

**SEMILOGIA NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
ACOLHIDOS EM UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA NO INTERIOR DA BAHIA**Naiara Gomes Lisboa¹, Marília Augusta Curvelo de Magalhães²
Erlania do Carmo Freitas³, Anna Clara Mota Duque⁴**RESUMO**

Introdução: O câncer é um processo de crescimento descontrolado e disseminado de células, responsável por milhares de mortes no mundo. O câncer de mama é o mais frequente e o de maior incidência entre as mulheres brasileiras e os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão ligados a fatores endócrinos, genética e idade; já para o câncer no trato digestório, os fatores de riscos são inúmeros, contudo os mais frequentes estão ligados a hábitos alimentares inadequados, obesidade, inatividade física, consumo de álcool e tabagismo. Objetivo: Avaliar o perfil dietético e a qualidade de vida em pacientes assistidos por uma casa de acolhimento no interior da Bahia. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, onde foram investigados o perfil dietético e qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama e câncer no trato digestivo, através da aplicação de questionários descritivos. Resultados: A maioria dos entrevistados possuía baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade e idade média 58,4 anos. 63,3% da amostra foram diagnosticadas com câncer de mama e o tratamento mais utilizado foi a radioterapia. Em relação a sintomatologia, o mais relatado foi dificuldade para se alimentar. Para o fator qualidade de vida, foi observado um valor mediano e o questionário de frequência alimentar apontou baixo consumo de alimentos preventivos para a neoplasia e 46,7% da população estava acima do peso. Conclusão: Os resultados da pesquisa demonstram que a alimentação vem se tornando menos saudável, o que pode contribuir para o aumento da incidência do câncer.

Palavras-chave: Câncer de mama. Trato gastrointestinal. Fatores de risco. Alimentos.

1-Nutricionista, Pós-graduanda em Terapia Nutricional em Ambiente Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Residente em Saúde da Criança pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil.

ABSTRACT

Nutritional semiology of cancer patients hosted at a philanthropic institution in the interior of Bahia

Introduction: Cancer is a process of uncontrolled and widespread growth of cells, responsible for thousands of deaths in the world. Breast cancer is the most frequent and the highest incidence among Brazilian women and the risk factors for its development are linked to endocrine factors, genetics and age; Already for cancer in the digestive tract, the risk factors are numerous, but the most frequent are related to inadequate eating habits, obesity, physical inactivity, alcohol consumption and smoking. Aim: To evaluate the dietary profile and the quality of life in patients assisted by a nursing home in the interior of Bahia. Methodology: This is a cross-sectional study where the dietary profile and quality of life of breast cancer patients and cancer in the digestive tract were investigated through the application of descriptive questionnaires. Results: Most interviewees had low family income, low educational level and average age 58.4 years. 63.3% of the sample were diagnosed with breast cancer and the most commonly used treatment was radiotherapy. In relation to the symptomatology, the most reported was difficulty feeding. For the quality of life factor, a median value was observed and the food frequency questionnaire indicated low consumption of preventive foods for the neoplasia and 46.7% of the population was overweight. Conclusion: The results of the research demonstrate that the diet is becoming less healthy, which may contribute to the increased incidence of cancer.

Key words: Breast cancer. Food. Gastrointestinal tract. Risk factors.

2-Nutricionista do Hospital Samur, Pós-graduanda em Terapia Nutricional em Ambiente Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A neoplasia é definida como um conjunto de mais de cem doenças que compartilham as características de crescimento e proliferação celular desregrados, invasão tecidual e disseminação por órgãos e sistemas (Instituto Nacional do Câncer-INCA, 2011).

A epidemiologia desta doença é alarmante e preocupante, visto que as neoplasias se responsabilizam por, aproximadamente, 8 milhões de mortes no mundo em 2012 (WHO, 2012).

Para a população brasileira as neoplasias representam a segunda maior causa de morte, representando 15,57% dos casos, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (INCA, 2016).

Para o biênio 2016-2017, estimativas para o Brasil apontam a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, aproximadamente 180 mil casos novos para o câncer de pele não melanoma.

O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes.

Excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais (INCA, 2015).

O câncer de mama é o mais frequente e o de maior incidência entre as mulheres brasileiras e os fatores de risco para o seu desenvolvimento estão ligados a fatores endócrinos, genética e idade (INCA, 2013). Porém, grande parte destes fatores de risco é modificável, como o sedentarismo, hábitos alimentares errôneos e a obesidade (INCA, 2014).

Uma alimentação saudável, com prática regular de atividade física e manutenção do peso ideal, pode evitar cerca de 30% dos casos (INCA, 2015).

Os principais fatores de risco associados ao câncer no trato digestório (estômago, colón e reto, esôfago, fígado, vias biliares, cavidade oral, pâncreas e laringe) são

hábitos alimentares inadequados, obesidade, inatividade física, consumo de álcool e tabagismo (Garófalo e colaboradores, 2004; INCA, 2015).

Estudos evidenciam que o consumo de alimentos ricos em fibras como frutas, hortaliças, cereais integrais, feijões e sementes, assim como a prática regular de atividade física são considerados fatores protetores contra a doença (INCA, 2015).

A mensuração de Qualidade de Vida (QV) do paciente oncológico, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente (Machado e Sawada, 2008).

Ela é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, da sua posição na vida dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais (WHO, 1995a).

Diante dessa problemática, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dietético e a qualidade de vida em pacientes assistidos por uma casa de acolhimento no interior da Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado na CAPOS, no período de julho a agosto de 2016, após aprovações dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob os pareceres de nº CAAE – 17308013.0.0000.5556 e 20927213.7.0000.5556.

A CAPOS é uma instituição filantrópica, situada no município de Vitória da Conquista, Bahia, que acolhe pacientes de diversas cidades do interior da Bahia e de Minas Gerais, que estão em tratamento contra o câncer e possuem baixa renda. São oferecidos a esses indivíduos alimentação, estadia e cuidados durante toda a permanência. A mesma tem uma capacidade máxima de 84 leitos (42 pacientes e 42 acompanhantes).

A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos (22 feminino e 8 masculino, totalizando 30 pacientes) diagnosticados com câncer de mama ou com câncer no trato digestório, que foram acolhidas pela CAPOS e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da amostra, os pacientes que vieram a óbito antes da realização da coleta, bem como aquelas que não foram encontradas e que não aceitaram participar do estudo.

Foi aplicado um questionário descritivo que investigou o perfil dietético e qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama e câncer no trato digestivo. Sendo composta por questões simples, com respostas objetivas e subjetivas, abordando questões sobre as características socioeconômicas, tratamento da doença, sintomatologia, qualidade de vida, antropometria e frequência alimentar.

No intuito de investigar a ocorrência de sintomas específicos do câncer, fez-se uso do questionário adaptado, denominado Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASGPPP) (Gonzalez e colaboradores, 2010). Já para avaliar a qualidade de vida utilizou-se questionário adaptado, validado por Chow e colaboradores (2009).

Os dados antropométricos também foram avaliados, altura e peso. O peso foi aferido através de uma balança mecânica em plataforma (marca Welmy® - capacidade de 150 kg e sensibilidade de 0,1 kg), e a altura em estadiômetro acoplado na balança (comprimento de 2m e divisão em 0,5 cm), estando o indivíduo em ambas as medidas a posição ereta, de pés juntos, de costas para a balança, com o mínimo de roupa possível, no centro da plataforma, braços estendidos ao longo do corpo e com o olhar em um ponto fixo na altura dos olhos (Brasil, 2004).

Para a análise do estado nutricional utilizou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) com a classificação WHO (1995b) para adultos e Lipschitz (1994) para idosos.

Quanto ao hábito alimentar dos pacientes antes do diagnóstico da doença, foi aplicado um questionário de frequência alimentar adaptado para estudo da relação entre dieta e doenças crônicas não transmissíveis (Holtan e colaboradores, 2012).

Os dados obtidos foram tabulados, através do software Epi Info versão 7.1.5. Os resultados foram apresentados e descritos em números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 30 pacientes, sendo 26,7% do sexo masculino e 73,7% do sexo feminino. A idade média foi de

58,4 anos, variando entre 41 e 90 anos. Caracterizando a amostra quanto ao aspecto socioeconômico, 30% dos indivíduos nunca estudaram, 66,6% estudaram até o ensino médio e 3,3% estudaram até o ensino superior; 86,7% possuem uma renda familiar inferior a 2 salários mínimos, sendo 83,3% com mais de 2 dependentes; 96,7 % possuem casa própria e 86,7% com mais de 2 residentes.

Quanto a localização do tumor, 63,3% dos indivíduos foram diagnosticados com câncer de mama, seguido pelo câncer de garganta (16,7%), câncer de boca (6,7%), câncer de língua (6,7%), câncer de esôfago (3,3%) e câncer de estômago (3,3%) como pode ser visualizado na figura 1. 80% da amostra referiram usar pelo menos 1 medicação ao longo do dia. Em relação ao tratamento, 63,3% relataram ter feito cirurgia, 96,7% radioterapia, 80% quimioterapia e 30% hormônioterapia. Quanto a via de acesso a alimentação, 76,7% utilizavam dieta via oral, 10% sonda nasogástrica e 13,3% gastrostomia.

Em relação a sintomatologia, os indivíduos relataram que nas duas últimas semanas tiveram dificuldades para se alimentar (63,3%), sem apetite, apenas sem vontade de comer (6,7%), náusea (20%), constipação (26,7%), ferida na boca (23,3%), vômitos (6,7%), diarreia (6,7%), boca seca (50%), alimentos com gosto estranho ou sem gosto (20%), os cheiros faziam enjoar (23,3%), disfagia (23,3%), saciedade precoce (40%) e dores (60%).

Conforme os dados obtidos com o questionário de qualidade de vida, os indivíduos relataram ter dificuldade em realizar esforços mais violentos (56,7%), em percorrer grandes distâncias a pé (50%), em pequenos passeios fora de casa a pé (16,7%), precisaram ficar na cama ou numa cadeira durante o dia (16,7%) e precisaram que o/a acompanhante ajude a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho (23,3%).

Sobre a última semana, os entrevistados afirmaram sentir-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias (20%), sentir-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer (26,7%), tiveram falta de ar (6,7%), dores (66,7%), precisaram descansar (43,3%), dificuldade em dormir (53,3%), fraqueza (30%), inapetência

(16,7%), enjoou (23,3%), vômito (6,7%), constipação (33,3%), diarreia (3,3%), cansaço (23,3%), as dores perturbam as suas atividades diárias (33,3%), dificuldades em se concentrar (20%), tenso (36,7%), tiveram preocupações (70%), sentiram-se irritados (30%), sentiram-se deprimidos (16,7%), tiveram dificuldades ao lembrarem das coisas (26,7%), o estado físico ou tratamento médico interferiram na vida familiar (26,7%), o estado físico ou tratamento médico interferiram na atividade social (23,3%), e o estado físico ou tratamento médico causaram problemas de ordem financeira (60%).

Em relação à a saúde geral da última semana, utilizando a escala de 1 (saúde péssima) a 7 (saúde ótima), o valor médio de

pontuação referida foi de 4,3 e quanto a qualidade de vida global da última semana utilizando a escala de 1 (vida péssima) a 7 (vida ótima), o valor médio foi de 3,96.

Os resultados encontrados no questionário de frequência alimentar (QFA) estão nas tabelas 1 e 2. Ao analisar o QFA, observou-se que os alimentos de baixo custo têm um maior consumo quanto comparados com aqueles de médio/ alto custo. Alimentos como açaí, ameixa, ameixa seca, amora, broto de alfava, cereais integrais, cereja, fibras, framboesa, frutas secas, grãos de chia, kiwi, mirtilo, oleaginosas, quinoa, semente de linhaça, soja, toranja, uva-passa e uva vermelha tiveram baixo consumo ou nenhum consumo.

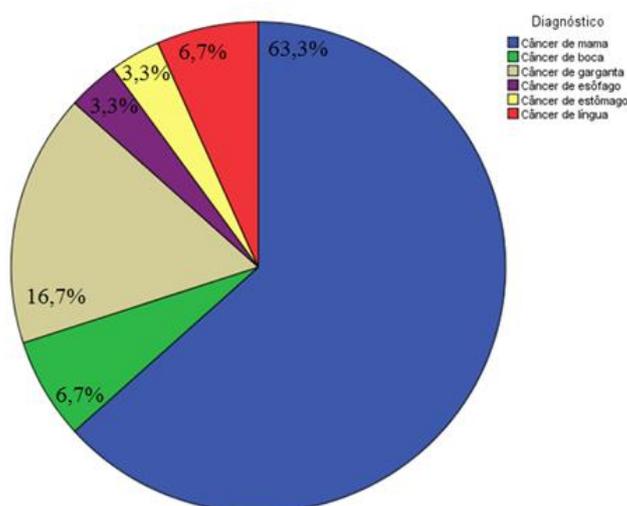


Figura 1 - Diagnóstico de câncer.

Tabela 1 - Consumo prévio de alimentos protetores para o câncer em pacientes da CAPOS do sexo feminino.

Alimentos	Feminino		Masculino	
	Não consome n (%)	Consome n (%)	Não consome n (%)	Consome n (%)
Açaí	19 (86,36)	3 (13,64)	7 (87,50)	1 (12,50)
Alho	1 (4,55)	21 (95,45)	0 (0,00)	8 (100,00)
Ameixa	17 (77,27)	5 (22,73)	8 (100,00)	0 (0,00)
Ameixa seca	20 (90,91)	2 (9,09)	8 (100,00)	0 (0,00)
Amora	18 (81,82)	4 (18,18)	8 (100,00)	0 (0,00)
Aveia	14 (63,64)	8 (36,36)	8 (100,00)	0 (0,00)
Azeite extravirgem	13 (59,09)	9 (40,91)	7 (87,50)	1 (12,50)
Brássicas	1 (4,55)	21 (95,45)	4 (50,00)	4 (50,00)
Broto de alfava	21 (95,45)	1 (4,55)	8 (100,00)	0 (0,00)
Cebola	0 (0,00)	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Cereais integrais	19 (86,36)	3 (13,64)	6 (75,00)	2 (25,00)
Cereja	20 (90,91)	2 (9,09)	8 (100,00)	0 (0,00)
Chás	4 (18,18)	18 (81,82)	4 (50,00)	4 (50,00)
Espinafre	13 (59,09)	9 (40,91)	6 (75,00)	2 (25,00)
Fibras (outras)	21 (95,45)	1 (4,55)	5 (62,50)	3 (37,50)
Framboesa	21 (95,45)	1 (4,55)	8 (100,00)	0 (0,00)
Frutas brancas	1 (4,55)	21 (95,45)	1 (12,50)	7 (87,50)

Frutas cítricas	0 (0,00)	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Frutas secas	18 (81,82)	4 (18,18)	7 (87,50)	1 (12,50)
Grãos de chia	20 (90,91)	2 (9,09)	8 (100,00)	0 (0,00)
logurte	5 (22,73)	17 (77,27)	2 (25,00)	6 (75,00)
Kiwi	16 (72,73)	6 (27,27)	8 (100,00)	0 (0,00)
Laranja	1 (4,55)	21 (95,45)	0 (0,00)	8 (100,00)
Leguminosas	0 (0,00)	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Melão	7 (31,82)	15 (68,18)	8 (100,00)	0 (0,00)
Mirtilo	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)	0 (0,00)
Morango	10 (45,45)	12 (54,55)	8 (100,00)	0 (0,00)
Oleaginosas	17 (77,27)	5 (22,73)	7 (87,50)	1 (12,50)
Peixes	5 (22,73)	17 (77,27)	2 (25,00)	6 (75,00)
Pimenta vermelha	10 (45,45)	12 (54,55)	4 (50,00)	4 (50,00)
Quinoa	21 (95,45)	1 (4,55)	8 (100,00)	0 (0,00)
Romã	8 (36,36)	14 (63,64)	5 (62,50)	3 (37,50)
Semente de linhaça	17 (77,27)	5 (22,73)	8 (100,00)	0 (0,00)
Soja	20 (90,91)	2 (9,09)	8 (100,00)	0 (0,00)
Temperos	0 (0,00)	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Toranja	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)	0 (0,00)
Uva-passa	19 (86,36)	3 (13,64)	8 (100,00)	0 (0,00)
Uva vermelha	16 (72,73)	6 (27,27)	5 (62,50)	3 (37,50)
Vegetais amarelos	0 (0,00)	22 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)
Vegeais verde-escuros	0 (0,00)	22 (100,00)	3 (37,50)	5 (62,50)
Vegetais vermelhos	1 (4,55)	21 (65,45)	1 (12,50)	7 (87,50)

Tabela 2 - Estado nutricional dos pacientes da CAPOS.

IMC	Amostra total N (%)
Desnutrição	11 (36,7)
Eutrofia	5 (16,7)
Sobrepeso/Obesidade	14 (46,7)

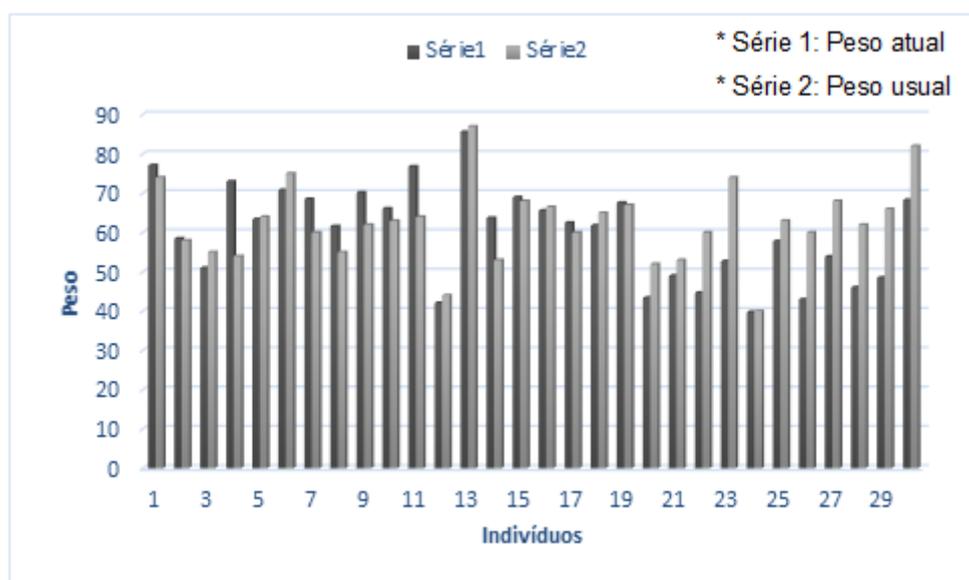


Figura 2 - Análise de peso dos pacientes entrevistados.

Na avaliação antropométrica (Tabela 2), através do IMC, identificou-se que apenas 16,7% da população estava na faixa de eutrofia, 36,7% dos indivíduos estavam desnutrição e 46,7% com sobrepeso/obesidade.

Ao analisar peso usual e peso atual dos pacientes entrevistados (Figura 2), nota-se que 60% dos entrevistados perderam peso e 40% aumentaram o seu peso.

DISCUSSÃO

A diversidade das formas mais encontradas de câncer é produto de uma interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, sendo a dieta tida como o mais comum entre estes últimos (World Cancer Research Fund, 2007).

Em um estudo realizado no ano de 2011, na CAPOS, foi encontrada uma prevalência de 61,4% pertencentes ao sexo masculino e 38,6% pertencentes ao sexo feminino, sendo o câncer de mama o mais prevalente na população feminina (48,7%) e no sexo masculino o mais prevalente foi o de próstata (50%).

Em relação ao trato digestório, 30,7% da população feminina e 33,9% da população masculina apresentaram algum tumor nessa localidade (Brito e colaboradores, 2012). Ao comparar com o estudo realizado, nota-se um aumento significativo na prevalência da neoplasia mamária, bem como da neoplasia do trato digestório, pois a instituição possui uma alta rotatividade, ou seja, não há um padrão quanto ao tipo de neoplasia diagnosticada.

Foi observado que a idade média dos entrevistados era de 54,8 anos. O envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nessa fase da vida (INCA, 2012).

Em estudo realizado em 2010, foi encontrada característica um pouco parecida, sendo a idade média de 64,5 anos, variando de 21 a 91 anos (Silva e colaboradores, 2010).

De acordo com os dados socioeconômicos, nota-se a baixa renda familiar e o baixo nível de escolaridade em pacientes diagnosticados com câncer. Tais fatores podem influenciar no acesso desta população ao serviço de saúde, práticas de autocuidado e adoção de medidas de detecção precoce para a neoplasia (Gonçalves e colaboradores, 2010).

As principais metas do tratamento são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Existem três formas principais de tratamento do câncer:

quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração.

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica (INCA, 2012). Conforme foi encontrado no estudo, a radioterapia foi a mais prevalente, embora todas as modalidades tiveram uma alta prevalência, exceto a hormônioterapia.

Sobre a sintomatologia das últimas duas semanas, os indivíduos tiveram uma maior prevalência quanto aos problemas para se alimentar, boca seca, saciedade precoce e dores. Tais sinais e sintomas são os mais frequentes em pacientes oncológicos. Os pacientes idosos com câncer avançado normalmente apresentam várias comorbidades, tanto devido aos problemas da própria idade quanto àqueles originados em decorrência dos vários tipos de tratamento oncológico aos quais foram submetidos na tentativa de cura e controle da doença (INCA, 2012). Resultados semelhantes foram encontrados por Brito e colaboradores (2012).

O tratamento utilizado para o câncer (quimioterapia/ radioterapia) irrita a mucosa do trato gastrointestinal, levando a náuseas, vômitos, diarreia, disfagia, estomatites, mucosites, constipação e estufamento abdominal, também agem sobre o sistema imunológico levando a imunossupressão. Devido aos transtornos gastrointestinais muitos pacientes deixam de se alimentar, pois muitos apresentam incômodo ao mastigar e deglutir, outros apresentam inapetência ou saciedade precoce, acarretando em anorexia e desnutrição, podendo evoluir a caquexia, interferindo na qualidade de vida (QV) (Nascimento e colaboradores, 2015), sinais e sintomas que foram visualizados no estudo.

A QV também está relacionada com a autonomia do paciente. A presença da dor interfere na capacidade funcional, limita a realização de atividades habituais levando a maior dependência do paciente em relação ao cuidador (Silva e colaboradores, 2010).

Foi observado uma alta prevalência de indivíduos com dificuldade em realizar esforços violentos, percorrer grandes distâncias a pé, tiveram preocupações, o estado físico ou tratamento médico causaram problemas de ordem financeira. Quanto a

saúde geral, a pontuação média foi de 4,3 e quanto a qualidade de vida global, o valor médio foi de 3,96.

Em relação ao QFA, avaliou-se que um hábito alimentar prévio à patologia revela um perfil dietético com déficits nutricionais importantes, mostrando um baixo consumo de agentes antioxidantes presentes nos vegetais e frutas. O hábito alimentar está diretamente ligado a fatores socioeconômicos e culturais, os quais determinam a qualidade e quantidade do que se consome (Sampaio e colaboradores, 2012).

Este fato está relacionado ao baixo ou nenhum consumo de alimentos com custo elevado, o que pode ter contribuído para o desenvolvimento de tumores malignos. Alguns estudos comprovam que a ingestão frequente desses alimentos protege o organismo dos indivíduos, devido à ação antioxidante presente neste grupo alimentar. Quanto aos cereais, verificou-se a falta da ingestão de produtos integrais, o que pode restringir o adequado consumo de fibras alimentares, assim como a ausência do uso de grãos e sementes, os quais são fontes de agentes protetores desta doença. O maior consumo e variedade destes alimentos elevarão a oferta de minerais, vitaminas, fibras e fitoquímicos, o que é recomendado pelas diretrizes mundiais de prevenção da patologia em análise (Sampaio e colaboradores, 2012).

Um dos dados mais preocupantes alcançados nesta pesquisa foi o IMC dos entrevistados, pois 46,7% se encontravam em sobrepeso/ obesidade. Pode ser justificado pela alta prevalência do câncer de mama (63,3%), pois a obesidade na pós-menopausa é um fator de risco para o desenvolvimento para esse tipo de neoplasia. Resultado bem diferente foi encontrado no estudo realizado por Brito e colaboradores (2012), onde apenas 26,7% da população apresentaram estar acima do peso.

Nota-se que 60% da população perderam peso, o que nos leva a crer que antes do diagnóstico da neoplasia, mais indivíduos se encontravam em sobrepeso/ obesidade e devido ao tratamento utilizado para o combate da doença, como discutido anteriormente, grande parte da amostra perderam peso.

Entre as limitações deste estudo, salienta-se o viés de memória em algumas questões retrospectivas, bem como o viés da

desejabilidade social, ou seja, característica do que é desejável, em específico, ao consumo diário de determinados grupos de alimentos. Outra limitação é a falta de medidas antropométricas, como circunferência da cintura e cintura do quadril, para observar o risco de complicações metabólicas associados à obesidade. O trabalho apresenta fragilidades, devido ao número da amostra ser pequena.

CONCLUSÃO

O estilo de vida e o padrão alimentar têm se modificado ao longo dos anos de modo que, a alimentação vem se tornando mais rica em lipídeos e menos saudável, o que pode contribuir para o aumento da incidência do câncer.

Diante disso, chama-se a atenção para alta prevalência de sobrepeso e obesidade observada na amostra.

No entanto, vale destacar, para aqueles pacientes com tumores no trato gastrointestinal, pois os transtornos gastrintestinais fazem com que muitos pacientes deixem de se alimentar o que acarreta em anorexia e desnutrição, podendo evoluir a caquexia, interferindo na qualidade de vida que está diretamente relacionada com a autonomia do paciente.

Com isso propõe-se a promoção de estratégias de educação em saúde, incluindo orientações e educação nutricional, devido às características que podem ser modificadas individualmente. Desta forma, tais ações educativas, poderiam atuar no controle e prevenção não só do câncer, mas em outras doenças.

AGRADECIMENTOS

À CAPOS por ter viabilizado o estudo.

REFERÊNCIAS

- 1-Brito, L.F.; Silva, L.S.; Fernandes, D.D.; Pires, R.A.; Nogueira, A.D.R.; Souza, C.L.; Cardoso, L.G.V. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de cancerologia*. Vol. 58. Núm. 2. p. 163-171. 2012.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_basicas_sisvan.pdf> Acesso em 28 agos. 2017.

3-Chow, E.; Hird, A.; Velikova, G. Eortc Quality of Life Group; Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for patients with bone metastases: the Eortc QLQ-BM22. Eur J Cancer. Vol. 45. Núm. 7. p. 1146-1152. 2009.

4-Garófolo, A.; Avesani, C. M.; Camargo, K. G.; Barros, M. E.; Silva, S. R.J.; Taddei, J. A. A. C.; Sigulem, D. M. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. Rev. Nutr. Vol. 17. Núm. 4. p. 491-505. 2004.

5-Gonçalves, L.L.C.; Lima, A.V.; Brito, E.S.; Oliveira, M.M.; Oliveira, L.A.B.; Abud, A.C.F. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. Revista de enfermagem. Vol. 18. Núm. 3. p. 468-472. 2010.

6-Gonzalez, M.C.; Borges, L.R.; Silveira, D.H.; Assunção, M.C.F.; Orlandi, S.P. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. Rev Bras Nutr Clin. Vol. 25. Núm. 2. p. 102-108. 2010.

7-Holtan, S. G.; O'connor, H. M.; Fredericksen, Z. S. Food-frequency questionnaire-based estimates of total antioxidant capacity and risk of non-Hodgkin lymphoma. International Journal of Cancer. Vol. 131. Núm. 5. p. 1158-1168. 2012

8-Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2011.

9-Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer. Rio de Janeiro: INCA. 2012.

10-Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de controle de Mama. Rio de Janeiro: INCA. 2013.

11-Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2014.

12-Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2015.

13-Instituto Nacional de Câncer. Estimativa. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>> Acesso em 20/12/2016.

14-Lipschitz, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. Vol. 21. Núm. 1. p. 55-67. 1994.

15-Machado, S.M.; Sawada, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto & Contexto - Enfermagem. Vol. 17. Núm. 4. p. 750-757. 2008.

16-Nascimento, F.S.M.; Góis, D.N.S.; Almeida, D.S.; Nascimento, A.L.; Almeida, T.C.; Guedes, V.R. A importância do acompanhamento nutricional no tratamento e na prevenção do câncer. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Vol. 2. Núm. 3. p. 11-24. 2015

17-Sampaio, H.A.C.; Rocha, D.C.; Sabry, M.O.D.; Pinehiro, L.G.P. Consumo alimentar de mulheres sobreviventes de câncer de mama: análise em dois períodos de tempo. Rev. Nutr. Vol. 25. Núm. 5. p. 597-606. 2012.

18-Silva, P.B.; Lopes, M.; Trindade, L.C.T.; Yamanouchi, C.N. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev Dor. Vol. 11. Núm. 4. p. 282-288. 2010.

19-World Health Organization. Quality of Life Assessment (WHOQOL): position taper from the World Helth Organization. Soc Sci Med. Vol. 41. Núm. 10. p. 1403-1409. 1995a.

20-World Cancer Research Fund (USA). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

21-World Health Organization. Expert Committee: physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995b. Technical Report Series, n. 854. b

22-World Health Organization. Estados Unidos; 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>

3-Nutricionista, Mestre em Engenharia e Ciências de Alimentos pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, Coordenadora de pós-graduação da Faculdade Independente do Nordeste-FAINOR, Brasil.

4-Fonoaudióloga, Doutoranda em Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia-UFBA, Brasil.

E-mail dos autores:

nglisboa@gmail.com

mariliaacm@yahoo.com.br

erllannya@hotmail.com

clara_mduque@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 09/03/2017

Aceito em 21/05/2017