http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2023.v15.v356
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

Submetido: 19/01/2021 Revisado: 24/08/2021 Aceito: 03/03/2023

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM CÂNCER EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR PAULISTA

Aparecida de Jesus Cipriano Santos, Erika Urias de Lima, Michele Fernanda Costa de Amorim, Sandra Cristina Genaro

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: aparecida.cipriano.ap9@gmail.com

RESUMO

A perda de peso no câncer ocorre tanto pela doença como pelo tratamento. Objetivou-se avaliar o conhecimento nutricional dos pacientes com câncer e seu estado nutricional. Tratou-se de um estudo observacional, descritivo em 50 pacientes com câncer, acima de 19 anos, internados em um hospital público do interior paulista. Foram avaliados o conhecimento nutricional, o perfil antropométrico e a perda de peso. Para a análise dos dados foram calculados as frequências, média e desvio-padrão das variáveis contínuo e apresentado em forma de tabelas, quadros e gráficos de setores. 44% dos pacientes apresentaram perda de peso grave antes do diagnóstico da doença até o momento da pesquisa e uma maior perda de peso foi evidente naqueles pacientes que apresentaram médio e baixo conhecimento nutricional. É necessário criar ações educativas alimentares e nutricionais voltadas para a melhoria do conhecimento e comportamento alimentar, a fim de esclarecer dúvidas e melhorar seu estado nutricional.
Palavras-chave: Neoplasias. Alimentação. Qualidade de vida. Antropometria. Comportamento alimentar.

EVALUATION OF KNOWLEDGE AND NUTRITIONAL STATUS OF CANCER PATIENTS IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE INTERIOR OF SÃO PAULO

ABSTRACT

Weight loss in cancer occurs both through disease and treatment. The objective was to evaluate the nutritional knowledge of cancer patients and their nutritional status. This was an observational, descriptive study of 50 cancer patients, over 19 years old, admitted to a public hospital in the interior of São Paulo. Nutritional knowledge, anthropometric profile and weight loss were evaluated. For data analysis, the frequencies, mean and standard deviation of continuous variables were calculated and presented in the form of tables, charts and graphs of sectors. 44% of the patients had severe weight loss before the diagnosis of the disease until the moment of the research and a greater weight loss was evident in those patients who presented medium and low nutritional knowledge. It is necessary to creat nutritional education actions aimed at improving knowledge and eating behavior, in order to clarify doubts and improve their nutritional status.
Keywords: Neoplasms. Food. Quality of life. Anthropometry. Feeding Behavior.

INTRODUÇÃO

Na maioria das cidades brasileiras, o câncer é a segunda causa de mortes e sua incidência vem aumentando significativamente, sendo considerado um problema de saúde pública[1]. Sabe-se que existem mais de 100 diferentes tipos de câncer, sendo classificados de acordo com a localização do tumor. Nos homens, os mais prevalentes são próstata (29,2%), colón e reto (9,1%), enquanto nas mulheres, os principais são mama (29,7%) e colón e reto (9,2%)[2].

Os principais tratamentos do câncer incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea, assim como uma

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

combinação deles. Para definir qual ou quais serão os tratamentos realizados, deve ser considerado o tipo de câncer, estadiamento, localização, além do estado de saúde em que o paciente se encontra[3].

Embora os tratamentos oferecidos tenham como objetivo a melhora do paciente, é comum o aparecimento de alguns efeitos colaterais, os quais muitas vezes prejudicam a saúde dos pacientes, causando interrupção do tratamento[4]. Dentre eles destacam-se fadiga, ansiedade, alteração do peso, náuseas e vômitos e dor[5].

A etiologia do câncer é multifatorial, sendo que, os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem o tabagismo, a exposição a determinados tipos de bactérias, vírus e parasitas além de substâncias carcinogênicas como as provenientes do carvão e de agrotóxicos, a obesidade, falta de atividade física e alimentação[6], a qual se apresenta tanto como fator de risco como fator de proteção. Como fator de risco, destacam-se os produtos industrializados, derivados de leite, cereais, grãos mal-conservados, produtos embutidos, carnes defumadas e curadas, carne vermelha e frituras[7].

Em paradoxo aos fatores de risco relacionados à alimentação, o consumo de frutas, verduras e legumes é capaz de proteger contra a oncogênese. Isso se deve ao fato de alguns alimentos possuírem substâncias antioxidantes[6], compostos fenólicos, carotenóides, fitoesteróis, ácidos graxos polinsaturados (PUFAs), quercetina, curcumina, dentre outras substâncias capazes de agirem como coadjuvantes quimioprotetores[8].

Além disso, os alimentos ricos em fibras também atuam como agentes protetores uma vez que retardam o trânsito intestinal, já que as enzimas digestivas do trato gastrointestinal não conseguem digerir[9]. As fibras alimentares, classificadas como solúveis e insolúveis, atuam como promotoras da saúde, auxiliando na perda de peso por promoverem maior saciedade, regulando os níveis de glicose sanguínea, prevenindo doenças como diabetes mellitus e evitando a ocorrência de constipação intestinal. Essas fibras atuam protegendo principalmente contra o câncer colorretal, reduzindo o tempo do trânsito intestinal e consequentemente o tempo de contato entre a mucosa e os agentes cancerígenos[10].

Uma alimentação saudável e equilibrada contendo todos os nutrientes essenciais não só é importante para a prevenção, como também para todas as etapas da doença, sendo indispensável durante o tratamento[11]. Nesse momento, a alimentação adequada auxilia os pacientes a suportarem melhor os efeitos colaterais e as doses de medicamentos, promovendo maior disposição ao paciente oncológico, melhorando sua imunidade e controlando o peso corporal[7].

Prevenir a perda de peso é crucial durante toda a doença e embora alguns estudos tenham demostrado que a doença em si já é uma causa recorrente de desnutrição, ao decorrer do tratamento oncológico é possível observar anorexia e consequentemente, déficit de nutrientes e perda de peso em alguns pacientes, fatores esses que induzem a um pior prognóstico[12]. Ainda, uma grande perda de peso pode acarretar a presença de sintomas indesejados, diminuindo a tolerância ao tratamento e prejudicando a qualidade de vida do paciente, podendo levar a uma maior morbimortalidade[13].

Muitas são as dúvidas a respeito da alimentação de pacientes oncológicos, no qual a informação incorreta pode acarretar prejuízos ao tratamento e consequentemente à saúde do paciente. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento nutricional dos pacientes com câncer e seu estado nutricional, a fim de, posteriormente, sanar dúvidas a respeito da alimentação e melhorar sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) com número de protocolo 20271419.0.0000.5515 e seguiu as normas da Resolução CNS 466/2012 do CONEP.

Tratou-se de um estudo descritivo com delineamento transversal de análise qualitativa e quantitativa que foi realizado no Hospital Regional, da cidade de Presidente Prudente - SP. A amostra constituiu-se de 50 pacientes de ambos os sexos, acima de 19 anos, com qualquer diagnóstico de câncer, internados nas clínicas cirúrgicas (geral e de especialidades médicas), oncologia, ginecologia e obstetrícia. Segundo Crispim et al. (2003)[14] e Slater et al. (2003) [15], uma amostra de 50 a 100 sujeitos foi recomendada para cada grupo demográfico.

Para compor o grupo, os pacientes deveriam estar deambulando, conscientes e alertas. Aqueles que não se enquadraram nos critérios descritos acima, não foram incluídos na

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

amostra. Os pacientes que aceitaram o convite para participar do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido para este fim, no qual foram informados sobre os objetivos do trabalho e os procedimentos aos quais foram expostos.

Uma ficha de anamnese foi elaborada pelas pesquisadoras, a fim de se obter dados sociodemográficos como raça, idade, escolaridade e estado civil. Ainda, foram mensurados peso atual e altura conforme a metodologia descrita por Duarte e Castellani[16], por meio de balança digital tipo plataforma, da marca Mondial®, com capacidade de 150 Kg e precisão de 100 g e por um estadiômetro portátil da marca Sanny®, com capacidade de medição de 210 centímetros (cm) e sensibilidade de 0,1 cm.

Posteriormente, o índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela fórmula Peso/Altura^2, classificando os indivíduos de acordo com os critérios do *World Health Organization*[17] para adultos e Lipschitz[18] para idosos (acima de 60 anos).

Por fim, foi verificada a história de alteração de peso usual antes do diagnóstico e alteração do apetite, observando a normalidade, seu aumento ou diminuição.

Para avaliar o conhecimento nutricional, foi aplicada a escala de conhecimento nutricional[19], composta por 12 questões e pontuação máxima de 14 pontos. Para a classificação do conhecimento nutricional, foi utilizado o seguinte critério: pontuações totais entre 0 e 6 indicaram baixo conhecimento nutricional, entre 7 e 10 moderado conhecimento nutricional e acima de 10, alto conhecimento nutricional. A escala compreende questionamentos específicos a respeito da relação entre alimentação, câncer e outras doenças, composição de alimentos ricos em fibras, gorduras e recomendações de frutas e hortaliças. A escala escolhida para uso neste estudo foi aquela desenvolvida por Harnack et al.[19], para uso no *National Health Interview Survey Cancer Epidemiology.*

A principal limitação em relação à pesquisa esteve relacionada à fidedignidade dos dados coletados, pois o trabalho com indivíduos depende da veracidade de suas respostas.

Os dados foram tabulados em uma planilha do Excel e foram calculadas as frequências, médias e desvios-padrão das variáveis contínuas e os resultados foram apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos de setores.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 pacientes com câncer, internados no Hospital Regional de Presidente Prudente SP, os quais 56% eram do sexo feminino e 44% do sexo masculino, cuja média de idade era 58 ± 16,56 anos, apresentando maior porcentagem, pacientes na faixa etária de 41 a 59 anos (52%), seguida por idosos com idade superior a 60 anos e somente 10% encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos.

Dos pacientes entrevistados, 6% eram analfabetos, 50% possuíam ensino fundamental incompleto, 18% fundamental completo, 24% possuíam o ensino superior incompleto e 2% ensino superior completo. Com relação ao estado civil, 18% eram solteiros, 56% casados, 12% viúvos, 10% divorciados e 6% enquadravam-se como “outros”.

Os tipos de câncer encontrados no estudo estão descritos na Tabela 1, sendo que os pacientes poderiam apresentar mais de um tipo de câncer.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Tabela 1. Tipos de câncer observados no estudo.

Tipos de Câncer	**n**
Cólon	9
Reto	8
Mama	5
Útero	5
Pulmão	4
Rim	3
Estômago	3
Bexiga	3
Cabeça e Pescoço	3
Linfoma	3
Coluna	2
Sítio primário desconhecido	2
Ovário	1
Vesícula	1
Tireoide	1
Pâncreas	1
Mieloma múltiplo	1

As tabelas 2 e 3 apresentam as características do tipo de câncer, alteração do peso do paciente antes do diagnóstico da doença até o momento da pesquisa, bem como o estado nutricional atual, representado pelo IMC dos pacientes de acordo com sexo, feminino e masculino respectivamente.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Tabela 2. Classificação do índice de massa corpórea (IMC), percentual de perda de peso e tipo de câncer, de acordo com sexo feminino.

Tipo de Câncer	Alteração do peso	IMC
Ovário	Perda significativa de peso 100%	Eutrofia 100%
Mama	Perda Grave de peso 25% Sem perda de peso 50% Perda de peso não significativa 25%	Eutrofia 25% Excesso de peso 50% Baixo peso 25%
Útero	Perda grave de peso 75% Sem perda de peso 25%	Eutrofia 25% Excesso de peso 75%
Rim	Perda de peso não significativa 100%	Excesso de peso 100%
Bexiga	Perda grave de peso 100%	Excesso de peso 100%
Linfoma	Sem perda de peso 100%	Baixo peso 100%
Sitio Primário Desconhecido	Perda grave de peso 100%	Eutrofia 100%
Pulmão	Sem perda de peso 100%	Excesso de peso 100%
Tireoide	Perda de peso não significativa	Excesso de peso 100%
Colón	Perda grave de peso 66,33% Perda significativa de peso 33,33%	Excesso de peso 100%
Reto/Útero	Perda grave de peso 100%	Eutrofia 100%
Mama/Colón/Coluna	Perda grave de peso 100%	Eutrofia 100%
Colón/Reto	Perda grave de peso 100%	Excesso de peso 100%
Reto	Perda grave de peso 33,33% Perda de peso não significativa 33,33% Sem perda de peso 33,33%	Eutrofia 33,33% Excesso de peso 66,66%
Estomago	Perda grave de peso 100%	Eutrofia 100%
Cabeça e Pescoço	Sem perda de peso 100%	Eutrofia 100%
Coluna	Sem perda de peso 100%	Eutrofia 100%

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Tabela 3. Classificação do índice de massa corpórea (IMC), percentual de perda de peso e tipo de câncer, de acordo com sexo masculino.

Tipo de Câncer	Alteração do peso	IMC
Colón	Perda grave de peso 50% Perda de peso não significativa 25% Sem perda de peso 25%	Eutrofia 75% Excesso de peso 25%
Pulmão	Perda de peso não significativa 25% Sem perda de peso 33,33%	Eutrofia 33,33% Excesso de peso
Estomago/Vesícula	Perda grave de peso 100%	Baixo peso 100%
Bexiga	Perda grave de peso 50% Perda de peso não significativa 50%	Excesso de peso 50% Baixo peso 50%
Rim	Perda grave de peso 50% Perda de peso não significativa 50%	Eutrofia 50% Excesso de peso 50%
Linfoma	Perda de peso não significativa 50% Sem perda de peso 50%	Eutrofia 50% Excesso de peso 50%
Cabeça e Pescoço	Sem perda de peso 100%	Eutrofia 100%
Reto	Perda grave de peso 33,33% Perda de peso não significativa 33,33% Sem perda de peso 33,33%	Eutrofia 66,66% Excesso de peso 33,33%
Mieloma múltiplo	Perda grave de peso 100%	Excesso de peso 100%
Pâncreas	Sem perda de peso 100%	Eutrofia 100%
Estomago	Perda grave de peso 100%	Eutrofia 100%

A tabela 4 apresenta o estado nutricional atual dos pacientes do estudo segundo IMC, onde está descrito baixo peso deve-se considerar as classificações de magreza e desnutrição leve. Na classificação de excesso de peso da figura, deve-se considerar também as classificações de obesidade leve, obesidade moderada, obesidade grave.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Tabela 4. Estado nutricional segundo IMC.

Estado Nutricional pelo IMC	Porcentagem
Baixo Peso*	8%
Excesso de Peso**	46%
Eutrofia	46%

A tabela 5 apresenta a alteração de peso que os pacientes apresentaram antes do diagnóstico da doença até o momento da pesquisa.

Tabela 5. Alteração de peso dos pacientes

Alteração dos Peso dos Pacientes	Porcentagem
Sem Perda de Peso	30%
Perda de Peso Não Significativa	22%
Perda Significativa de Peso	4%
Perda Grave de Peso	44%

A Tabela 6 representa o conhecimento nutricional de pacientes com diagnóstico de câncer através da Escala de Conhecimento Nutricional desenvolvida por Harnack et al. [19]

Tabela 6- Conhecimento Nutricional

Conhecimento Nutricional	Porcentagem
Baixo Conhecimento	28%
Médio Conhecimento	58%
Alto Conhecimento	14%

A Figura 1 representa o número de pacientes em cada escore de conhecimento nutricional de acordo com a perda de peso.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

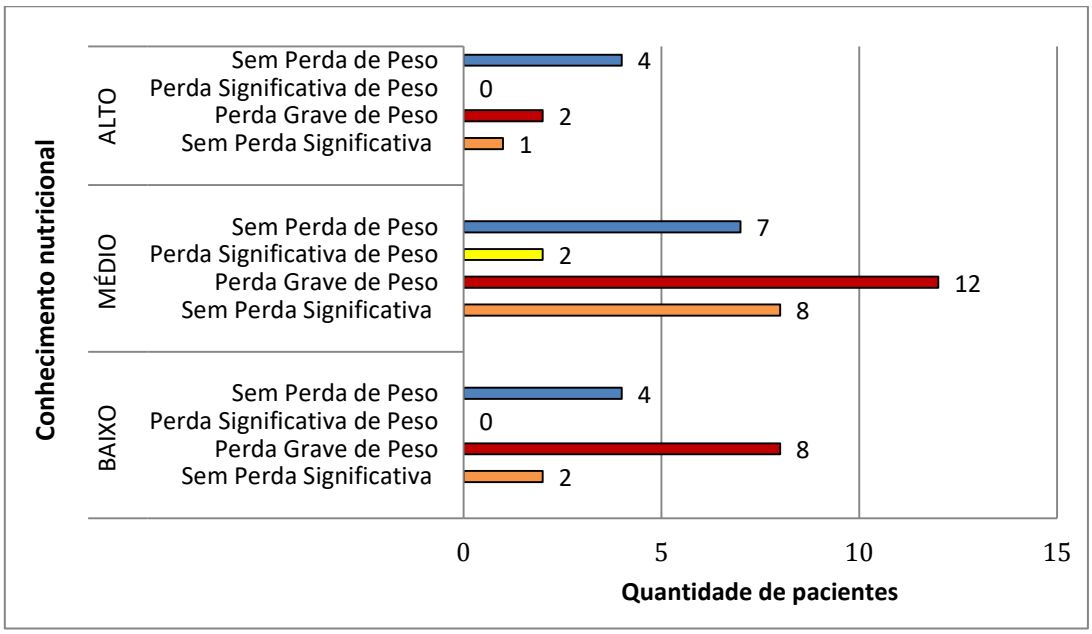


Figura 1. Conhecimento nutricional e perda de peso.

Dos pacientes do estudo, 34% relataram não ter recebido nenhuma orientação nutricional referente à sua patologia. Em contrapartida, 62% receberam orientação referente à alimentação saudável, 2% obtiveram orientações alimentares a respeito de dieta cetogênica e 2% a respeito de uma dieta vegana. Dentre os quais, essas orientações foram recebidas de nutricionistas (56%), médicos e nutricionistas (6%), médicos (4%), internet (4%), outras pessoas (16%).

DISCUSSÃO

É comum que pacientes com câncer façam uso de terapias não convencionais, as quais podem muitas vezes prejudicar o tratamento convencional. Neste estudo, observamos que 64% dos pacientes utilizavam alguma planta ou composto químico com o intuito de melhorar o processo digestivo, como também para auxiliar na cura do câncer. Dentre elas, podemos citar camomila, boldo, graviola, noni, erva doce, hortelã, hibisco, erva cidreira, espinheira santa, carqueja, cavalinha, bicarbonato de sódio, chá verde, canela de velho, quebra pedra[20].

A literatura apresenta diversos estudos apontando a idade como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, quanto mais velho, maior o risco. Segundo Oliveira *et al.*[21], a idade avançada é um dos fatores de risco associados fortemente ao câncer de mama. Já segundo Medeiros, Menezes e Napoleão[22], o câncer de próstata é apontado como uma neoplasia da terceira idade nos homens. Enquanto Lima et al.[23], salientam que, mulheres a partir dos 35 anos estão mais suscetíveis ao surgimento de câncer de colo uterino. Ademais, Barduco et al.[24], observaram em seu estudo que a idade era um fator determinante para o câncer colorretal, sendo mais acentuada a partir dos 50 anos.

De acordo com Kreuz e Franco[25], a população idosa está mais propensa à oncogênese devido a alterações fisiológicas naturais que ocorrem com o processo de envelhecimento, tais como: atrofia da mucosa – diminuição das vilosidades; menor absorção de nutrientes e vitaminas (especialmente Vitamina D e Ferro); lentificação do trânsito intestinal – constipação; predisposição a divertículos; maior susceptibilidade a lesões e sangramentos digestivos e o processo de apoptose, o qual não é sinônimo de morte celular, pois a morte celular pode ocorrer de várias maneiras, e uma delas é a apoptose, que é uma morte programada. Porém este fato não foi observado nesse estudo, pois a prevalência de casos encontrava-se na faixa etária de 41 a 59 anos (52%).

Em virtude de a fisiologia hormonal ser diferente entre os sexos, existe alguns tipos de câncer que são exclusivos de mulheres e outros de homens[26]. Os tipos com maior prevalência entre homens são de próstata; colón e reto; traqueia, brônquio e pulmão, enquanto em mulheres, os tipos mais prevalentes são de mama, colorretal e colo do útero[2]. No presente

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

estudo, observamos uma maior prevalência de câncer colorretal tanto em homens como em mulheres[2].

O câncer colorretal tem como principal fator de risco a obesidade, alimentação pobre em fibras, rica em gorduras saturadas, defumados, embutidos, carne vermelha em excesso, preparação dos alimentos em altas temperaturas e na brasa[27]. Além deste tipo de câncer, também outros observados no presente estudo apresentam relação com a obesidade, como os cânceres de esôfago, rim, vesícula, pâncreas, corpo uterino, ovário e mama[28]. Apesar do grande percentual de perda de peso, a presença do excesso de peso é maior (46%). Logo, as neoplasias descritas anteriormente que são frequentemente associadas ao excesso de peso, foram encontradas na maioria dos pacientes deste estudo, evidenciando que o excesso de peso é um fator de risco para esses tipos de câncer.

Independentemente de o paciente encontrar-se obeso, alguns tipos de câncer, como os do trato digestório, são mais propensos em causar perda de peso, principalmente devido às alterações metabólicas, disfunções imunológicas e catabolismo muscular[29]. Além disso, outros fatores como o estágio da doença e os tipos de terapias utilizadas são responsáveis pela redução da ingestão alimentar, aumentando ainda mais o grau da desnutrição[29, 30].

No presente estudo, observamos a utilização de terapias não convencionais concomitantemente com o tratamento do câncer. Embora estudos tenham demostrado que a utilização de alguns tipos de plantas possui ação quimiopreventiva, estas podem ser consideradas xenobióticas e ao sofrerem biotransformações no organismo, geram produtos tóxicos. Além disso, existem riscos ao fazer o uso destas terapias não convencionais, principalmente em conjunto com quimioterápicos, pois podem ocorrer interações medicamentosas e levar alterações orgânicas[31].

As interações podem tanto ser farmacodinâmicas, ocorrendo diminuição ou aumento no efeito do medicamento, como farmacocinéticas, as quais levam a modificações na absorção do fármaco e na sua disposição no organismo, acarretando alterações no nível plasmático[32]. Em função disso, é imprescindível que essas terapias sejam utilizadas de maneira adequada, sendo necessário conhecer as espécies das plantas, indicações, modo de preparo e efeitos adversos, devendo ser evitado a utilização dessas terapias de maneira aleatória[33].

Infelizmente, esses tratamentos vêm sendo cada vez mais procurados por pacientes oncológicos e muitas vezes, quando não obtêm resultado junto aos profissionais da saúde, buscam sozinhos ou com auxílio de amigos, vizinhos e familiares[34].

Segundo Silva et al.[35], a alimentação é o segundo fator modificável no câncer. Na hipótese de adoção a hábitos de vida saudáveis, uma em cada cinco neoplasias mais frequentes poderiam ser evitadas. Em seu estudo, foi observado um baixo consumo de frutas e legumes, provavelmente por estar relacionado a um baixo conhecimento nutricional, o qual é fundamental para que se ocorram mudanças nos hábitos alimentares, contribuindo para um melhor desfecho clínico.

Embora, no presente estudo, a maioria dos pacientes tenha apresentado médio conhecimento nutricional, quando discriminados de acordo com a perda de peso foi observado que aqueles classificados como médio e baixo conhecimento nutricional, apresentaram maior perda de peso. A desnutrição é uma condição frequente em indivíduos com câncer, está associada à evolução tumoral e aos impactos e efeitos colaterais dos tratamentos[36]. Além de estar ligada ao pior prognóstico, deve ser detectada e prevenida o mais precocemente possível para tratar e prevenir o prejuízo clínico por meio de intervenções nutricionais apropriadas e intensivas[37].

Há evidências crescentes de que, além de desempenhar um bom prognóstico para o paciente, no desenvolvimento do câncer, a dieta pode influenciar resultados após seu diagnóstico. Dessa maneira, um suporte nutricional adequado poderia melhorar a resposta ao tratamento e sobrevida dos pacientes com diversos tipos de câncer[38].

As práticas alimentares saudáveis, como aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, reduzem a ingestão de alimentos com alta densidade energética e bebidas açucaradas, estimulando também o controle de peso[39]. Essas atitudes simples são consideradas como fatores de proteção para diversos tipos de câncer, além de prevenir complicações da doença[39], pois auxiliam na tolerância aos tratamentos oncológicos (minimizando a sintomatologia) e reduzem as chances de complicações

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

proporcionando melhora na qualidade de vida desses pacientes[39].

Não devemos nos esquecer de que a intervenção nutricional deve sempre respeitar a individualidade de cada paciente. Após a avaliação do estado nutricional, o nutricionista deve determinar a terapia adequada, iniciando-a o mais brevemente possível. Ademais, é vital estabelecer uma boa comunicação entre o profissional, o paciente e sua família, para que possa facilitar a adesão aos novos hábitos alimentares[40].

A desnutrição muitas vezes tem um efeito muito prejudicial na capacidade de um indivíduo de responder a processos patológicos. Por outro lado, o excesso de peso também é uma condição perigosa que precisa ser corrigida.

Portanto, a enorme instabilidade nutricional, assim como a alta prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade, podem ser consideradas uma situação que requer acompanhamento nutricional rigoroso, sendo que o acompanhamento nutricional deve ser realizado desde a mais tenra idade. Pois somente desta forma os profissionais de nutrição podem desempenhar um papel efetivo no processo de recuperação e/ou cura.

Conclui-se que uma maior perda de peso foi evidente naqueles pacientes que apresentaram médio e baixo conhecimento sobre alimentação e nutrição. Sendo assim, é necessário criar ações educativas alimentares e nutricionais voltadas para a melhoria do conhecimento e comportamento alimentar, tanto da população em geral, visando prevenção de várias doenças, dentre elas, o câncer, como principalmente do paciente oncológico, a fim de esclarecer dúvidas e melhorar seu estado nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Tratamento do câncer [Internet]; 2019. [Acesso em 2019 abr. 08]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tratamento

2. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer [Internet]; 2020. [Acesso em 2020 mai. 25]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer

3. Fusco FS, Onofre MA, Navarro CM, Bufalino A, Ortega RM, Campos EA, et al. Prevenção e tratamento dos efeitos colaterais na cavidade oral em mulheres durante o tratamento oncológico. Anais do VIII Congresso de extensão universitária da UNESP [Internet]; 2015 ago., p. 2. [Citado em 2019 abr. 08]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/142626/ISSN2176-9761-2015-01-06-onofre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Paula JM, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. Rev Rene. 2015 jan. [Citado em 2019 jul. 24];16(1): 3. doi: 10.15253/2175-6783.2015000100014

5. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o Câncer: do Diagnóstico ao Tratamento. REUFSM. 2015 jul.- set. [Citado em 2019 jul. 23]; 5(3): 499-510. doi: https://doi.org/10.5902/2179769215709

6. Munhoz MP, Oliveira J, Gonçalves RD, Zambon TB, Oliveira LCN. Efeitos do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. Rev Odontol Araçatuba. 2016 mai.-ago. [Citado em 2019 jul. 23]; 37(2): 4. Disponível em: https://revaracatuba.odo.br/revista/2016/08/trabalho5.pdf

7. Pereira PL, Nunes ALS, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. Rev Bras Cancerol. 2015 set. [Citado em 2019 jul. 23]; 61(3):2-6. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n3.254

8. Costea T, Hudita A, Ciolac OA, Galateanu B, Ginghina O, Costache M, et al. Quimioprevenção do Câncer Colorretal por Compostos Dietéticos. MDPI – IJMS. 2018 nov. [Citado em 2019 mai. 18]; 19(12). doi: https://doi.org/10.3390/ijms19123787

9. Gavanski DS, Baratto I, Gatti RR. Avaliação do hábito intestinal e ingestão de fibras alimentares em uma população de idosos**.** RBONE. 2015 jan.-fev. [Citado em 2019 jul. 22]; 9(49): 2-3. Disponível em: http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/341

10. Costa SMB, Medeiros LH, Zugaib JCDM, Souza LS, Betting ET, Barros SP. Elaboração de manual sobre fibras alimentares e constipação intestinal. Nutrição Brasil. 2017 mar. [Citado em

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

2019 jul. 22]; 16(3): 154-8. doi: https://doi.org/10.33233/nb.v16i3.1103

11. Oliveira TR, Fortes RC. Hábitos alimentares de pacientes com câncer. J Health Sci. 2013 [Citado em 2019 mai. 18]; 31(1): 5. Disponível em: https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p59a64.pdf

12. Dallacosta FM, Carneiro TA, Velho SF, Rossoni C, Baptistella AR**.** Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. Cogitare. 2017 out. [Citado em 2019 jul. 23]; 22(4). doi: https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.51503

13. Gomes NS, Maio R. Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente e Indicadores de Risco Nutricional no Paciente Oncológico em Quimioterapia. Rev Bras Cancerol. 2015 set. [Citado em 2019 jun. 05]; 61(3): 235-42. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n3.253

14. Crispin SP, Silva MMS, Ribeiro RCL. Validação de questionários de frequência alimentar. Nutrição Brasil. 2003; 5(2): 286-90.

15. Slater B, Philippi ST, Marchioni DML, Fisberg RM. Validação de Questionários de Frequência Alimentar-QFA: considerações metodológicas. Rev bras epidemiol. 2003 [Citado em 2020 jun. 29]; 6(3):200-8. doi: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000300003

16. Duarte AC, Castellani FR. Semiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil Editora; 2002.

17. World Health Organization. Obesity Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.

18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994 [Citado em 2020 jun. 25]; 21(1): 55-67. doi: https://doi.org/10.1016/S0095-4543(21)00452-8

19. Harnack L, Block G, Subar A, Lane S, Brand R. Association of cancer-prevention-related nutrition knowledge, beliefs and attitudes to cancer prevention dietary behavior. J Am Diet Assoc. 1997 [Citado em 2020 jun. 27]; 97(9): 65-957. doi: 10.1016/S0002-8223(97)00231-9

20. Alves BLP, Silva VGN, Caetano IBMOS, Livinali A, Cruz ML. Polimedicação em idosos submetidos a tratamento oncológico. Rev Bras Cancerol. 2019 [Citado em 2020 jun. 20]; 65(4,):8. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.379

21. Oliveira LAR, Machado RD, Rodrigues AJL. Levantamento sobre o uso de plantas medicinais com a terapêutica anticâncer por pacientes da Unidade Oncológica de Anápolis. Rev bras plantas med. 2014 [Citado em 2020 jun. 03]; 16(1):32-40. doi: https://doi.org/10.1590/S1516-05722014000100005

22. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011 [Citado em 2020 mai. 31]; 64(2): 385-8. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200027

23. Lima HF, Lima SM, Barbosa JO, Lima LR. Fatores de risco para o câncer do colo uterino: revisão de literatura. Anais do Encontro de extensão, docência e iniciação científica; 2018; Quixadá, CE. [Citado em 2020 mai. 05]. Disponível em: http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/issue/view/77/showToc

24. Barduco ES, Alves MF, Ferreira L, Coelho RWB, Lindemann IL. Fatores de risco para câncer de mama e colorretal em população assistida por equipe de saúde da família. Semin Cienc Biol Saude. 2019 jul.-dez. [Citado em 2020 mai.05]; 40(2):227-36. doi: https://doi.org/10.5433/1679-0367.2019v40n2p227

25. Kreuz G, Franco MHP. Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. Revista Kairós — Gerontologia. 2017 [Citado em 2020 mai. 31]; 20(2):117-33. doi: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p117-133

26. Amorim MAP, Siqueira KZ. Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

câncer de mama. Psicol Argum. 2014 [Citado em 2020 mai. 31]; 32(79):143-53. doi: 10.7213/psicol.argum.32.079.AO09

27. Jones-Mclean E, HU J, Greene-Finestone LS, Groh MD. A DASH dietary pattern and the risk of colorectal cancer in Canadian adults. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2015 [Citado em 2020 jun. 03]; 35(1):12-20. doi: 10.24095/hpcdp.35.1.03

28. Organização Mundial da Saúde. Sobrepeso pode estar ligado a mais tipos de câncer, diz agência da OMS; 2016 [Citado em 2020 jun. 12]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/74093-sobrepeso-pode-estar-ligado-mais-tipos-de-c%C3%A2ncer-diz-ag%C3%AAncia-da-oms

29. Santos AF, Lima FRS, Maciel MG, Martins ICVS, Dias LPP, Barros CM, et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer gástrico e de outras localizações. Rev Pesq Saúde. 2017 jan.-abr. [Citado em 2020 jun. 03]; 18(1):24-27. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/7876/4870

30. Silva JD, Rauber KF, Ravazzani EDA, Simm EB. Percepção de usuários e profissionais da rede pública sobre a nutrição. Cadernos da Escola de Saúde. 2018 [Citado em 2020 jun. 03]; 18(2):9-10. Disponível em: https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/5200

31. Nunes JD, Maciel MV, et al. A importância da informação do profissional de enfermagem sobre o cuidado no uso das plantas medicinais: uma revisão de literatura. Revista Fitos. 2016 [Citado em 2020 jun. 05]; 10(4):518-25. doi; https://doi.org/10.5935/2446-4775.20160037

32. Carneiro ALC, Comarella L. Principais interações entre plantas medicinais e medicamentos. Revista Saúde e Desenvolvimento 2016 jan.-jun. [Citado em 2020 jun.18]; 9(5):4-19. Disponível em: https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/491

33. Silva AB, Lima CMBL, Cavalcante UMB, Araujo CRR, Fagundes RO. Caracterização da automedicação por plantas medicinais em pacientes submetidos ao tratamento antineoplásico. ICSA. 2017 [Citado em 2020 jun. 05]; 6(1):63-74. doi: https://doi.org/10.17564/2316-3798.2017v6n1p63-74

34. Oliveira ALR, Michelini FS, Spada FC, Pires KG, Costa LO, Figueiredo SBC, et al. Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. Revista Cadernos de Medicina. 2019 [Citado em 2020 mai. 31]; 2(3):135-45. Disponível em: https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1683

35. Silva LCA, Barrére APN, Toledo DO, Piovacari SMF, Barros VG, Castro IOR. Avaliação do estado nutricional e funcionalidade em pacientes idosos oncológicos. BRASPEN J. 2018 out.-dez.; 33(4):418-23. [Acesso em 2020 mai. 05]. Disponível em: http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2018/artigos/09-AO-Avaliacao-do-estado.pdf

36. The Cancer Research UK. Oportunidades atuais para catalisar pesquisas em nutrição e prevenção do câncer - uma perspectiva interdisciplinar. BMC Med. 2019 [Citado em 2020 jun. 06]; 17(148). Disponível em: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1383-9

37. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. Ciênc saúde coletiva. 2015 já.-mar. [Citado em 2020 jun. 06]; 20(3). doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.06252014

38. Fruchtenicht AVG, Poziomyck AK, Kabke GB, Loss SH, Antoniazzi JL, Steemburgo T, et al. Avaliação do risco nutricional em pacientes oncológicos graves: revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. 2015 jul.-set. [Citado em 2020 jun. 06]; 27(3). Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/pvyRgYHHnkqP4ZbnZBMVWMP/abstract/?lang=pt

39. Silva GA, Rezende LFM, Gomes FS, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Eluf-Neto J. Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

em 2013. Ciênc saúde coletiva. 2016 [Citado em 2020 jun. 06]; 21(2):379-88. doi: 10.1590/1413-81232015211.24722015

40. Valente CBR. Cuidados nutricionais centrados no doente em oncologia [Trabalho Complementar]. Porto: Faculdade Ciências da Saúde; 2018. [Citado em 2020 jun. 02]. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7550/1/TC_28021.pdf

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).