

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, DEMOGRÁFICA E NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO - 2008*

Corina Dias do PRADO**
Juliana Alvares Duarte Bonini CAMPOS***

■ **RESUMO:** Identificar as características clínicas, sócio-demográficas e o estado nutricional de pacientes oncológicos. Estudo transversal com delineamento amostral não probabilístico. Participaram 134 pacientes oncológicos adultos, internados no Hospital Amaral Carvalho (Jaú-SP) de abril a novembro de 2008. Foram levantadas informações para caracterização clínica e sócio-demográfica da amostra. Para identificação do estado nutricional aplicou-se a Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Paciente. Utilizou-se estatística descritiva e o teste de qui-quadrado (χ^2). A média de idade dos pacientes foi $51,13 \pm 9,59$ anos. Observou-se predominância do câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço, estágio clínico III e IV sendo a quimioterapia tratamento mais comum. Dos participantes 73,88% eram do sexo masculino, 65,67% eram casados e 65,68% apresentavam nível de escolaridade abaixo do ginásial completo. Dos pacientes, 65 (48,51%) foram classificados como “bem nutrido”, 56 (41,79%) “moderadamente desnutridos (ou suspeita)” e 13 (9,70%) “gravemente desnutridos”. A associação do estado nutricional com as características sócio-demográficas e tratamento antineoplásico foi não significativa. Os indivíduos desnutridos apresentaram problema para se alimentar ($p=0,001$), ausência do apetite ($p=0,001$), náuseas ($p=0,018$), vômitos ($p=0,021$), dor ($p=0,010$), gosto estranho ($p=0,001$) e enjôo ao cheiro dos alimentos ($p=0,018$) com maior frequência que os eutróficos. Observou-se grande prevalência de desnutrição sendo esta significativamente associada à presença de sintomas clínicos.

■ **PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias; estadiamento de neoplasias; avaliação nutricional; desnutrição.

INTRODUÇÃO

A desnutrição ocorre com frequência em pacientes hospitalizados,¹⁷ devido à patologia primária ou pelo tratamento a que o indivíduo foi submetido.^{12,28}

Detsky et al.,¹² Isenring et al.¹⁷ e Meyenfeldt,¹⁹ alertam para o fato de o paciente desnutrido ter risco aumentado de complicações como sepse, formação de abscesso, dificuldade de cicatrização no período pós-operatório, toxicidade induzida pelo tratamento e prejuízo na qualidade de vida, podendo levar até à morte.

Em pacientes oncológicos esta situação se agrava segundo Arends et al.¹ e Argilés et al.,² pelo fato do crescimento celular descontrolado promover ativação do processo inflamatório e consequente ativação do sistema imunológico pelo organismo, com produção de citocinas e proteínas de fase aguda como proteína-C reativa que, resultam no hipermetabolismo, acelerando a perda de peso.

A caquexia associada ao câncer tem como manifestações clínicas anorexia, atrofia da musculatura esquelética, miopatia, perda rápida de tecido gorduroso, atrofia de órgãos viscerais e anergia. As alterações bioquímicas mais frequentemente associadas à caquexia são a anemia, hipalbuminemia, lactacidemia, hiperlipidemia e intolerância à glicose.³⁰

Além de comprometer a qualidade de vida, a caquexia é capaz de reduzir o tempo de sobrevivência, sendo considerada como causa de morte em mais 20% dos pacientes oncológicos.^{2,23}

Para identificação do estado nutricional destes pacientes, Ottery,²⁰ adaptou o método de Avaliação Subjetiva Global, que recebeu a denominação de Avaliação Subjetiva Global – Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP). Este método consiste de questionário com perguntas fechadas, voltadas à investigação das alterações de peso, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional. A primeira parte do instrumento o próprio paciente responde e a segunda o profissional da saúde, responsável pelo indivíduo, preenche com informações referentes ao diagnóstico, estresse e exame físico. Após seu completo preenchimento, realiza-se a classificação nutricional do indivíduo em “bem nutrido (A)”, “moderadamente desnutrido (ou suspeita) (B)” e “gravemente desnutrido (C)”.

* Trabalho elaborado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Processo: 2008/00377-9.

** Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição – Curso de Mestrado – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – 14901-902 – Araraquara – SP – Brasil. E-mail: corinaprado@gmail.com.

*** Departamento de Odontologia Social – Faculdade de Odontologia – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – 14801-903 – Araraquara – SP – Brasil.

Convém analisar a vantagem deste método em detectar indivíduos em risco de desnutrição (categoria B), quando em poucas semanas a perda de peso for igual ou maior que 5%, sem estabilização ou ganho, redução na ingestão alimentar e perda moderada do tecido subcutâneo,²⁰ o que pode garantir ao paciente benefício da intervenção nutricional.^{29,31}

Este método, segundo Barbosa-Silva & Barros^{4,5,6} e Wu et al.³¹ é de fácil execução, de baixo custo e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde sendo, portanto, extremamente útil para classificação do estado nutricional de indivíduos hospitalizados.¹⁷

Adicionalmente à identificação dos indivíduos com risco de desnutrição, a caracterização dos fatores clínicos e sócio-demográficos envolvidos é de suma importância.

De Luis et al.,¹¹ Gómez-Candela et al.,¹⁴ Isenring et al.,¹⁷ Meyenfeldt,¹⁹ e Tian & Chen,²⁵ apontam que indivíduos com câncer de pâncreas, estômago e de cabeça e pescoço têm maior risco de apresentar desnutrição. A extensão da doença também tem sido considerada um fator relevante no estado nutricional, sendo que, quanto mais avançado o estágio da doença maior o risco de desenvolvimento de desnutrição.^{1,7}

O tipo de terapêutica instituído também pode interferir no estado nutricional dos indivíduos com câncer, pois, pode gerar alterações metabólicas ou sintomas gastrointestinais conduzindo a carência nutricional.^{26,29}

Assim, realizou-se este estudo com objetivo de identificar as características clínicas, sócio-demográficas e o estado nutricional de pacientes oncológicos atendidos no Hospital Amaral Carvalho-Jaú, SP, no período de abril a novembro de 2008.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Delineamento Amostral

Trata-se de estudo transversal com amostragem não probabilística.

Este trabalho foi conduzido na Enfermaria de Oncologia Clínica do Hospital Amaral Carvalho (Jaú-SP), no período de abril a novembro de 2008.

A escolha do Hospital Amaral Carvalho esteve pautada no fato desta ser uma reconhecida instituição de tratamento ao câncer no Brasil.

Como critério de exclusão adotou-se pacientes internados na unidade de terapia intensiva, pacientes terminais ou os que possuem membros amputados. Nessas condições, foram internados no hospital nesse período 791 indivíduos dos quais 137 (17,5%) foram convidados e concordaram em participar deste estudo. A amostra final esteve composta por 134 pacientes (taxa de adesão: 97,8%), uma vez que, três indivíduos desistiram de participar por motivos particulares.

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital (CEPFHAC-01/08) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento de Medida

Estado nutricional e características clínicas

Como instrumento de medida foi utilizada a Avaliação Subjetiva Global - Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) elaborada por Ottery,²⁰ e adaptada culturalmente para português por Campos & Prado,⁸ (Figura 1) que classifica o indivíduo em “bem nutrido (A)”, “moderadamente desnutrido (ou suspeita) (B)” e “gravemente desnutrido(C)”

Para a classificação dos indivíduos segundo seu estado nutricional considerou-se os pontos de corte proposto por Ottery.²⁰

As informações referentes ao tipo de tumor, estágio clínico da doença e terapêutica utilizada foram obtidas nos prontuários dos pacientes.

Para determinação do estágio clínico da doença seguiu-se as recomendações do Instituto Nacional de Câncer,¹⁶ que agrupa os pacientes em Estádio I quando da presença de invasão local inicial, Estádio II tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima, Estádio III tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa e Estádio IV tumor localmente avançado ou presença de metástase.

Com relação à terapêutica considerou-se quimioterapia, radioterapia ou a associação dos dois tratamentos.

Nível de Escolaridade

O nível de escolaridade dos pacientes foi classificado em analfabeto ou primário incompleto, primário completo ou ginásial incompleto, ginásial completo ou colegial incompleto, colegial completo ou superior incompleto e superior completo segundo proposta do critério Brasil – ABEP.³

Análise Estatística

Realizou-se estatística descritiva. Para as associações de interesse utilizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2) considerando o estado nutricional dos pacientes em duas categorias sendo eutrófico aqueles classificados como “bem nutrido” pela ASG-PPP e desnutrido aqueles classificados como “moderadamente desnutridos (ou suspeita)” ou “gravemente desnutrido”.

Adotou-se nível de significância de 5% para tomada de decisão ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A média de idade dos 134 pacientes avaliados foi de $51,13 \pm 9,59$ anos com mínimo de 18 e máximo de 65 anos. Dos participantes 73,88% eram do sexo masculino, 65,67% eram casados e 65,68% apresentavam nível de escolaridade abaixo do ginásial completo.

Dos pacientes 62 (46,27%) apresentaram câncer gastrointestinal, 54 (40,30%) câncer de cabeça e pescoço,

Avaliação Nutricional Subjetiva - Produzida pelo Paciente (ANS-PPP) adaptada culturalmente para o português do Brasil. Ao paciente: Preencha os espaços em branco (complete): Caso você não souber responder, não marque nada nos espaços. Consulte o pesquisador.
A. História 1-Mudança de Peso Resumo do meu peso habitual e atual: Meu peso normal é de _____ kg. Tenho 1m e _____ cm de altura. Há um ano atrás meu peso era de _____ kg. Há seis meses atrás, eu pesava _____ kg.
Marque com X: Durante as duas últimas semanas meu peso: ☐ diminuiu ☐ não mudou ☐ aumentou
2-Alimentação Em comparação ao normal, eu poderia considerar que minha alimentação <u>durante o último mês</u>: ☐ não mudou ☐ mudou: ☐ estou comendo mais que o normal ☐ estou comendo menos que o normal Agora estou me alimentando com: ☐ pouca comida ☐ muito pouca comida (quase nada) ☐ apenas suplementos nutricionais (Sustagen®, Ensure®, Nutren Active®, Nutridrink®, Fortidrink®) ☐ apenas líquidos ☐ no momento minha alimentação é feita com auxílio de sonda.
3-Sintomas Durante as <u>últimas 2 semanas</u>, eu tenho tido os seguintes <u>problemas</u> que me impedem de comer o suficiente (marque todos os que estiver sentindo): ☐ Não tenho problema para me alimentar ☐ Não tenho problemas para me alimentar, mas estou sem vontade de comer ☐ Estômago embrulhado (Vontade de vomitar) ☐ Vômito ☐ Intestino preso ☐ Diarreia ☐ Feridas (lesões) na boca ☐ Boca seca ☐ Dor: Onde?: _____ ☐ As coisas têm gosto estranho ou não têm gosto ☐ O cheiro da comida me enjoa
4-Atividade Diária Durante o <u>último mês</u>, eu consideraria minha <u>atividade</u> como: ☐ normal, sem nenhuma limitação ☐ não no meu normal, mas consigo realizar minhas atividades satisfatoriamente ☐ sinto-me incapaz de realizar a maioria das minhas atividades, mas passo pouco tempo na cama (menos da metade do dia) ☐ sinto-me capaz de fazer pouca atividade e passo a maior parte do dia na cadeira ou na cama ☐ fico quase sempre acamado, raramente fora da cama
O restante do questionário será preenchido pelo médico, enfermeiro ou nutricionista. Obrigado pela sua colaboração.
5-A. História (continuação) Doença e suas relações com as necessidades nutricionais Diagnóstico primário (especificar) _____ Estadiamento, se conhecido _____ Demanda metabólica (estresse): _____ nenhuma _____ baixa _____ moderada _____ alta B. Exame Físico (0=normal, 1=leve, 2=moderada, 3=grave) _____ perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax) _____ perda muscular (quadríceps e deltoide) _____ edema de tornozelo _____ edema sacral _____ ascite C. Resultado (escolha um) _____ A: Bem Nutrido _____ B: Moderadamente desnutrido (ou suspeita) _____ C: Gravemente desnutrido

FIGURA 1 – Versão em português da Avaliação Subjetiva Global - Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) adaptada culturalmente por Campos & Prado.⁸

6 (4,48%) câncer ginecológico, 3 (2,24%) carcinoma de local primário desconhecido, 2 (1,49%) câncer geniturinário, 2 (1,49%) câncer de mama, 2 (1,49%) osteossarcoma, 1 (0,75%) sarcoma de tecido mole, 1 (0,75%) câncer de pele e 1 (0,75%) melanoma.

Com relação ao estágio da doença vinte e um (16,54%) participantes apresentaram Estádio I e II e 106 (83,46%) apresentaram Estádio III e IV. Deve-se esclarecer que 7 pacientes não apresentavam informação sobre o estágio em seu prontuário, ou pela ausência da classificação

devido ao tipo de patologia (osteossarcoma e carcinoma de local primário desconhecido) ou pelo fato da patologia estar demasiadamente avançada ou recentemente diagnosticada.

No momento do estudo 124 (92,54%) pacientes realizavam tratamento quimioterápico, 2 (1,49%) radioterapia e 8 (5,97%) radioterapia e quimioterapia concomitante. Dos participantes, 105 (78,36%) encontravam-se nos primeiros ciclos de quimioterapia e plano radioterápico.

As medidas antropométricas auto-referidas dos pacientes segundo sexo, obtidas do preenchimento da ASG-PPP estão apresentadas na Tabela 1.

Na apuração das respostas à ASG-PPP verificou-se que referente à alteração de peso nas últimas 2 semanas 39 (29,10%) pacientes relataram não ter sofrido variação, 59 (44,03%) apontou diminuição e 36 (26,87%) aumento do peso. Entretanto, pode-se notar pelo intervalo de 95% de confiança (Tabela 1) que a alteração do peso foi não significativa para ambos os sexos.

Quanto ao consumo alimentar no último mês 52,99% dos pacientes relataram algum tipo de alteração sendo que, desses 84,51% afirmaram ter diminuído o consumo de alimentos e no momento da entrevista 58,18% informam que a redução relacionava-se a alimentos de consistência sólida.

Entre os sintomas relatados, a dor foi à queixa mais prevalente (38,81%) enquanto os demais sintomas (náuseas, vômito, constipação, diarreia, mucosite, xerostomia, disgeusia) acometeram menos que 21% da amostra.

Quanto à capacidade funcional 33 (24,63%) pacientes consideram que realizam suas atividades diárias normais sem nenhuma limitação, 76 (56,72%) afirmam conseguir realizar suas atividades satisfatoriamente, mas não da mesma maneira que realizava antes da doença, 15 (11,19%) pessoas sentem-se incapazes de realizar a maioria das suas

atividades, mas afirmam passar pouco tempo na cama (menos da metade do dia), 9 (6,72%) sentem-se capazes de fazer pouca atividade e passam a maior parte do dia na cadeira ou na cama e 1 (0,75%) paciente relatou permanecer quase sempre acamado, raramente fora da cama.

Pela avaliação da demanda metabólica nota-se que 125 (93,28%) pacientes apresentaram grau moderado e 9 (6,72%) grau elevado.

No exame físico verificou-se que a intensidade de perda de gordura e muscular foi moderada em 45 (33,58%) indivíduos e que a presença de edema (tornozelo e sacral) e ascite esteve ausente em mais de 90% dos casos.

Pelos dados da Avaliação Subjetiva Global – Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) verificou-se que 65 (48,51%) pessoas estavam “bem nutridos”, 56 (41,79%) “moderadamente desnutridos (ou suspeita)” e 13 (9,70%) “gravemente desnutridos”.

Na Tabela 2 apresenta-se a associação entre o estado nutricional dos pacientes, avaliados pela ASG-PPP, com suas características demográficas.

Verificou-se associação não significativa entre o estado nutricional e as características demográficas do paciente.

O estado nutricional dos pacientes segundo tipo de tratamento e os sintomas relatados na ASG-PPP estão apresentados na Tabela 3.

Observa-se que o indivíduo desnutrido relata com maior frequência ter problemas para se alimentar ($p=0,001$), apresenta menos vontade de comer ($p=0,001$), mais náuseas ($p=0,018$), vômitos ($p=0,021$) e dor ($p=0,010$) do que os pacientes eutróficos. Além disso, os pacientes desnutridos relatam gosto estranho ($p=0,001$) e enjoão ao cheiro dos alimentos ($p=0,018$) com maior frequência que os eutróficos.

Tabela 1 – Análise estatística descritiva das medidas antropométricas auto-referidas dos participantes segundo sexo obtidas do preenchimento da ASG-PPP. Jaú, 2008.

Medida Antropométrica	Média±Desvio-padrão	IC _{95%} *	Mínimo	Máximo
Altura				
Masculino	1,69±0,07	1,68-1,70	1,50	1,86
Feminino	1,62±0,06	1,60-1,64	1,50	1,80
Peso Habitual				
Masculino	70,22±12,51	67,75-72,68	54	120
Feminino	70,09±17,01	64,45-75,72	52	130
Peso há 1 ano atrás				
Masculino	68,84±13,05	66,27-71,41	42	110
Feminino	71,09±20,32	64,35-77,82	30	130
Peso há 6 meses atrás				
Masculino	66,67±12,94	64,12-69,22	38	109
Feminino	68,89±20,07	62,24-75,53	40	130

* IC_{95%} = intervalo de 95% de confiança.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo o estado nutricional e suas características demográficas. Jaú, 2008.

Característica Demográfica	Estado Nutricional			χ^2	p
	Desnutrido	Eutrófico	Total		
Sexo					
Masculino	54	45	99	1,414	0,234
Feminino	15	20	35		
Estado Civil					
Solteiro	9	8	17	1,044	0,791
Casado	45	43	88		
Viúvo	2	4	6		
Divorciado	13	10	23		
Nível de Escolaridade					
Analfabeto/Primário Incompleto	10	10	20	6,893	0,142
Primário Completo / Ginásial Incompleto	37	31	68		
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	7	6	13		
Colegial Completo / Superior Incompleto	13	11	24		
Superior Completo	2	7	9		
Total	69	65			

DISCUSSÃO

A realização de estudos de caracterização clínica, demográfica e nutricional de pacientes oncológicos pode ser uma ferramenta interessante para o entendimento das necessidades dos indivíduos e para o planejamento de ações preventivas e de tratamento, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Deste modo, mesmo apresentando a limitação de ser um estudo com delineamento amostral não probabilístico acredita-se que as informações obtidas neste trabalho poderão ser de grande valia.

Nota-se grande participação de indivíduos com baixo nível de escolaridade, o que pode ter ocorrido pelo fato do Hospital Amaral Carvalho ser uma instituição com atendimento predominantemente público.

A grande prevalência de câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço encontrada entre os participantes, de acordo com Cutsem & Arends, ⁹ e Meyenfeldt, ¹⁹ pode ser considerada alarmante, uma vez que, estes são os principais tipos de neoplasia relacionadas à prejuízos nutricionais, pois, causam alterações mecânicas e funcionais nos órgãos, comprometendo diretamente o processos de alimentação e nutrição.

Quanto ao estágio clínico a maioria dos indivíduos avaliados (83,46%) apresentavam-no avançado corroborando com os achados de Heredia et al., ¹⁵ Jamnik et al., ¹⁸ Pacelli et al. ²¹ e Tian et al. ²⁶ e que pode ser atribuído à demora de procura pelo atendimento e/ou de diagnóstico.

O tratamento mais utilizado pelos pacientes foi a quimioterapia (92,54%) o que merece atenção, pois, Cutsem & Arends, ⁹ Geirsdottir & Thorsdottir, ¹³ Tian et al. ²⁶ e Waitzberg, ³⁰ ressaltam que esse tipo de terapêutica acarreta no desenvolvimento de sintomas clínicos importantes que podem comprometer diretamente o estado nutricional de seus usuários. Assim, Heredia et al. ¹⁵ recomendam que a avaliação e evolução nutricional dos pacientes seja realizada com intuito de verificar a presença desses sintomas e de alterações de peso.

Nos participantes deste estudo observou-se alteração de peso estatisticamente não-significativa (Tabela 1), o que também foi verificado por Geirsdottir & Thorsdottir, ¹³ e associação não-significativa entre o estado nutricional e as características demográficas (Tabela 2).

Por outro lado, observou-se associação significativa entre o estado nutricional e sintomas clínicos diretamente relacionados com a alimentação (Tabela 3) com maior comprometimento dos indivíduos desnutridos.

A associação entre a desnutrição e sintomas interferentes do processo de alimentação tem sido relatado na literatura ^{9,10,20,22,24,27} sendo que os pacientes desnutridos apresentam maior prevalência de sintomas e esses por sua vez, atuam agravando e/ou perpetuando a carência nutricional aumentando assim, o comprometimento sistêmico do paciente oncológico.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo estado nutricional, tipo de tratamento e sintomas relatados na ASG-PPP. Jaú, 2008.

Característica Clínica	Estado Nutricional			χ^2	p
	Desnutrido	Eutrófico	Total		
Tipo de Tratamento					
Quimioterapia	61	63	124	3,916	0,229
Radioterapia	2	-	2		
Radioterapia e Quimioterapia	6	2	8		
Sintomas					
Não tenho problema para me alimentar					
Não	41	17	58	15,088	0,001*
Sim	28	48	76		
Não tenho problema para me alimentar, mas estou sem vontade de comer					
Não	50	61	111	10,763	0,001*
Sim	19	4	23		
Estômago embrulhado (vontade de vomitar)					
Não	49	57	106	5,632	0,018*
Sim	20	8	28		
Vômito					
Não	59	63	122	5,350	0,021*
Sim	10	2	12		
Intestino Preso					
Não	51	56	107	3,117	0,078
Sim	18	9	27		
Diarreia					
Não	68	64	132	0,002	0,503
Sim	1	1	2		
Feridas (lesões) na boca					
Não	61	61	122	1,215	0,270
Sim	8	4	12		
Boca seca					
Não	55	57	112	1,554	0,213
Sim	14	8	22		
Dor					
Não	35	47	82	6,566	0,010*
Sim	34	18	52		
As coisas têm gosto estranho ou não têm gosto					
Não	51	62	113	11,676	0,001*
Sim	18	3	21		
O cheiro da comida me enjoa					
Não	49	57	106	5,632	0,018*
Sim	20	8	28		
Total	69	65			

*diferença estatística significativa para $\alpha=0,05$.

Preocupados com esta questão, Barbosa-Silva & Barros,⁶ e Wu et al.³¹ apontam a Avaliação Subjetiva Global como um instrumento com boa capacidade preditiva de morbidade sendo capaz de identificar e relacionar o estado nutricional dos indivíduos com suas características clínicas o que pode facilitar significativamente a atuação do profissional junto ao paciente buscando minimizar os sintomas com objetivo de favorecer o restabelecimento de seu estado nutricional.

CONCLUSÃO

Observou-se grande prevalência de indivíduos com câncer gastrointestinal e de cabeça e pescoço, com estágio avançado e realizando tratamento quimioterápico. A desnutrição acometeu 51,49% dos pacientes examinados e foi associada à presença de sintomas clínicos que podem comprometer o processo de alimentação.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Amaral Carvalho pela autorização para realização deste trabalho e aos pacientes pela colaboração.

PRADO, C. D.; CAMPOS, J. A. D. B. Clinical, demographic and nutritional characterization of patients with cancer assisted at a public hospital – 2008. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 22, n. 3, p. 471-478, jul./set. 2011.

■**ABSTRACT:** To identify the clinical and sociodemographic characteristics and the nutritional status of patients with cancer. A cross-sectional study with non-probability sample design was performed. One hundred and thirty-four adults with cancer, interned at Amaral Carvalho Hospital (Jaú-SP) between April and November 2008, participated in this study. Clinical and sociodemographic data of the sample were obtained. The Patient-Generated Subjective Global Assessment was used to identify the nutritional status. Descriptive statistics and chi-square test (χ^2) was used. The mean age of patients was 51.13 ± 9.59 years. Most of the patients presented gastrointestinal and head and neck cancer in clinical stages III and IV, and were mainly treated with chemotherapy. Between the participants 73,88% were of the masculine sex, 65,67% were married and 65,68% presented education level below the gymnasial complete. Sixty-five (48.51%) patients were classified as “well-nourished”, 56 (41.79%) as “moderately malnourished (or suspected)”, and 13 (9.70%) as “severely malnourished”. There was no significant association between the nutritional status and the sociodemographic characteristics and the antineoplastic treatment. The malnourished patients presented a higher frequency of eating disorders ($p=0.001$), lack of appetite ($p=0.001$), nausea ($p=0.018$), vomiting ($p=0.021$), pain ($p=0.010$), strange taste ($p=0.001$) and nausea at the smell of food ($p=0.018$) than the well-nourished ones. There was

a high prevalence malnutrition significantly associated with the presence of clinical symptoms.

■**KEYWORDS:** Neoplasms; neoplasm staging; nutritional assessment; malnutrition.

REFERÊNCIAS

1. ARENDS, J. et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. **Clin. Nutr.**, v. 25, n. 2, p. 245-259, 2006.
2. ARGILÉS, J. M. et al. Pathophysiology of neoplastic cachexia. **Nutr. Hosp.**, v. 21, s. 3, p. 4-9, 2006.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Data based on the socio economic survey - 2006 and 2007 - IBOPE**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 15 Aug. 2010.
4. BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. **Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.**, v. 9, n. 3, p. 263-269, 2006.
5. BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Subjective global assessment. Part 1 – A review of its validity after two decades of use. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 3, p. 181-187, 2002.
6. BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Subjective global assessment. Part 2 – Review of its adaptations and utilization in different clinical specialties. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 4, p. 248-252, 2002.
7. BOZZETTI, F. et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. **Clin. Nutr.**, v. 28, n. 4, p. 445-454, 2009.
8. CAMPOS, J. A. D. B.; PRADO, C. D. Cross-cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the patient-generated subjective global assessment. **Nutr. Hosp.**, Aceito para publicação.
9. CUTSEM, E. V.; ARENDS, J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 9, n. 2, p. 51-63, 2005.
10. DAVIS, M. P. et al. Appetite and cancer-associated anorexia: a review. **J. Clin. Oncol.**, v. 22, n. 8, p. 1510-1517, 2004.
11. DE LUIS, D. A.; IZAOLA, O.; ALLER, R. Nutritional status in head and neck cancer patients. **Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.**, v. 11, n. 4, p. 239-243, 2007.
12. DETSKY, A. S.; SMALLEY, P. S.; CHANG, J. Is this patient malnourished? **JAMA.**, v. 271, n. 1, p. 54-58, 1994.
13. GEIRSDOTTIR, O. G.; THORSDDOTTIR, I. Nutritional status of cancer patients in chemotherapy; dietary intake, nitrogen balance and screening. **Food Nutr. Res.**, v. 52, p. 1-6, 2008.

14. GÓMEZ-CANDELA, C. et al. Subjective global assessment in neoplastic patients. **Nutr. Hosp.**, v. 18, n. 6, p. 353-357, 2003.
15. HEREDIA, M. et al. The nutritional status of patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy. **Farm. Hosp.**, v. 32, n. 1, p. 35-37, 2008.
16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Technical basis for authorization of procedures of high complexity APAC - oncology. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/Manual_APAC_setembro_2003.pdf. Acesso em: 01 apr. 2009.
17. ISENRING, E.; BAUER, J.; CAPRA, S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 57, n. 2, p. 305-309, 2003.
18. JAMNIK, S.; UEHARA, C.; SANTORO, I. L. Nutritional evaluation in patients with lung cancer. **J. Pneumol.**, v. 24, n. 6, p. 347-353, 1998.
19. MEYENFELDT, M. V. Cancer-associated malnutrition: an introduction. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 9, n. 2, p. 35-38, 2005.
20. OTTERY, F. D. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. **Nutrition**, v. 12, n. 1 p. 15-19, 1996.
21. PACELLI, F. et al. Is malnutrition still a risk factor of postoperative complications in gastric cancer surgery? **Clin. Nutr.**, v. 27, n. 3, p. 398-407, 2008.
22. PERBONI, S. et al. Growth hormone releasing peptide 2 reverses anorexia associated with chemotherapy with 5-fluoruracil in colon cancer cell-bearing mice. **World J. Gastroenterol.**, v. 14, n. 41, p. 6303-6305, 2008.
23. PLANAS, M.; PUIGGRÓS, C.; REDECILLAS, S. Contribution of nutritional support to fight cancer cachexia. **Nutr. Hosp.**, v. 21, s. 3, p. 27-36, 2006.
24. RAVASCO, P. Aspects of taste and compliance in patients with cancer. **Eur. J. Oncol. Nurs.**, v. 9, s.2, p. 84-91, 2005.
25. TIAN, J.; CHEN, J. S. Nutritional status and quality of life of the gastric cancer patients in Changle County of China. **World J. Gastroenterol.**, v. 11, n. 11, p. 1582-1586, 2005.
26. TIAN, J.; CHEN, Z. C.; HANG, L. F. Effects of nutritional and psychological status in gastrointestinal cancer patients on tolerance of treatment. **World J. Gastroenterol.**, v. 13, n. 30, p. 4136-4140, 2007.
27. TISDALE, M. J. Cancer anorexia and cachexia. **Nutrition**, v. 17, n. 5, p. 438-442, 2001.
28. ULIBARRI-PÉREZ, J. I. et al. Early detection and control of undernourishment in hospitals. **Nutr. Hosp.**, v. 17, n. 3, p. 139-146, 2002.
29. ULSENHEIMER, A.; SILVA, A. C. P.; FORTUNA, F. V. Nutritional profile on patients with cancer regarding to different evaluation indicators. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 22, n. 4, p. 292-297, 2007.
30. WAITZBERG, D. L. Cancer. In: _____. (Ed.) **Oral nutrition, enteral and parenteral nutrition in clinical practice**. 3rd ed. São Paulo: Atheneu, 2002. v. 2, p. 1381-1391.
31. WU, B.W. et al. Clinical application of subjective global assessment in Chinese patients with gastrointestinal cancer. **World J. Gastroenterol.**, v. 15, n. 28, p. 3542-3549, 2009.

Recebido em: 30/08/2010

Aprovado em: 24/05/2011