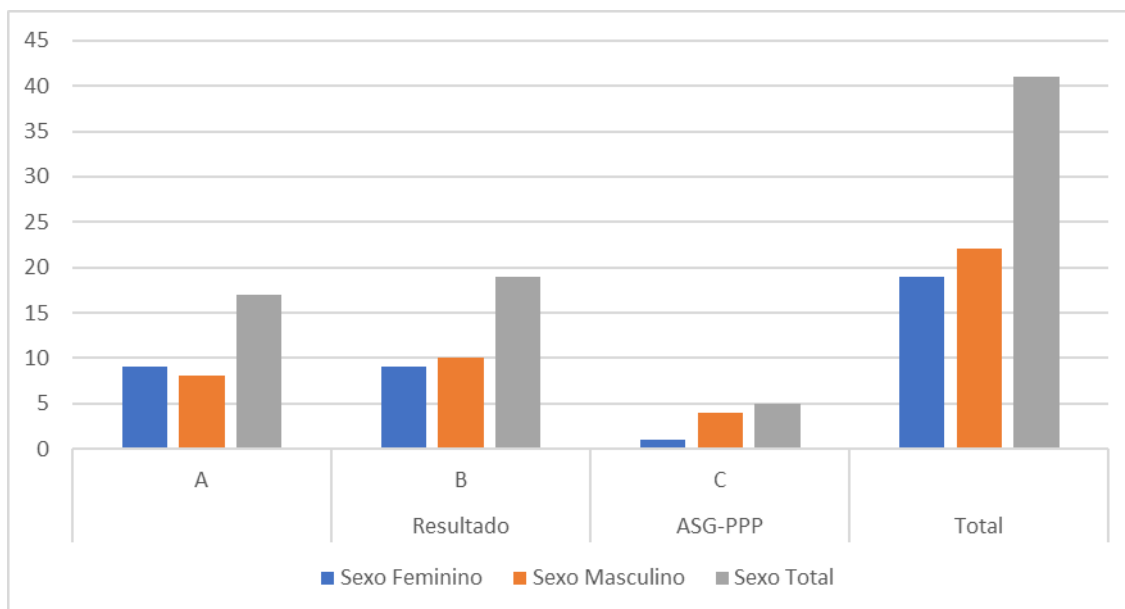
**Tabela 6** – Comparação entre o local do câncer por gênero dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

<i>Variáveis</i>	<b>Sexo</b>		<b>Total</b>
	Feminino	Masculino	
<b>Local do câncer</b>			
Cabeça e Pescoço	0	2	2
Sistema Gastrintestinal	3	10	13
Sistema Respiratório	2	1	3
Sistema Reprodutor	12	4	16
Outros (pele, medula..)	2	5	7
<b>Total</b>	19	21	41

**Fonte:** Os autores (2022).

Na figura 1 é possível observar o resultado da ASG PPP, em que ficou demonstrado que mais da metade dos pacientes entrevistados apresentavam algum tipo de desnutrição (resultados B e C).

**Gráfico 1** – Comparação entre o resultado da Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP) por gênero dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.



**Fonte:** Os autores (2022).

Pela tabela 8 fica evidenciado que cerca de 68% dos pacientes entrevistados apresentou algum tipo de efeito colateral ao tratamento, entre eles ansiedade, enjoo, fadiga e queda de cabelo.

**Tabela 8** – Comparação entre os efeitos colaterais efeitos colaterais por tratamento dos pacientes oncológicos internados em um hospital de Cuiabá/MT.

Variáveis	Tratamento					
	Sim	Não	Quimioterapia	Radioterapia	Quimio/ Radioterapia	Cirurgia
<b>Efeito Colateral</b>						
Nenhum	0	9	4	0	0	1
Náusea	0	2	0	1	0	0
Ansiedade	1	0	0	0	0	0
Fadiga	1	1	0	0	1	0

**XI Mostra de Trabalhos do Curso de Nutrição do Univag (ISSN 2594-6757)**

Náusea/ Ansiedade	1	1	0	0	0	1
Fadiga/ Queda de cabelo	0	0	0	0	1	1
Fadiga / Ansiedade	0	1	0	0	0	0
Náusea/ Fadiga	0	1	1	0	0	0
Alterações renais e intestinais	0	0	0	0	0	1
<b>Continuação...</b>						
<b>...continuação</b>						
Náusea/ Fadiga/ Ansiedade	0	0	1	0	0	0
Náusea/ Ansiedade/ Queda de cabelo	0	0	1	0	0	0
Náusea/ Fadiga/ Queda de cabelo	0	0	0	0	1	2
Náusea/ Fadiga/ Ansiedade/ Queda de cabelo	0	1	2	0	0	1
Náusea/ Fadiga/ Ansiedade/ Queda de cabelo/ Alterações intestinais	0	0	0	0	1	0
Náusea/ Fadiga/ Ansiedade/	0	0	1	0	0	0

Queda de  
cabelo/  
Alterações  
renais e  
intestinais

---

**Fonte:** Os autores (2022).

#### 4. DISCUSSÃO

O câncer é um problema de saúde pública sendo uma das principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos) na maioria dos países. No Brasil a expectativa mais recente de novos casos é a de 2018, que aponta que a incidência entre os sexos vai ser maior entre os homens com 53% do total de novos casos, sendo apenas um pouco maior em comparação ao 47% do sexo feminino (INCA, 2020). Dados semelhantes à estimativa foram encontrados no estudo, sendo a prevalência de câncer maior entre homens com 53,7% e 46,3% dos pacientes do sexo feminino.

Além do mais, outros estudos que trazem a patologia como tema relacionam o câncer não só com o sexo, mas também com a alimentação, exemplo disso é o estudo publicado Alimentação Como Fator De Risco Para Câncer De Intestino Em Universitários que em sua conclusão se observou que uma dieta com alto consumo de alimentos processados, teor de gorduras e açúcares elevados e associada a um estilo de vida sedentário são fatores de risco para a instalação de um quadro de neoplasia (ALMEIDA *et al*, 2017).

Como se vê na tabela 2 os alimentos ultraprocessados mais consumido entre os entrevistados é o presunto, com uma prevalência entre 30 dos 41 pacientes que comem o alimento pelo menos uma vez na semana, já o suco industrializado com açúcar está presente na alimentação de 27 dos 41 participantes da pesquisa, em seguida temos a mortadela que é consumida por 20 pacientes, o ultraprocessado menos consumido é o nugget, com apenas 6 paciente tendo o costume de consumi-lo.

O consumo de ultraprocessados tem sido relacionado com obesidade e outras doenças crônicas, já a publicação do World Cancer Research Fund coloca o consumo de ultra processados como forte evidência para o risco de câncer de cólon (WCRF, 2018).

A Organização Mundial da Saúde constatou que carnes processadas como bacon, presunto, salsicha, entre outras, parecem ser tão carcinogênicas quanto o cigarro e álcool (OMS, 2011).

Nesse cenário sobre a alimentação, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva relata sua preocupação com a obesidade e alimentação inadequada da população brasileira nos últimos anos e a necessidade de amenizar essa epidemia para prevenir novos casos da doença (INCA, 2017).

Na tabela 2 temos um consumo de vegetais com uma alta prevalência, sendo a alface o vegetal mais consumido e o pepino o menos consumido, o que é animador, pois foi observada uma associação inversa entre a ingestão de vegetais e o risco de câncer gástrico não cardíaco no estudo prospectivo com 1970 participantes da China, Japão e Coreia (WANG *et al*, 2017).

Sobre o consumo de leite com alto teor de gordura, iogurte e tipos especiais de queijo aumentam o risco de câncer gástrico, e conforme as respostas dos pacientes na tabela 2, os que ingerem leite integral e os que consomem derivados de leite correspondem a maioria dos pacientes.

O assunto foi tema de uma revisão sistemática que resultou em achados que avaliam os hábitos alimentares como o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, que vem sendo apontados com uma relação positiva para o desenvolvimento de câncer gástrico. Porém, destaca-se também que uma alimentação rica nutricionalmente, com consumo de frutas, legumes e verduras é um fator de proteção contra o câncer (WISEMAN, 2019).

Com relação à carne vermelha que é objeto de vários estudos, um deles diz que existem dados epidemiológicos e mecanismos potenciais que indicariam uma correlação positiva entre o consumo de carne vermelha e câncer colorretal (CRUZ, 2019) e o que se pode ver conforme a tabela 2 tem-se uma média de 72,35% entre o consumo de carne vermelha cozida, frita e assada. Sendo cozida o modo mais consumido seguida de frita e por último assada.

Já os dados relacionados ao etilismo, do total entrevistado, 51% (34% homens e 17% mulheres) consomem bebidas alcoólicas, o restante é caracterizado como não etilista.

O álcool é reconhecido como cancerígeno para os humanos pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde. Há evidências de associação entre consumo de bebidas alcoólicas e aumento do risco dos tumores de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, fígado, colorretal e mama feminina. (OMS, 2011)

Investigações epidemiológicas segundo o estudo de Baan, 2007, identificou riscos da ordem de 40% de câncer colorretal entre indivíduos que consumiam regularmente cerca de 50 g de álcool por dia. Entretanto, deve-se considerar que, apesar da baixa intensidade do risco, esse é um câncer cuja incidência e mortalidade está aumentando em várias regiões do mundo e, particularmente, no Brasil (Fonseca et al., 2010). Na coleta de dados do nosso estudo e comparando com nossos resultados de fato demonstrou um maior número de casos cânceres de sistema gastrointestinal descrito na tabela 6 podendo ser ou não, da região colorretal.

Estudos mais recentes da OMS, publicados na revista Lancet Oncology, identificaram que 4% dos novos casos de câncer em 2020 tiveram relação com o consumo de álcool, o que corresponde a 740 mil ocorrências em todo o mundo. Destes, 76% foram diagnosticados em homens, e os mais comuns foram de esôfago, fígado e mama, nesta ordem. Dados divergentes aos encontrados aqui (tabela 8), pois a maioria dos investigados do sexo masculino apresentavam diagnóstico de câncer gástrico.

O consumo de álcool está relacionado a outras variáveis, entre as quais a mais relevante é o tabagismo, seguido pelos resultados encontrados.

No Brasil, o tabagismo é considerado problema de saúde pública e seu controle sistemático tem sido realizado desde 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) segundo INCA, 2001, e que é referência mundial. O objetivo geral do PNCTOFR é reduzir a prevalência de fumantes no Brasil e a consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, com ações implementadas de forma descentralizada, utilizando o sistema de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS).

O impacto sobre a saúde decorrente do uso do tabaco é bem conhecido: responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das

doenças isquêmicas do coração. Desde a primeira relação estabelecida entre consumo de cigarros e câncer de pulmão no início da década de 50 do século XX, os estudos epidemiológicos têm continuamente identificado novas localizações de câncer com vinculações causais com o uso do tabaco, que hoje ascendem a 20 diferentes tipos de tumores. Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no dia a dia estão sob maior risco de desenvolverem câncer. (INCA, 2021). Relacionando esses dados com o presente trabalho, tivemos poucos casos de câncer relacionados aos sistemas respiratórios e cardíacos.

Neste estudo demonstrou um declínio constante no uso de tabaco para homens e mulheres em cada faixa etária durante o período observado 2000-2020. Projeta-se que as taxas específicas por idade continuem caindo para 2025 para homens e mulheres. As taxas específicas de idade atingem o pico na faixa etária de 45 a 54 anos para homens e para as mulheres atingem o pico na faixa etária de 55 a 64 anos. Os níveis de prevalência absoluta em cada faixa etária foram consistentemente maiores para os homens do que para as mulheres (OMS, 2000).

Quando considerando a atividade física, em 2020 a OMS atualizou suas diretrizes sobre o tempo mínimo da prática de atividade física como prevenção do câncer. Baseada em evidências científicas dos últimos anos, orienta que adultos (18 a 65 anos) façam semanalmente atividade física aeróbica de intensidade moderada de 150 a 300 minutos ou de 75 a 150 minutos de atividade física aeróbica intensa, quando não houver contraindicação (OMS, 2020). O guia atual reforça que o comportamento sedentário pode afetar negativamente a saúde. A ideia é quebrar longos períodos de inatividade (Ministério da Saúde, 2021).

Para benefícios adicionais, o indivíduo pode aumentar o tempo e fazer atividades que envolvam todos os principais grupos musculares em intensidade moderada ou alta, pelo menos dois dias da semana. O manual contempla recomendações específicas a indivíduos com doenças crônicas, como o câncer. Estes devem começar fazendo pequenas quantidades e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração (Ministério da Saúde, 2021).

A prática de atividade física para sobreviventes do câncer é segura, inclusive quando praticada durante o tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal ou outros). Devem ser consideradas as particularidades de cada tipo de

câncer, contraindicações e possíveis efeitos adversos causados pelo tratamento ao recomendar a prática (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2022).

Ao analisar a Tabela 5, foi constatado que a maioria (61%) dos pacientes não praticavam atividade física e a minoria (4,9%) praticava regularmente.

Esse resultado vai de encontro com o relatório do Comitê Consultivo para as diretrizes estadunidenses de atividade física, que classificou como forte a evidência de proteção da atividade física em relação ao câncer. Vale destacar que a atividade física é eficaz para diminuir a adiposidade corporal, sendo que o sobrepeso e a obesidade estão associados a, pelo menos, uma dezena de tipos de câncer (PAGAC, 2018).

Portanto, há fortes indícios que quanto menor a frequência de atividade física realizada durante a semana pelo paciente, maior o risco desse indivíduo desenvolver câncer.

Com relação ao local do desenvolvimento (tabela 6), foi observado uma maior incidência de câncer no sistema reprodutor nos pacientes femininos, já no masculino, foi observado uma maior incidência de câncer no trato gastrointestinal.

Comparado com SOUZA, 2022, que em seu estudo analisou as tendências da incidência dos principais tipos de câncer, segundo o sexo, na grande Cuiabá, a maior incidência de câncer no sexo masculino foi o de próstata (33% do total de casos), o que não corresponde com os dados encontrados. Já considerando o sexo feminino, a maior incidência de câncer foi o de mama (29,7% do total de casos), o que corresponde com os dados encontrados pela pesquisa.

Quanto à análise do estado nutricional, verificou-se que mais da metade dos entrevistados apresentavam algum tipo de desnutrição (resultados B e C da avaliação).

Esse resultado vem ao encontro do que traz o documento “Diga não à desnutrição”, (BRASPEN 2018), documento que mostra que, em países latino-americanos, a desnutrição varia entre 20 a 50% de adultos hospitalizados, sendo 40 a 60% no momento da admissão do paciente.

Quanto à importância da aplicação da ASG PPP em pacientes oncológicos, (DA SILVA MOTA, MONTEIRO e MENEZES, 2019) enfatizaram que o uso da referida ferramenta, juntamente com o adequado acompanhamento nutricional minimizam a desnutrição, ajudando na melhora da qualidade de vida do paciente.

Por fim, pela análise da tabela 8 é possível verificar que cerca de 68% dos pacientes entrevistados apresentou algum tipo de efeito colateral ao tratamento, entre eles ansiedade, enjoo, fadiga e queda de cabelo.

Tais sintomas são os mesmos descritos pelo CONSENSO, 2021 e que levam à diminuição da ingestão diária de alimentos, podendo comprometer o estado nutricional e a qualidade de vida do paciente.

Assim, visando manter o estado nutricional, bem como minimizar os efeitos colaterais que a quimio e radioterapia provocam no paciente oncológico, tais como xerostomia, disgeusia, mucosite, anorexia, entre outros, pequenas e constantes modificações, que tem como finalidade aumentar o consumo de alimentos, devem ser incentivadas, (ASPEN, 2007).

## **5. CONCLUSÃO**

Estudos como o presente devem ser realizados periodicamente para que sejam monitorados, o estilo de vida, consumo abusivo de álcool e uso de tabaco, consumo qualitativo e quantitativo alimentar, atividade física regular associando ao tipo de câncer desenvolvido pelo paciente.

No entanto, idealmente, devem ser desenhados de forma a possibilitar análises estratificadas por sexo, idade, perfil socioeconômico, diferenças étnico-culturais visto que os achados sugerem perfis diferentes, idades diferentes homens e mulheres, sendo necessários estudos mais específicos e aprofundados sobre o assunto.

## **REFERÊNCIAS**

AMERICAN SOCIETY OF PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION. The ASPEN Nutrition support core curriculum: a case-based approach - the adult patient. 2. ed. United States of America: **Managing**, 2007. 824 p.

ASSOCIAÇÃO ENTRE CARNE VERMELHA E CÂNCER COLORRETAL – UMA REVISÃO.[https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/49846/TCC\\_Mariana%20Madeira%20Cruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/49846/TCC_Mariana%20Madeira%20Cruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em nov. 2022.

ANDRADE, A.G.; PAIVA, A.C. Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes oncológicos. **Perquirere**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2012.

BAAN, R. et al. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. “Carcinogenicity of Alcoholic Beverages”, in *Lancet Oncology*, 8, 2007, pp. 292-3.

BOFFETTA, P.; HASHIBE, M.; LA VECCHIA, C.; ZATONSKI, W.; REHM, J. “The Burden of Cancer Attributable to Alcohol Drinking”, in *International Journal of Cancer*, 11, 2006, pp. 884-7.

CAVALCANTE TM- - Programa de controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios Brasil. *Rev psiquiatr clín* 2005; 32(5):283-300.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre: Brasília. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)> Acesso em 04 jan. 2014. CHO, E. et al. “Alcohol Intake and Colorectal Cancer: a Pooled Analysis of 8 Cohort Studies”, in *Annals of Internal Medicine*, 140, 2004, pp. 603-13.

CHUMLEA, W.C; GUO, S.; ROCHE, A.F. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from antropometry. **J Am Diet Assoc.** v.5, n.88, p.564-8, 1988.

CHUMLEA, Wm Cameron et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 88, n. 5, p. 564-568, 1988.

DIRETRIZES DA OMS PARA ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO, 2020.

FERREIRA, Daiane; GUIMARÃES, Tessa; MARCADENTI, Aline. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. **Einstein** (São Paulo), v. 11, p. 41-46, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. O que é o Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2020. [acesso em 2022 maio 05]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>> Acesso em nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Inca). Programa Saber Saúde: buscando formar cidadãos conscientes. **Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer** 2001; 10 (jan./mar.).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>. Acesso em: 25 out. 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva **acerca do sobrepeso e obesidade**. Rio de Janeiro: INCA; 2017.

ITC PROJECT. (February, 2016). ITC Brazil Waves 1 to 2 (2009-2013) Technical Report. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada, and **National Cancer Institute of Brazil (INCA) / Ministry of Health, Brazil**.

ITC PROJECT. (September, 2016). ITC Brazil Survey Wave 3 (2015-2016) Technical Report. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada, **and Cancer Foundation of Brazil**.

IARC – International Agency for Research on Cancer. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Iarc Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Iarc

MELONI JN e LARANJEIRA R. Custo Social e de Saúde do Consumo do Álcool. Revista Brasileira Psiquiátrica, 26 (supl. I):7-10. (2004).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Instituto Nacional do Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**; 2011. 128 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **Ministério da Saúde**; 2019.120 p.

MIRANDA, T. 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.

MOSKAL, A.; NORAT, T.; FERRARI, P.; RIBOLI, E. “Alcohol Intake and Colorectal Cancer Risk: a Dose-response Meta-analysis of Published Cohort Studies”, in International Journal of Cancer, 120, 2007, pp. 664-71.

MONOGRAPHS, Vol. 96, Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2010.

OTTERY, F.D. Definition of Standardized Nutritional Assessment and Interventional Pathways in Oncology. **Nutrition**, v. 12, n.1, p. 16-19S, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Apresenta informações científicas oferecidos pela OMS (WHO)**. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/> Acesso em nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: [http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4\\_sup pl\\_2\\_final.pdf](http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl_2_final.pdf)> Acesso em 02 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (Opas), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevención y Control del Consumo de Tabaco**. Washington: OMS, OPAS; 1998.

PEIXOTO, M. et al. Comparação entre diferentes métodos de triagem nutricional em pacientes oncológicos ambulatoriais. **Nutricion Clinica y Dietética Hospitalaria**, p. 35-43, 2017.

PINHO, Nivaldo Barroso de. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. **Edite**, Rio de Janeiro, (2021).

RELATÓRIO DO COMITÊ CONSULTIVO PARA AS DIRETRIZES ESTADUNIDENSES DE ATIVIDADE FÍSICA (PAGAC), 2018.

ROSS, Laboratories. **Estimating Weight from Knee Height**. Columbus (OH): Ross Laboratories; 1990.

ROSSI L, CARUSO L, GALANTE A.P. **Avaliação nutricional: novas perspectivas**. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2008.

SANTIAGO R, ALMEIDA M.I.H, MONTEIRO T.F, SPILLER A.L, SILVA I.G, SAMPAIO R.M.M. Relação entre estado nutricional e tipo de câncer de paciente em tratamento quimioterápico. **Jornada Científica do HGCC**, p. 81-84, 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Departamento de Promoção da Saúde**. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA – SBOC. Atividade Física e Câncer: Recomendações para Prevenção e Controle. São Paulo, 2022.

SOUZA, B. *et al.* Tendência da incidência dos cinco principais tipos de câncer na grande Cuiabá, 2000 a 2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kxtzftGydpymG78D9tgDXCz/?lang=pt>> Acesso em 05 out. 2022.

SOMI, MH et al. Is there any relationship between food habits in the last two decades and gastric cancer in North-Western Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, v.16, n. 1, p. 283-90, 2015.

TOLEDO, D. et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *CEP*, v. 5652, p. 900 (2018).

THE WORLD HEALTH REPORT, 2002. Reducing Risks, **Promoting Healthy Life**. World Health Organization.

WANG, Tet et al. Fruit and vegetable consumption, Helicobacter pylori antibodies, and gastric cancer risk: A pooled analysis of prospective studies in China, Japan, and Korea. *International journal of cancer*, v. 140, n. 3, p. 591-599, 2017

Almeida L, Santos BT, Prates RP, Leão LL, Pereira EJ, Silva VS, et al. Alimentação como fator de risco para câncer de intestino em universitários. *Rev Bras Promoç Saúde*. v. 30, n 1, p. 72-8, 2017.

WISEMAN, Martin J. Nutrition and cancer: prevention and survival. *British Journal of Nutrition*, v. 122, n. 5, p. 481-487, 2019.

WHO, World Health Organization. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee**. Geneva, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: **preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation on obesity. Geneva; 1998. (WHO/NUT/NCD/98.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee**. World Health Organization, 1995.

WORLD CANCER RESEARCH FUND; American Institute for Cancer Research. **Recommendations and public health and policy implications** [Internet]. London: WCRF; 2018 May [cited 2020 May 9]. Available from: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Cancer-Prevention-Recommendations-2018.pdf> HA NKINSON, S.; TAMINI, R.; HUNTER, D. “Breast Cancer”, in H-O Adami, D. Hunter, D. Trichopoulos. *Textbook of Cancer Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 2008, pp. 403-45.

WHO, global report on **trends in prevalence of tobacco use 2000–2025**.

## ANEXO 1

### Anexo 1. Termo de aprovação no comitê de ética.



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL NUTRICIONAL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DE CUIABÁ-MT

**Pesquisador:** SUZANA ARANTES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51805721.7.0000.5692

**Instituição Proponente:** INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL MATOGROSSENSE- IEMAT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.031.492

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa em campo realizada com pacientes oncológicos em terapia antineoplásica que possuem ou não algum grau de desnutrição. Essa pesquisa tem como finalidade, a partir das respostas dos pacientes, avaliar se o tratamento oncológico traz algum risco de desnutrição para o paciente. A ferramenta de verificação do estado nutricional – Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo próprio paciente - ASG-PPP será aplicada juntamente com um questionário para conhecimento sociodemográfico da população estudada. Espera-se que o entrevistado responda de forma clara e objetiva todas as perguntas sobre a sua saúde. Trata-se de um projeto de financiamento próprio. O mesmo não apresenta conflitos de interesse.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa consiste em "Avaliar o estado nutricional dos pacientes ambulatoriais do hospital do câncer de Cuiabá por meio da avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente - ASG-PPP". Os objetivos foram apresentados de forma clara e possui um protocolo já validado na área médica.

Endereço: Av. Dom Orlando Chaves nº 2055  
Bairro: CRISTO REI CEP: 75.115-000  
UF: MT Município: VARZEA GRANDE  
Telefone: (55)3658-5111 E-mail: cep@univag.edu.br



Continuação do Parecer: 5.031.492

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** "Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco" (Resolução CNS 196/96-V). Os riscos da nossa pesquisa não envolvem nada que possa prejudicar a saúde dos pacientes.

**Benefícios:** Sendo assim, com a apresentação deste questionário, será possível analisar as principais causas que permeiam a desnutrição na tentativa de auxiliar o tratamento da melhor forma possível. Assim, melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida dos pacientes.

A pesquisa não produz risco direto ao paciente, visto que o protocolo de ASG é realizado em rotina nos pacientes internados. Na descrição dos riscos, ela relata "o risco de os indivíduos omitirem informações importantes", isso não cabe na definição do risco da pesquisa, que se refere ao risco que a pesquisa pode causar do seu sujeito de estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia da pesquisa apresenta-se adequada aos objetivos do projeto, está atualizada e é amplamente aplicada em avaliação nutricional clínica em pacientes em risco de desnutrição. O referencial teórico da pesquisa apresenta-se atualizado e proporciona embasamento para o projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os documentos presentes e adequados

TCLE presente e adequado

TA presente e adequado

TAE - Não se aplica

TCUD - Não se aplica

Folha de rosto - presente e adequado

Projeto completo - presente e adequado

**Recomendações:**

Descrever que se trata de um projeto destinado ao trabalho de TCC.

Descrever os riscos e benefícios deixando claro "quais" os riscos e enfatizando os benefícios como subsídio para tratamento nutricional prévio do paciente oncológico.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendação de aprovação do projeto desde que atendidos os apontamentos de riscos e benefícios acima.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Recomendação de aprovação do projeto desde que atendidos os apontamentos de riscos e

Endereço: Av. Dom Orlando Chaves nº 2655  
Bairro: CRISTO REI CEP: 76.118-000  
UF: MT Município: VÁRZEA GRANDE  
Telefone: (65)3658-0111 E-mail: cep@univag.edu.br



Continuação do Parecer: 5.037.492

benefícios relativos à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1781680.pdf	15/09/2021 18:46:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura_pesquisador.docx	15/09/2021 18:46:36	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	cv_suzana_arantes.pdf	15/09/2021 12:14:46	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_hoan.pdf	15/09/2021 11:55:07	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rostoassinada.pdf	15/09/2021 11:47:00	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.pdf	24/06/2021 16:46:37	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	declaracao_da_instituicao_coparticipant_e.pdf	24/06/2021 16:46:22	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	formulario_de_encaminhamento.pdf	24/06/2021 16:43:14	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	curriculo_eduarda.pdf	24/06/2021 16:41:24	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	curriculo_esdras.pdf	24/06/2021 16:41:09	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Outros	curriculo_maria_gabriela.pdf	24/06/2021 16:40:49	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Declaração de concordância	termo_de_compromisso_de_orientacao.pdf	24/06/2021 16:40:02	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_participacao_em_projeto_de_pesquisa.pdf	24/06/2021 16:39:49	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	24/06/2021 16:39:13	SUZANA SOUZA ARANTES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Dom Orlando Chaves nº 2005

Bairro: CRISTO REI

CEP: 76.118-000

UF: MT

Município: VARZEA GRANDE

Telefone: (65)3666-6111

E-mail: cnp@univag.edu.br



XI Mostra de Trabalhos do Curso de Nutrição do Univag (ISSN 2594-6757)



Continuação do Protocolo: 5.031.492

VARZEA GRANDE, 10 de Outubro de 2021

---

Assinado por:  
THAIS CAROLINE DALLABONA DOMBROSKI  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dom Orlando Chaves nº 2055  
Bairro: CRISTO REI CEP: 76.118-000  
UF: MT Município: VARZEA GRANDE  
Telefone: (65)3668-6111 E-mail: [cap@univag.edu.br](mailto:cap@univag.edu.br)

Página 04 de 04

**Questionário demográfico, socioeconômico e estilo de vida.**

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:**  Feminino  Masculino

**Contato familiar:** (65) 9 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**- Tabagismo:**  SIM  NÃO

**Na semana:**  1-2X  3-4X  ≥5X

**Etilismo:**  SIM  NÃO

**Na semana:**  1-2X  3-4X  +5X

**- Estado civil:**

Solteiro

Casado

Viúvo

Separado

União estável

**-Filho:**

SIM  NÃO Quantos: \_\_\_\_\_

**-Atividade física:**

**Faz atividade física**  SIM  NÃO

**Qual:** \_\_\_\_\_

**Na semana:**  1-2X  3-4X  +5X

**- Escolaridade**

Ensino fundamental (1º GRAU)

- Ensino médio (2º GRAU)
- Superior
- INCOMPLETO  COMPLETO
- Pós, mestrado e doutorado

**Questionário dados clínicos.**

**-Lugar do câncer:**

- Mama
- Gastrointestinal
- Sistema reprodutor
- Outro: \_\_\_\_\_

**-Tratamento:**

- SIM  NÃO
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Outro: \_\_\_\_\_

**-Tempo de tratamento desde o primeiro diagnóstico**

MM/AA: \_\_\_\_\_

**- Efeito colateral do tratamento**

- Náuseas e vômitos
- Enjoo
- Fadiga
- Queda de cabelo
- Ansiedade
- Alterações renais e digestivas.

**-Já fez cirurgia relacionada ao câncer**

SIM  NÃO

Qual: \_\_\_\_\_

**-Comorbidades:**

Diabetes

Hipertensão/DCV

Obesidade

Cirrose

**- Funções intestinais**

Diarreia

Constipação

Distensão abdominal

Normal

**Medidas antropométricas**

AJ: \_\_\_\_\_ cm

CP: \_\_\_\_\_ cm

CB: \_\_\_\_\_ cm

ANEXO 2

Avaliação Subjetiva Global - Preenchida pelo Paciente:

**Identificação do paciente:** \_\_\_\_\_

---

**1. Peso:**

**Resumindo meu peso atual e recente:**

Eu atualmente peso aproximadamente \_\_\_\_\_ kg

Eu tenho aproximadamente 1 metro e \_\_\_\_\_ cm

Há 1 mês eu costumava pesar \_\_\_\_\_ kg

Há 6 meses eu costumava pesar \_\_\_\_\_ kg

**Durante as duas últimas semanas o meu peso:**

diminuiu (1)    ficou igual (0)    aumentou (0)

Indicar soma total (Ver formulário 1) **Caixa 1**

**2. Ingestão alimentar:**

**Comparada com minha alimentação habitual, no último mês, eu tenho comido:**

a mesma coisa (0)

mais que o habitual (0)

menos que o habitual (1)

**Atualmente, eu estou comendo:**

a mesma comida (sólida) em menor quantidade que o habitual (1)

a mesma comida (sólida) em pouca quantidade (2)

apenas alimentos líquidos (3)

apenas suplementos nutricionais (3)

muito pouca quantidade de qualquer alimento (4)

apenas alimentação por sonda ou pela veia (0)

Indicar valor mais alto **Caixa 2**

---

**3. Sintomas:**

**Durante as duas últimas semanas, eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente (marque todos os que estiver sentindo):**

sem problemas para me alimentar (0)

sem apetite, apenas sem vontade de comer (3)

náuseas (enjoo) (1)    vômitos (3)

obstipação (intestino preso) (1)    diarreia (3)

feridas na boca (2)    boca seca (1)

as coisas têm gosto estranho ou não têm gosto (1)    me sinto rapidamente satisfeito (1)

problemas para engolir (2)    os cheiros me incomodam (1)

cansaço (fadiga) (1)

dor, onde? (3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

outros\*: (1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*ex. depressão, problemas dentários ou financeiros etc.

Indicar soma total **Caixa 3**

**4. Atividades e função:**

**No último mês, de um modo geral, eu consideraria a minha atividade (função) como:**

normal, sem nenhuma limitação (0)

não totalmente normal, mas capaz de manter quase todas as atividades normais (1)

sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia (2)

capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do dia na cadeira ou na cama (3)

praticamente acamado, raramente fora da cama (3)

Indicar valor mais alto **Caixa 4**

**O restante do questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Muito obrigada!**

Soma da pontuação das caixas 1 a 4

#### Formulário 4 - Exame físico

O exame físico inclui a avaliação subjetiva de 3 aspectos da composição corporal: músculo, gordura e estado de hidratação. Como é subjetivo, cada item do exame é graduado pelo grau de déficit. O déficit muscular tem maior impacto no escore do que o déficit de gordura. Definição das categorias: 0 = sem déficit, 1+ = déficit leve, 2+ = déficit moderado, 3+ = déficit grave. A avaliação dos déficits nessas categorias não é aditiva, mas são usadas para avaliar clinicamente o grau global de déficit (ou presença de líquidos em excesso).

	Sem déficit	Déficit leve	Déficit mod.	Déficit grave
<b>Estado muscular:</b>				
Têmporas (músculos temporais)	0	1+	2+	3+
Clavículas (peitorais e deltoides)	0	1+	2+	3+
Ombros (deltoides)	0	1+	2+	3+
Musculatura interóssea (mãos)	0	1+	2+	3+
Escápula (dorsal maior, trapézio, deltoide)	0	1+	2+	3+
Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+
Panturrilha (gastrocnêmio)	0	1+	2+	3+
<b>Avaliação geral do estado muscular</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>
<b>Reservas de gordura:</b>				
Região periorbital	0	1+	2+	3+
Prega cutânea do tríceps	0	1+	2+	3+
Gordura sobre as costelas inferiores	0	1+	2+	3+
<b>Avaliação geral do déficit de gordura</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>
<b>Estado de hidratação:</b>				
Edema do tornozelo	0	1+	2+	3+
Edema sacral	0	1+	2+	3+
<b>Avaliação geral do estado de hidratação</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>

Novamente, o déficit muscular prevalece sobre a perda de gordura e excesso de líquidos.

**A pontuação do exame físico é determinada pela avaliação subjetiva geral do déficit corporal total.**

Sem déficit = 0 ponto | Déficit leve = 1 ponto | Déficit moderado = 2 pontos | Déficit grave = 3 pontos

Pontuação para o Formulário 4

D

**Formulário 5 – Avaliação global das categorias da PG-SGA**

A avaliação global é subjetiva e pretende refletir uma avaliação qualitativa das caixas 1 a 4 e do Formulário 4 (exame físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, selecione a categoria (A, B ou C).

**CATEGORIA A**       **CATEGORIA B**       **CATEGORIA C**

	<b>Bem nutrido</b>	<b>Desnutrição suspeita OU moderada</b>	<b>Gravemente desnutrido</b>
<b>Peso</b>	Sem perda de peso OU ganho recente de peso (não hídrico)	≤5% de perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% de perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva
<b>Ingestão de nutrientes</b>	Sem déficit OU melhora significativa recente	Diminuição evidente da ingestão	Grave déficit da ingestão
<b>Sintomas de impacto nutricional</b>	Nenhum OU melhora significativa recente permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas de impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas de impacto nutricional (caixa 3)
<b>Função</b>	Sem déficit OU melhora significativa recente	Déficit funcional moderado OU piora recente	Grave déficit funcional OU piora recente
<b>Exame físico</b>	Sem déficit OU déficit crônico, mas com melhora clínica recente	Evidência de perda leve a moderada de massa muscular e/ou tônus muscular à palpação e/ou perda de gordura subcutânea	Sinais óbvios de desnutrição (ex. Perda intensa de massa muscular, gordura e possível edema)

**AVALIAÇÃO GLOBAL**

Categoria A, B ou C  
Ver Formulário 5

**Recomendações para a triagem nutricional:**

A somatória da pontuação da PG-SGA é usada para definir intervenções nutricionais específicas, incluindo o aconselhamento do paciente e seus familiares; manuseio dos sintomas (incluindo intervenções farmacológicas) e a intervenção nutricional apropriada (por meio de alimentos, suplementos nutricionais, nutrição enteral ou parenteral).

**A intervenção nutricional de 1ª linha inclui o manuseio adequado dos sintomas.**

**TRIAGEM BASEADA NA PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA:**

- 0 – 1 Nenhuma intervenção necessária no momento. Reavaliar de maneira rotineira e regular durante o tratamento;
- 2 – 3 Aconselhamento do paciente e de seus familiares pela nutricionista, enfermeira ou outro clínico, com intervenção farmacológica conforme indicado pela avaliação dos sintomas (caixa 3) e exames laboratoriais, conforme o caso;
- 4 – 8 Requer intervenção da nutricionista, juntamente com a enfermeira ou médico, conforme indicado pelos sintomas (caixa 3);
- ≥ 9 Indica a necessidade urgente de conduta para a melhora dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional.

**PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA**

(Total da pontuação de A + B + C + D)  
Ver Recomendações de triagem nutricional

**Assinatura do clínico:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_