

Relação entre sintomas, estado nutricional e acompanhamento nutricional no desfecho clínico de pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico

Relationship between symptoms, nutritional status and nutritional monitoring in the clinical outcome of patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy

Recebido: 21/08/2022 | Aceito: 10/11/2022 | Publicado: 14/11/2022

Cathysia Maria Leite Praxedes¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2027-9697>

 <http://lattes.cnpq.br/8867110659625400>

Escola Superior de Ciências Da Saúde, DF, Brasil
E-mail: cathysia.praxedes@escs.edu.br

Renata Costa Fortes²

 <https://orcid.org/0000-0002-0583-6451>

 <http://lattes.cnpq.br/5453042571253174>

Escola Superior de Ciências da Saúde, DF, Brasil
E-mail: renata.fortes@escs.edu.br

Fernanda Cintra Lima³

 <https://orcid.org/0000-0002-7713-9006>

 <http://lattes.cnpq.br/3533607338710140>

Escola Superior de Ciências da Saúde, DF, Brasil
E-mail: fernandalima.ndae@escs.edu.br

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação entre sintomas, estado nutricional e acompanhamento nutricional no desfecho clínico de pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico que incluiu pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico, assistidos no Ambulatório do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) entre agosto a setembro de 2022. Os dados foram coletados por meio de um questionário elaborado pelo pesquisador, da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) e sistema de prontuário eletrônico.

¹ Nutricionista formada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Pós Graduada em Nutrição Esportiva pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Residente do Programa Multiprofissional em Atenção ao Câncer pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF).

² Pós-Doutora em Psicologia com Metodologia de Revisão Sistemática pela Universidad de Flores, Buenos Aires. Doutora e Mestra em Nutrição Humana pelo Curso de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB/DF). Especialista em Nutrição Aplicada à Terceira Idade pelo Centro Universitário Estácio, Especialista em Abordagem Multidisciplinar em Oncologia pela Faculdade Única (Grupo Prominas), Especialista em Manuseio Nutricional na Cirurgia Bariátrica pela Faculdade Unylea, Especialista em Nutrição Clínica pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Especialista em Clínica e Terapêutica Nutricional pelo Instituto de Pesquisa Capacitação e Especialização (IPCE), Especialista em Nutrição Clínica, Enteral e Parenteral pelo GANEP, Especialista em Nutrição Clínica pela ASBRAN, Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e possui Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar pela Fiocruz. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto - Minas Gerais (UFOP/MG)

³ Possui graduação em Nutrição pela Universidade de Brasília (2000), Pós graduação em: Nutrição Humana e Saúde, Obesidade e Emagrecimento, Nutrição Enteral e Parenteral, Nutrição em Nefrologia, Consultoria Alimentar e Nutricional - Personal Dieter e Educação em Saúde para Preceptores do SUS. É especialista em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral pela SBNPE. Desde 2007 é nutricionista do Centro Brasiliense de Nefrologia & Diálise, desde 2006 é nutricionista da SES-DF (preceptora da Residência da ESCS/FEPECS desde 2012 - Residência Uniprofissional em Nutrição e Multiprofissional em Atenção ao Câncer), Coordenadora técnico-administrativa da EMTN-IHB e mestranda da ESCS-FEPECS em Ciências da Saúde

Utilizou-se análise de variância com distribuição de Poisson, regressões logísticas e teste Qui-quadrado. Análises a posteriori ocorreram para identificar quais grupos diferiam entre si ($P < 0,05$). Todas conduzidas utilizando software R versão 4.1.3 (R Core Team 2021). Resultados: Foram incluídos 92 pacientes, com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico, maioria do sexo masculino (60,9%), baixa escolaridade (50%) e renda familiar (63%), com diagnóstico de neoplasia intestinal e retal (51%), metastática (54,34%) e desnutridos (70,6%). Três sintomas apresentaram relação com o estado nutricional de desnutrição ($P < 0,05$). Em relação ao acompanhamento nutricional, foram verificadas diferenças significativas ($P < 0,0001$) entre as categorias do estado nutricional, sendo a frequência de acompanhamento maior (70%) no grupo ASG-C. Conclusão: Os dados do presente estudo demonstraram a existência de relação direta entre presença de sintomas, estado nutricional de desnutrição e ausência de acompanhamento nutricional, com desfechos clínicos desfavoráveis em pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: Câncer Gastrointestinal. Estado Nutricional. Sintomas. Acompanhamento Nutricional. Desfecho Clínico.

Abstract

Objective: To evaluate the relationship between symptoms, nutritional status and nutritional monitoring in the clinical outcome of gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy treatment. Methodology: This is a descriptive and analytical cross-sectional study that included patients with gastrointestinal cancer under chemotherapy treatment, assisted at the Outpatient Clinic of the Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) between August and September 2022. Data were collected using a questionnaire prepared by the researcher, the Subjective Global Assessment Produced by the Patient Himself (ASG-PPP) and the electronic medical record system. Analysis of variance with Poisson distribution, logistic regressions, and Chi-square test were used. A posteriori analyses occurred to identify which groups differed from each other ($P < 0.05$). All conducted using R version 4.1.3 software (R Core Team 2021). Results: 92 patients were included, with gastrointestinal cancer under chemotherapy treatment, mostly male (60.9%), low education (50%) and family income (63%), diagnosed with intestinal and rectal cancer (51%), metastatic (54.34%) and malnourished (70.6%). Three symptoms were related to the nutritional status of malnutrition ($P < 0.05$). Regarding nutritional follow-up, significant differences ($P < 0.0001$) were found among the categories of nutritional status, with the frequency of follow-up being higher (70%) in the ASG-C group. Conclusion: The data of this study demonstrated the existence of a direct relationship between the presence of symptoms, nutritional status of malnutrition and absence of nutritional monitoring, with unfavorable clinical outcomes in gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Gastrointestinal Cancer. Nutritional Status. Symptoms. Nutritional Monitoring. Clinical Outcome.

1. Introdução

Câncer (neoplasia maligna ou tumor maligno) é um conjunto de doenças que tem como característica o crescimento novo anormal de tecido. As neoplasias malignas apresentam um maior grau de anaplasia e têm propriedades de invasão e de

metástase quando comparadas às neoplasias benignas (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2018).

Atualmente, as doenças neoplásicas representam a segunda principal causa de morte em todo o mundo e espera-se que o número de novos casos aumente significativamente nas próximas décadas (MUSCARITOLI *et al.*, 2021). No Brasil, segundo as estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2019), para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).

A maioria dos pacientes com câncer apresenta algum grau de desnutrição em função do desequilíbrio entre ingestão dos alimentos e as necessidades nutricionais, devido aos efeitos dos tratamentos instituídos e às alterações metabólicas, imunológicas e inerentes ao próprio tumor (SMIDERLE; GALLON, 2012). Vários outros fatores desencadeiam desnutrição nesses pacientes, incluindo náusea, vômitos, anorexia, diarreia e, em alguns casos, disfagia e má absorção (HACKBARTH E MACHADO, 2015). Muscaritoli e colaboradores (2021), afirmam que a desnutrição tem um impacto negativo na qualidade de vida e nas toxicidades do tratamento. Porém a desnutrição mundial relacionada ao câncer ainda é pouco reconhecida, sendo subestimada e subtratada na prática clínica.

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar – IBRANUTRI verificou que 66,4% dos pacientes oncológicos apresentaram algum grau de desnutrição, havendo maior prevalência naqueles com câncer do aparelho digestório (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 1999 apud PEREIRA; FORTES, 2015). Segundo Ryu e Kim (2010), em se tratando de pacientes com câncer gastrointestinal, o risco para desnutrição se eleva, pois, a patologia interfere no processo de digestão dos alimentos e absorção dos nutrientes. O paciente desnutrido apresenta menor tolerância à quimioterapia. Assim sendo, pacientes com risco de desnutrição ou já classificados como desnutridos deveriam receber suporte nutricional adequado e serem acompanhados durante a evolução da doença. Torna-se necessário avaliar cada paciente, considerando o tipo de câncer, as áreas do corpo envolvidas e demais variáveis que possam afetar negativamente o estado nutricional, por meio de protocolos apropriados (HACKBARTH; MACHADO, 2015).

Destarte, levando-se em consideração à magnitude do câncer, especificamente o gastrointestinal, torna-se necessário relacionar os fatores que envolvem a situação de saúde desses indivíduos, proporcionando assim o planejamento e avaliações de ações e intervenções nutricionais, visto que a nutrição desempenha um papel crucial no tratamento do câncer, e, conseqüentemente auxiliando na análise do reflexo de tais aspectos no desfecho clínico desses pacientes. Assim, o presente estudo buscou avaliar a relação entre sintomas, estado nutricional e acompanhamento nutricional no desfecho clínico de pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico assistidos em um hospital público em Brasília, Distrito Federal.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico realizado em um hospital público de Brasília-DF, entre agosto a setembro de 2022. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) sob o parecer número 5.484.879 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 53284721.0.0000.8153.

Todos os pacientes que atenderam aos critérios de seleção e aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após as informações detalhadas sobre o objetivo do estudo e os procedimentos utilizados, sendo garantido o anonimato e o sigilo de todas as informações, respeitando a Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

A amostra foi composta por indivíduos com câncer gastrointestinal, especificamente de esôfago, estômago, transição gastroesofágica, intestino, reto e colorretal, com diferentes estadiamentos, assistidos no Ambulatório de Oncologia do IHBDF. Foram incluídos no estudo, pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, em tratamento quimioterápico, sendo excluídos os analfabetos, que apresentaram déficit cognitivo e deficiência visual, devido a possível viés no preenchimento das informações.

Para a caracterização do grupo estudado acerca do perfil socioeconômico, demográfico, situação clínica e acompanhamento nutricional, as informações foram coletadas por meio de um questionário semiestruturado elaborado pelo pesquisador. Em relação ao perfil nutricional e os principais sintomas aplicou-se a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), que consiste em um questionário produzido por Oterry (1996) a partir da Avaliação Subjetiva Global (ASG) para aplicação em pacientes oncológicos. Trata-se de um método essencialmente clínico que inclui informações sobre sintomas, capacidade funcional e perda de peso específicos dessa doença (SANTOS et. al., 2012), constituído por duas etapas.

Segundo Barbosa e Barros (2002) e Candela e colaboradores (2004), na primeira etapa o paciente se autoavalia e, na segunda etapa, o questionário é preenchido pelo nutricionista. Ao final, o paciente é classificado em: A (ASG-PPP "A") = bem nutrido, B (ASG-PPP "B") = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido ou C (ASG-PPP "C") = gravemente desnutrido. A auto avaliação considera aspectos como perda ponderal involuntária, alterações na ingestão alimentar, presença de sintomas com impactos nutricionais e alterações na capacidade funcional. Todas as seções são pontuadas com valores pré-estabelecidos a cada item. Na segunda etapa, atribuem-se, pelo profissional, pontos para a doença, o estresse metabólico e o exame físico (OTERRY, 1996).

Ainda de acordo com Oterry (1996), para avaliar a necessidade de intervenção nutricional, após a classificação pela ASG-PPP, foram consideradas as seguintes pontuações: sem necessidade de intervenção (0-1 ponto), educação nutricional (2-3 pontos), intervenção nutricional (4-8 pontos) e necessidade crítica de intervenção nutricional (≥ 9 pontos).

Para verificar se os pacientes estavam em acompanhamento nutricional, assim como, a conduta dietoterápica foram obtidos por meio do Soul MV, sistema de prontuário eletrônico do IGESDF -HB.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software Microsoft® Excel 2018. Os resultados foram inicialmente apresentados por meio de estatística descritiva (média, desvio-padrão e frequências percentuais), de forma a caracterizar a amostra estudada. Para avaliar se a média do score total de sintomas (variável dependente) se diferenciava entre os três grupos de estado nutricional (ASG-A, ASG-B e ASG-C; variável independente), foi realizada uma análise de variância (ANOVA) com distribuição de Poisson, uma vez que se tratava de uma variável contendo valores discretos. Para analisar se houve relação entre as diferentes categorias de estados nutricionais e os sintomas reportados pelos pacientes, foram realizadas regressões logísticas. As análises foram conduzidas separadamente para cada sintoma,

considerando a ocorrência (designado como 1) ou ausência (designado como 0) do mesmo. Para comparar se o número de pacientes em acompanhamento com a nutrição diferia entre os grupos de estado nutricional, foi realizado um teste de Qui-quadrado. Sempre que necessárias análises *a posteriori* foram realizadas para identificar quais grupos diferiam entre si ($P < 0,05$). Todas as análises foram conduzidas utilizando *software* R versão 4.1.3 (R Core Team 2021).

3. Resultados

A amostra foi composta por 92 indivíduos com câncer gastrointestinal, em tratamento quimioterápico, sendo 56 (60,9%) do sexo masculino e 36 (39,1%) do feminino, com média de idade de 60,36 anos (desvio padrão de 13,14). Em relação ao estado civil, a maioria dos pacientes 44,6% ($n=41$) era casada, seguidos por 25% ($n=23$), 13% ($n=12$), 9,8% ($n=9$) e 7,6% ($n=7$) eram, respectivamente, solteiros, divorciados, viúvos e união estável. Do total, 46 (50%) participantes apresentaram nível de escolaridade de ensino fundamental, 31 (33,7%) médio e 15 (16,3%) superior. Em relação a ocupação, a maioria era de aposentados 43,48% ($n=40$), seguidos por 31,52% ($n=29$) de desempregados, 15,22% ($n=14$) recebiam auxílios (doença, emergencial e licença) e o somente 9,78% ($n=9$) ainda trabalhavam. Os indivíduos foram ainda classificados de acordo com a classe socioeconômica, conforme os critérios propostos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), a qual classifica em categorias de A a E. Sendo necessário acrescentar a categoria de ≤ 1 salário mínimo, onde 58 pacientes (63%) possuíam baixa renda, 19 (20,7%) pertenciam à Classe E (recebiam até 2 salários mínimos), 10 (10,9%) à Classe D (entre 2 e 4 salários), 4 (4,3%) à Classe C (entre 4 a 10 salários) e apenas 1 paciente (1,1%) recusou-se a responder.

No que refere ao diagnóstico do câncer, o maior contingente (36,96%; $n=34$) dos indivíduos descobriu no ano onde foi realizada a pesquisa (2022), seguidos de 26,09% ($n=24$) no ano anterior de 2021, 18,48% ($n=17$) em 2020, 9,78% ($n=9$) em 2019, 6,51% ($n=6$) em 2018, 1,09% ($n=1$) tanto em 2017 quanto 2016. As principais neoplasias (conforme localização tumoral) encontradas foram: 29,3% ($n=27$) intestinal (delgado e grosso), 21,7% ($n=20$) retal, 14,1% ($n=13$) gástrica, 12% ($n=11$) esofágica, 6,5% ($n=6$) colorretal, 5,4% ($n=5$) hepática, por fim, 4,4% ($n=4$) pancreática, 4,4% ($n=4$) vesícula biliar e 2,2% ($n=2$) transição gastroesofágica. Ainda, mais da metade dos participantes ($n=49$, 53,3%; $n=50$, 54,34%) apresentaram, respectivamente, estadiamento IV e metástase tumoral, comumente em fígado, peritônio e pulmão, em menor contingente em ovário, linfonodomegaliaperigástrica, ossos, estômago, cérebro, tuba uterina e linfonodomegalia cervical.

No que concerne ao período de tratamento, encontrou-se que 41,3% ($n=38$) dos indivíduos estavam realizando recentemente quimioterapia (em menos de três meses), sendo que 20,7% ($n=19$) entre três a seis meses, 38% ($n=35$) de sete a mais de trinta e seis meses.

Ainda caracterizando a situação clínica do grupo estudado, observou-se a presença de outras Doenças Crônicas não Transmissíveis como: hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, asma, rinite e doença cardiovascular, nas porcentagens, 23,9% ($n=22$), 17,4% ($n=16$), 5,45% ($n=5$), 3,3% ($n=3$) e 1,1% ($n=1$).

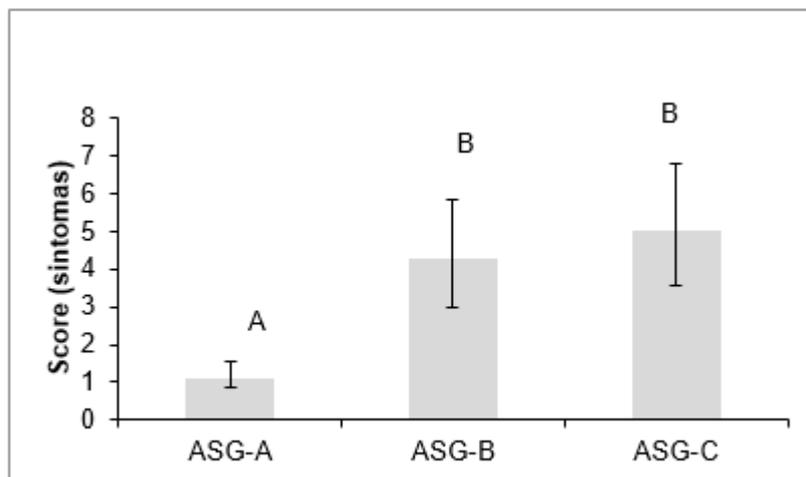
Além disso, constatou-se que do total dos participantes da pesquisa, somente 28 (30,43%) pacientes estavam atualmente em acompanhamento nutricional no Ambulatório do HBDF. As condutas dietoterápicas encontradas foram: 42,87% ($n=12$) dieta por via oral (VO) + terapia nutricional oral (TNO), 28,57% ($n=8$) terapia nutricional enteral (TNE) exclusiva; 25% ($n=7$) dieta por VO exclusiva e 3,57% ($n=1$) VO + TNE.

Referente a ASG-PPP, os principais sintomas apresentados pelos pacientes com câncer gastrointestinal em quimioterapia foram: inapetência (40,2%; n=37); náusea (30,4%; n=28); “os cheiros enjoam” (18,5%; n=17); êmese (17,4%; n=16); disgeusia (16,3%; n=15), entre outros, como mostrado Tabela 1. Neste quesito os participantes podiam responder mais de um sintoma.

Ao avaliar o estado nutricional pela ASG-PPP, identificou-se que a maioria dos pacientes (70,7%, n = 65) apresentou desnutrição, sendo que 48,9% (n = 45) foram classificados como moderadamente desnutridos ou suspeitos (ASG PPP-B) e 21,7% (n = 20) gravemente desnutridos (ASG PPP-C). Nesta amostra, 29,3% (n = 27) estavam bem nutridos ou anabólicos (ASG PPP-A).

A análise avaliando a média dos scores totais de sintomas entre os três grupos de estado nutricional indicou diferenças significativas (Rao=64,438; P<0,0001). Enquanto ASG-A obteve menores scores, ASG-B e ASG-C não diferiram entre si (Figura 1).

Figura 1. Análise da média dos scores totais de sintomas entre os três grupos de estado nutricional.



Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Tabela 1 - Sintomas mais prevalentes em 92 pacientes com câncer gastrointestinal, em tratamento quimioterápico, atendidos em um hospital público do Distrito Federal (n = 92). Agosto-Setembro/2022.

| Sintomas | N | Fp (%) |
|--------------------------------------|----|--------|
| Sem problemas para se alimentar | 26 | 28,3 |
| Inapetência | 37 | 40,2 |
| Náusea | 28 | 30,4 |
| Vômito | 16 | 17,4 |
| Constipação | 8 | 8,7 |
| Diarreia | 14 | 15,2 |
| Ferida na boca | 1 | 1,1 |
| Boca seca | 1 | 1,1 |
| Alimentos têm gosto estranho | 15 | 16,3 |
| Os cheiros enjoam | 17 | 18,5 |
| Problemas para engolir | 3 | 3,3 |
| Rapidamente sente-se satisfeito | 8 | 8,7 |
| Dor. | 10 | 10,9 |
| Outros (ex: depressão ou financeiro) | 7 | 7,6 |

Nota: n = número de participantes para cada sintoma. Fp (%) = frequência percentual.

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

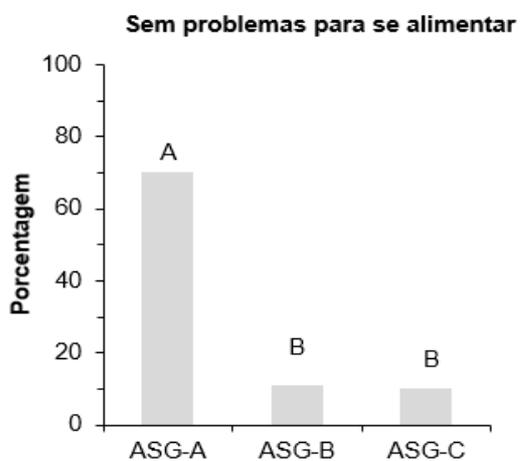
Dentre os 15 sintomas avaliados, quatro apresentaram relação com o estado nutricional dos pacientes (Tabela 2). Pacientes categorizados como ASG-A comumente reportaram não ter problemas para se alimentar, ao contrário de pacientes categorizados como ASG-B e ASG-C (sem diferença entre esses dois últimos grupos; Figura 2). Semelhantemente, os grupos ASG-B e ASG-C são os que mais apresentaram inapetência (sem diferenças entre esses dois grupos; Figura 3). Náuseas são mais comuns entre o grupo ASG-C, sendo que os grupos ASG-A e ASG-B não diferem entre si (Figura 4). Em relação a êmese, também são mais frequentes entre os indivíduos categorizados como ASG-C. Entretanto, ASG-B não difere entre os grupos ASG-A e ASG-C (Figura 5).

Tabela 2. Relação dos sintomas com o estado nutricional de 92 pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico em um hospital público do Distrito Federal (n=92). Agosto-Setembro/2022.

| Sintomas | Rao | P |
|---------------------------------|--------|---------|
| Sem problemas para se alimentar | 33,432 | <0.0001 |
| Inapetência | 11,110 | <0.0001 |
| Náusea | 13,907 | 0,001 |

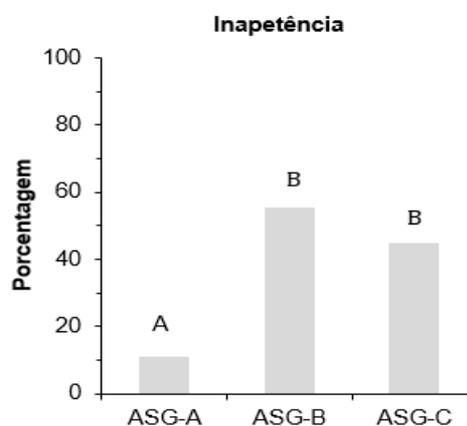
| | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| Vômito | 6,295 | 0,043 |
| Constipação | 5,793 | 0,055 |
| Diarreia | 4,487 | 0,106 |
| Ferida na boca | 1,056 | 0,590 |
| Boca seca | 1,056 | 0,590 |
| Alimentos têm gosto estranho | 4,497 | 0,106 |
| Os cheiros enjoam | 3,291 | 0,193 |
| Problemas para engolir | 3,943 | 0,139 |
| Rapidamente sente-se satisfeito | 5,583 | 0,061 |
| Dor | 1,838 | 0,399 |
| Outros (ex: depressão ou financeiro) | 1,844 | 0,398 |

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.



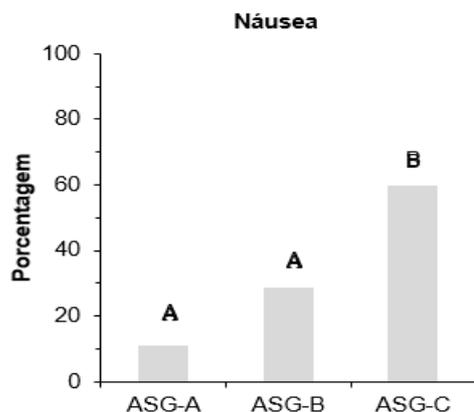
Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Figura 2. Relação entre o sintoma "sem problema para se alimentar" e os estados nutricionais.



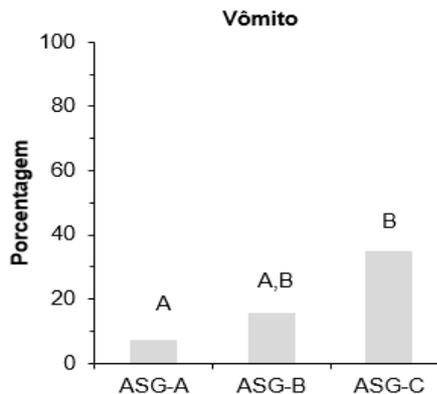
Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Figura 3. Relação entre as categorias do estado nutricional e inapetência.



Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

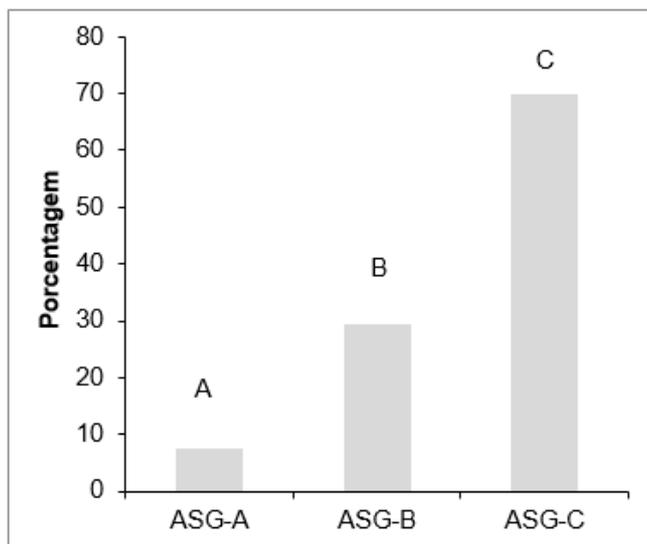
Figura 4. Relação entre náuseas e os estados nutricionais.



Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Figura 5. Relação entre vômitos e as categorias de estado nutricional.

As três categorias (ASG-A; ASG-B e ASG-C) diferem em relação ao acompanhamento nutricional e apresentaram diferenças significativas ($\chi^2=20,943$; $P < 0,0001$) tendo como resultados, a frequência de acompanhamento maior (70%) no grupo ASG-C (gravemente desnutrido), seguido pelos grupos ASG-B (moderadamente ou suspeita de ser desnutrido) e ASG-A (bem nutrido), sendo que todos os grupos diferem entre si (Figura 6).



Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Figura 6. Relação entre acompanhamento nutricional e as três categorias do estado nutricionais.

4. Discussão

O perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico encontrado para a amostra com câncer gastrointestinal em quimioterapia estudada foi majoritariamente de homens, com média de idade de 60 anos, casados, baixa escolaridade e renda familiar, com diagnóstico de neoplasia intestinal e retal, metastática e avançada (estadiamento IV). Tais resultados estão plausíveis com alguns estudos publicados (HERNANDEZ et. al., 2009; CAMBRUZZI et. al., 2015; CRUZ et. al., 2018; MELLO et. al., 2020).

De acordo com o INCA (2019), a mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que a incidência de câncer em homens representa 53%, sendo os tipos mais frequentes o de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), seguido por cólon e reto (10,9%). Ressalta ainda que, a neoplasia de intestino e reto (sem considerar os tumores de pele não melanoma), é o terceiro tumor mais incidente entre todos os cânceres. No Brasil, é o segundo mais ocorrente na Região do Centro-Oeste. Reforçando os aspectos socioeconômicos, LaRocca e colaboradores (2020) relataram que as questões financeiras são uma das fontes mais comuns de angústia observadas pelos pacientes oncológicos, exercendo impactos como diminuição da qualidade de vida e sobrevida.

Em relação ao período de diagnóstico do câncer observado no estudo, foi notadamente maior (81%) nos últimos dois anos. Provável reflexo da pandemia da COVID-19, caracterizada por mudanças de prioridades, onde as pessoas podem ter ignorado os sintomas, evitado cuidados de saúde oportunos e obedecendo a recomendações de permanecer em casa, devido ao medo de contrair o vírus fora do domicílio, incluindo hospitais. Essas atitudes desencadearam, consequências significativas para a saúde pública, com um risco tangível de aumentar a morbidade e a mortalidade por neoplasias malignas, talvez mais do que a própria COVID-19 (ARAÚJO et. al., 2021). Segundo Viola (2021), o Brasil terá cerca de 625 mil novos casos de câncer por ano até o final de 2022.

No que se refere aos sintomas em pacientes oncológicos, há variação de acordo com uma combinação de fatores como tipo de câncer, diagnóstico e estágio, modalidades de tratamento utilizadas e características inerentes ao indivíduo, como presença e tipo de comorbidades, variáveis psicossociais e o contexto biológico. Estes refletem diretamente na sobrevida desses pacientes (MELLO et. al., 2020).

Paralelamente, Levonyak et. al. (2022), afirmaram que a desnutrição é mais comum em cânceres gastrointestinais (GI) do que em outros tipos de tumores, os quais apresentam as taxas mais altas de perda de peso, principalmente nas neoplasias de cólon, pâncreas e gástrico. A desnutrição nestas malignidades pode ser impulsionada por inúmeros fatores, entre eles os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia. As drogas utilizadas no tratamento contra o câncer muitas vezes resultam em vômitos, mucosite, diarreia e disfagia. Dentro das 24 horas da administração de alguns fármacos, mais de 90% dos pacientes queixam-se de náuseas e é frequente a ocorrência de vômitos (GODOI, 2017).

Os sintomas mais comuns de efeitos colaterais descritos corroboram com os dados da presente pesquisa, onde inapetência, náusea, enjojo com cheiros, êmese e disgeusia foram os mais relatados pelos pacientes com GI em quimioterapia, e a maioria destes apresentavam classificação de estado nutricional como desnutrido (moderadamente e gravemente), conforme aplicação da ASG-PPP. Em especial, falta de apetite, náuseas e vômito foram os sintomas que indicaram relação direta com os estados nutricionais em questão, principalmente o da ASG-C.

Pelo exposto acima, fornecer apoio nutricional para pacientes oncológicos tem sido proposto para melhorar os resultados clínicos (GODOI, 2017). Na presente pesquisa, somente 28 pacientes realizavam acompanhamento nutricional ambulatorial durante o tratamento oncológico. Nesses pacientes as principais condutas dietoterápicas indicadas foram dieta por VO associada a TNO e TNE exclusiva, estando alinhadas com o mencionado por Revasco e colaboradores (2012), onde os pilares das intervenções nutricionais para pacientes com câncer e desnutridos devem incluir: aconselhamento dietético, uso de suplementos nutricionais orais e alimentação por sonda enteral. Os autores ainda reforçam que o aconselhamento nutricional deve ser realizado por nutricionista registrado, embasado em uma abordagem individualizada e centrada no paciente.

Contudo, apesar do pequeno quantitativo encontrado em relação ao acompanhamento nutricional, ao avaliar o item entre os três estados nutricionais (ASG-A, B e C), detectou-se diferença estatística significativa entre ambos, e com importante dado de que os pacientes gravemente desnutridos apresentaram maior frequência de acompanhamento. Os achados são de extrema relevância, visto que a desnutrição em pacientes com câncer, especificamente do GI, está associada a pior qualidade de vida, baixa tolerância ao tratamento e aumento da morbidade e mortalidade (AALDRIS et. al, 2013; SILVERS et. Al., 2014; LEVONYAK et. al., 2022).

As limitações desta pesquisa estão relacionadas ao viés de memória e aplicabilidade durante as sessões de quimioterapia, em razão de alguns pacientes possuírem idade mais avançada e estarem mais debilitados por efeito do próprio tratamento ou progressão do câncer, respectivamente. Outra fragilidade está no fato de não se tratar de um estudo prospectivo que permitiria comparar a longo prazo a efetividade das condutas dietoterápicas e acompanhamento nutricional no desfecho clínico dos pacientes. Todavia, esses entraves não invalidam os resultados encontrados e representam desafios a serem alcançados por pesquisas futuras.

5. Conclusão

Desse modo, na presente pesquisa, demonstrou-se relação significativa entre náuseas, êmese e inapetência e estado nutricional de desnutrição. Os indivíduos desnutridos gravemente mostraram diferença estatística quando comparados aos demais estados nutricionais no tocante ao acompanhamento nutricional, revelando maior frequência de aconselhamento no Ambulatório de Nutrição do IHBDF. Em súmula, constatou-se a existência de relação direta entre presença de sintomas, estado nutricional de desnutrição e ausência de acompanhamento nutricional com desfechos clínicos desfavoráveis em pacientes com câncer gastrointestinal em tratamento quimioterápico assistidos em um hospital público em Brasília, Distrito Federal.

Assim, como demonstrado nos resultados do estudo em questão e corroborados por demais trabalhos presentes na literatura, os cânceres do trato gastrointestinal são extremamente agressivos e potencializadores da desnutrição, principalmente quando associados a outros fatores, como características inerentes da própria epidemiologia e organismo do indivíduo, localização tumoral, progressão da doença e sintomas resultantes do tratamento oncológico. Apesar disso, atualmente ainda é subestimada e negligenciada por profissionais de saúde.

Por efeito de toda complexidade do tema, há necessidade de aprimorar os serviços e políticas públicas de saúde, destacando o atendimento nutricional, para que identifiquem, intervenham e manejem a desnutrição precocemente e de maneira eficaz. Dessa forma será possível contribuir para a redução da magnitude da

desnutrição, períodos de internações, custos hospitalares, morbimortalidades, e, conseqüentemente, melhor adesão ao tratamento e maior qualidade de vida, auxiliando desta maneira, para que estes pacientes apresentem desfechos clínicos favoráveis.

6. Referências

AALDRIKS, Ab A.; VAN DER GEEST, Lydia G.M.; GILTAY, Erik J.; LE CESSIE, Saskia; PORTIELJE, Johanneke E.A.; TANIS, Bea C.; NORTIER, Johan W.R.; MAARTENSE, Ed. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 4, n. 3, p. 218–226, jul. 2013. DOI 10.1016/j.jgo.2013.04.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24070460/>.

ARAUJO, S. E. A.; LEAL, A.; CENTRONE, A. F. Y.; TEICH, V. D.; MALHEIRO, D. T.; CYPRIANO, A. S.; CENDOROGLO, N. M.; KLAJNER, S. Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. **Einstein**, v. 19, p. 1–8, 2021. DOI: 10.31744/einstein_journal/2021AO6282. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/VFchpPrYBTJBmDgrbPpFFtk/?lang=pt&format=pdf>.

BARBOSA, M. C. G. S.; BARROS, A. J. D. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 3, p. 181–187, jul. 2002. DOI: 10.1590/S0004-28032002000300009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/yxTcttVKfY5wrTTmxH8HDFC/?lang=pt>.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 9 de março de 2021.

CAMBRUZZI, E.; ROMAN, L. R.; NOSCHANG, A. A.; PACHECO, F. B.; GASSEN, L. R.; MIRANDA, L. H.; PÊGAS, K. L. Relationship between the presence of liver metastases with histological grading, depth of invasion and nodal involvement in sporadic adenocarcinoma of the large intestine. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 51, n. 4, p. 246-251, Jul–Aug. 2015. DOI: 10.5935/1676-2444.20150041. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/nXfjLmX9DyFyNcKrDS3sRbx/abstract/?lang=en>.

CANDELA, C. G.; PEÑA, G.M.; COS BLANCO, A. I.; ROSADO, C. I.; RABANEDA, R. C. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. **Suporte Nutricional em el Paciente Oncológico**, v. 4, n. 1, p. 43–56, 2004. Disponível em: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_04.pdf.

CRUZ, A. I. B. M.; PINTO, L. F. R.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Perfil dos Pacientes com Câncer de Esôfago Diagnosticados entre 2001 e 2010 no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 471–477, dez. 2018. DOI:

10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.195. Disponível em:
<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/195>.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2018. **Ed. rev. e ampl.** São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 16 de maio de 2021.

GODOI, L. T.; FERNANDES, S. L. Terapia nutricional em pacientes com câncer do aparelho digestivo. **International Journal of Nutrology**, v.10, n.4, p.136–144, Set - Dez 2017. Disponível em: <https://d-nb.info/1208508369/34>.

HACKBARTH, L.; MACHADO, J. Estado Nutricional de Pacientes em Tratamento de Câncer Gastrointestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 30, n. 4, p. 271–275, 2015. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/02-Estado-nutricional.pdf>.

HERNANDEZ, J. M. H; DEK RISCO, A. E.; FERNÁNDEZ, A.C.; LA O, L. V. Comportamiento de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. **Archivo Médico de Camagüey**, v. 13, n. 1, p. 1–10, Feb. 2009. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 1 de maio de 2021.

LAROCCA, C.J.; LI, A.M.S.; LAFARO, K.; CLARK, K.M.S.; LOSCALZO, M.; MELSTROM, L.G.; WARNER, S.G. The impact of financial toxicity in gastrointestinal cancer patients. **Journal Elsevier**, p. 1–6, Fev. 2020. DOI: 10.1016/j.surg.2020.02.006.

LEVONYAK, N.S.; HODGES, M.P.; HAAF, N. R.D.; BROWN, T.J.; HARDY, S.M.C.N.; MHON, V.R.N.; KAINTHLA, R.M.D.; BEG, M.S.; KAZMI, S.M. Importance of addressing malnutrition in cancer and implementation of a quality improvement project in a gastrointestinal cancer clinic. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 37, p. 215 – 223, Fev. 2022. DOI: 10.1002/ncp.10753.

MELLO, M. R. S. P.; MOURA, S. F.; MUZI, C. M.; GUIMARÃES, R. M. Clinical evaluation and pattern of symptoms in colorectal cancer patients. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 57, n. 2, p. 131–136, Abr – Jun 2020. DOI: 10.1590/S0004-2803.202000000-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/z5hMqVyJq7v7PrYnLqQvSjk/abstract/?lang=en>.

MUSCARITOLI, M.; ARENDS, J.; BACHMANN, P.; BARACOS, V.; BARTHELEMY, N.; BERTZ, H.; BOZZETTI, F.; HÜTTERER, E.; ISENRING, E.; KAASA, S.; KRZYNARIC, Z.; LAIRD, B.; LARSSON, M.; LAVIANO, A.; MÜHLEBACH, S.; OLDERVOLL, L.; RAVASCO, P.; SOLHEIM, T. S.; STRASSER, F.; SCHUEREN, M. V. D.; PREISER, J.C.; BISCHOFF, S.C. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition

in cancer. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 5, p. 2898–2913, Mai. 2021. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946039/>.

OTERRY, F.D. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. **Nutrition**, v. 12, n. 1, p. 15–19, jan. 1996. DOI: 10.1016/0899-9007(96)90011-8. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/8850213>.

PEREIRA, N.A.C.; FORTES, R.C. Autoimagem corporal de pacientes com câncer gastrointestinal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 26, p. 29–44, Fev – Mai 2015. DOI: 10.51723/ccs.v26i01/02.162. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/162>.

REVASCO, P.; MONTEIRO-GRILLO, I.; CAMILO, M. Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 96, n. 6, p. 1346–1353, Dez. 2012. DOI: 10.3945/AJCN.111.018838. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23134880/>.

RYU, S. W.; KIM, I. H. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition among gastric cancer patients. **World Journal of Gastroenterology**, v. 16, n. 26, Jul. 2010. DOI: 10.3748/wjg.v16.i26.3310. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20614488/>.

SANTOS, A. L. B.; MARINHO, R. C.; LIMA, P. N. M.; FORTES, R. C. Avaliação nutricional subjetiva proposta pelo paciente versus outros métodos de avaliação do estado nutricional em paciente oncológicos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 27, n. 4, p. 243–249, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/artigo-5-4-2014.pdf>.

SILVERS, M. A.; SAVVA, J.; HUGGINS, C. E.; TRUBY, H.; HAINES, T. Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 11, p. 3035–3044, Nov. 2014. DOI: 10.1007/s00520-014-2311-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24908429/>.

SMIDERLE, C.A.; GALLON, C.W. Desnutrição em Oncologia: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.27, n.4, p. 250–256, 2012. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/artigo-6-4-2014.pdf>.

VIOLA, J.P. **COVID-19: impactos da pandemia no tratamento de câncer**. Youtube, 19 de março de 2021. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=xUP67wtwM_c. Acesso em: 16 de outubro de 2022.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 14, n. 2, p. 124-134, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-314600>.