

Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa¹

Chemotherapy and nutrition: a complex relation

Quimioterapia y nutrición: una compleja relación

Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira^I, Ágatha Scarpa^{II}, D'Agima Alves da Silva^{III}

RESUMO

A quimioterapia utiliza compostos químicos com objetivo de erradicar tumores, mas por não possuir especificidade para células tumorais agride também células normais, trazendo efeitos colaterais, principalmente, ao aparelho gastrointestinal, causando prejuízo das condições nutricionais do cliente, gerando deficiências e sintomas desagradáveis. Estudo descritivo, exploratório, realizado em 2006 num município do interior do Estado de São Paulo-Brasil, objetivou identificar alterações nutricionais apresentadas pela pessoa com câncer em tratamento quimioterápico, utilizando entrevista e questionário semi-estruturado. Foram consultadas 13 pessoas adultas, com idades acima de 50 anos, portadora de variados tipos de cânceres, em tratamento antineoplásico. O uso de antineoplásicos levou a apresentação de náuseas, anorexia, fadiga, disgeusia, incômodo com odor da comida, constipação, rápida sensação de saciedade, xerostomia e mucosite. A avaliação física revelou alopecia, esclerótica icterícia, unhas manchadas, pele descorada, mucosa oral desidratada, língua saburrosa, alteração nas capacidades físicas para trabalho e perda de peso na maioria deles. As pessoas referiram baixa ingestão hídrica, redução na ingestão alimentar, intolerância a carne e feijão, aumento do consumo de frutas, vegetais, legumes e sucos. Esses dados indicam que o tratamento quimioterápico colabora para a alteração nutricional do doente com câncer apontando para a necessidade de intervenção precoce dos desequilíbrios visando ao sucesso terapêutico.

Palavras chave: Câncer; Quimioterapia; Inquéritos Nutricionais; Enfermagem.

ABSTRACT

The chemotherapy uses chemical compounds with the goal of eradicating tumors, but for lack of specificity for tumor cells attacks also normal cells, bringing side effects mainly to the gastrointestinal tract, causing damage to the nutritional conditions of the customer,

generating deficiencies and unpleasant symptoms. This study descriptive and exploratory, held in 2006 in a council of the State of Sao Paulo/Brazil aimed at to identify the nutritional changes made by the patient with cancer in chemotherapy treatment, using interview and semi-structured questionnaire. Were found 13 adults aged over 50 years, accompanied by various types of cancer in treatment. With the use of chemotherapy the patients had nausea, anorexia, fatigue and discomfort with the smell of food, cold, and fast feeling of satiety, dry mouth and mucositis. The assessment revealed: alopecia, stained nails, skin discords and dehydrated, changes in physical abilities to work and loss of weight in most of them. Patients reported low water intake, reduction in food intake, intolerance to meat and beans, increased consumption of fruits, vegetables and juices. These data indicates that the chemotherapy treatment works for the modification of the patient with cancer nutritional pointing to the need for early intervention aimed at the success of the therapeutic imbalances.

Key words: Neoplasm; Chemotherapy; Nutrition Surveys; Nursing.

RESUMEN

La quimioterapia utiliza compuestos químicos con el fin de erradicar los tumores, pero por falta de especificidad por las células tumorales agride también las células normales, produciendo efectos secundarios en el tracto gastrointestinal, que causan daño a las condiciones de nutrición de los clientes, generando deficiencias y síntomas desagradables. Estudio descriptivo,

¹ Parte dos resultados do Projeto de Iniciação Científica do Programa PIBIC/CNPq/UFSCar realizado em 2006.

^I Enfermeira, Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: noeli@power.ufscar.br.

^{II} Enfermeira. E-mail: agathascarpa@gmail.com.

^{III} Enfermeira. E-mail: daqimaenf@yahoo.com.br.

exploratório, hecho en 2006 en un consejo del Estado de Sao Paulo, Brasil, objetivó identificar los cambios nutricionales presentados por el paciente con cáncer en tratamiento con quimioterapia, utilizando entrevista y cuestionario semi-estructurado. Fueron consultadas 13 personas mayores de 50 años, portadoras de algunos tipos de cáncer y en el tratamiento con quimioterapicos. Con la utilización de quimioterapicos los pacientes tuvieron náuseas, anorexia, fatiga, disgenesia, incómodos con el olor de los alimentos, rápida sensación de saciedad, sequedad de boca y mucositis. La evaluación puso manifiesto alopecia esclerotizadas icterica, manchas en las

uñas, piel y mucosas deshidratada, lengua saburrosa, cambios en la capacidad física para trabajar y pérdida de peso en la mayoría de ellos. Los doentes informaron baja ingesta de agua, reducción de la ingesta alimentar, intolerancia a la carne y frijoles, aumento del consumo de frutas, verduras, legumbres y jugos. Estos datos indican que el tratamiento quimioterapico colabora para la modificación de la nutrición apuntando la necesidad de una intervención en los desequilibrios para el éxito de la terapéutica.

Palabras clave: Câncer; Quimioterapia; Encuestas Nutricionales; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Câncer é definido como um grupo de doenças que se caracterizam pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O tratamento é estabelecido após o diagnóstico e o estadiamento do tumor, baseado na análise anatomo-patológica de biópsia e o traçando do plano terapêutico, de acordo com o estado geral do doente e com os protocolos de tratamento existentes podendo incluir: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormônioterapia, transplante de medula óssea, dentre outros⁽¹⁾.

A quimioterapia antineoplásica utiliza agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de erradicar tumores malignos⁽²⁾. Por não possuírem especificidade, os medicamentos quimioterápicos não agredem seletiva ou exclusivamente as células tumorais, mas agredem também células normais que possuem características comuns às células tumorais, ou seja, rápida proliferação devido a alta atividade mitótica e ciclo celular curto⁽³⁾.

Dentre os efeitos colaterais da maioria das drogas antineoplásicas há aqueles que trazem prejuízo para as condições nutricionais do cliente gerando deficiências nutricionais ao promoverem anorexia, estomatite, distúrbios das vias alimentares, alterações do paladar, náuseas, vômitos, diarreia e aversões a alimentos específicos⁽⁴⁾. A deficiência nutricional no câncer tem como causas principais: redução na ingesta oral, aumento das perdas enterais devido a má absorção ou desenvolvimento de fistulas intestinais e aumento da necessidade

nutricional causada pelo hiper metabolismo resultante da presença do tumor⁽⁵⁾.

Na vigência do alto metabolismo tumoral associado ao inadequado consumo protéico-calórico, os efeitos adversos do tratamento com a quimioterapia antineoplásica facilitam e evidenciam a depleção nutricional que contribui para agravar o quadro de gravidade da doença. O desenvolvimento e implementação da triagem nutricional é ferramenta-chave para uma efetiva monitorização dos pacientes com câncer⁽⁵⁾. pois o diagnóstico e a intervenção precoce nas complicações nutricionais são primordiais para o sucesso do controle nutricional.

Este estudo teve por objetivo identificar as alterações nutricionais apresentadas pela pessoa com câncer em tratamento com drogas antineoplásicas, num serviço de quimioterapia, visando a subsidiar a assistência de enfermagem na necessidade nutricional a essa clientela.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa. A pesquisa descritiva preocupa-se com a descrição, classificação, análise e interpretação de situações. A pesquisa exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema⁽⁶⁾. Consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou "diagnóstico") da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações⁽⁷⁾.

O trabalho foi desenvolvido com pessoas portadoras de neoplasia maligna em tratamento

antineoplásico no setor de quimioterapia de um hospital de médio porte do interior de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada concomitantemente por dois pesquisadores, visando a evitar vieses, no primeiro semestre de 2006. Essa foi realizada por meio de consulta no setor de quimioterapia e, posteriormente, em visita domiciliária com a aplicação de instrumento de avaliação do estado nutricional do doente, ajustado e pré-testado pelas pesquisadoras, tendo por base a Avaliação Nutricional Subjetiva Global⁽⁸⁾ e adaptado, para pacientes oncológicos⁽⁹⁾ de uso consagrado na prática clínica em nosso meio⁽⁴⁻⁵⁾. A avaliação do doente com câncer precisa considerar a história do doente, sua perda de peso, alterações no padrão de ingestão alimentar, características de sua dieta, sintomas relacionados ao câncer e ao seu tratamento, capacidade física e funcional, exame físico e condições clínicas⁽¹⁰⁾.

Foram consultados todos os doentes que estavam no setor de quimioterapia nos dias agendados para a observação de campo e visitados todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, garantindo a constituição de uma amostra aleatória. Nessa ocasião os prontuários dos doentes que aceitaram participar da pesquisa eram consultados para a coleta das primeiras informações. Quando da visita domiciliária foi assinado um termo de coresponsabilidade entre entrevistador e entrevistado elaborado e aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa/UFSCar (Protocolo nº152/04). Todos os procedimentos éticos estiveram de acordo com as normas para pesquisas com seres humanos conforme resolução CONEP nº196/96⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram consultados 13 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idades acima de 50 anos, a maioria de casados (69,0%), católicos (84,0%), renda mensal familiar de até três salários mínimos (61,0%), ensino fundamental incompleto (69,0%) e portadores de variados tipos de cânceres, como segue: Mama (05), Ovário (02), Leucemia Linfóide Crônica (01), Cólon (01), Mieloma Múltiplo (01), Amídala (01), Estômago (01) e Próstata (01)

Os doentes consultados estavam recebendo, no período da coleta de dados, tratamento antineoplásico em esquemas terapêuticos isolados ou combinados, além de todos receberem medicações antieméticas e corticoterápicas. As medicações recebidas e o número dos que recebiam eram: Fluorouracil (04), Ciclofosfamida (03), Paclitaxel (03), Carboplatina (02), Doxorubicina (02), Vinorelbina (02), Cisplatina (01), Docetaxel (01), Fludarabina (01), Gencitabina (01), Irinotecano (01), Metotrexato (01) e Vincristina (01). Todas essas medicações apresentam como efeito colaterais náuseas, vômito e anorexia. Os doentes consultados apresentaram esses e outros sintomas que estão relatados na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da frequência dos sintomas após quimioterapia entre os doentes consultados. São Carlos – SP, 2006.

Distribuição da frequência dos sintomas entre os doentes		
Sintomas	N. ° de doentes	%
Náusea	12	92,3
Anorexia	9	69,2
Fadiga	9	69,2
Disgeusia	8	61,5
Odor da comida incomoda	8	61,5
Constipação	6	46,2
Rápida sensação de saciedade	6	46,2
Xerostomia	6	46,2
Mucosite	4	30,8
Poliúria	3	23,1
Vômito	2	15,4
Disfagia	1	7,7
Oligúria	1	7,7

Dentre os sintomas relatados pelos doentes a náusea foi o principal, estando presente em (92,3%), sendo que a maioria (83,3%) a apresenta entre um a seis dias após a infusão do quimioterápico. A duração do sintoma variou, sendo que 50% dos doentes a manifestaram por até seis dias e 41,6% até três semanas. A náusea é uma manifestação do aparelho gastrointestinal conseqüente à toxicidade neurológica dos quimioterápicos devido à irritação do centro controlador do vomito⁽²⁾, e pode vir acompanhada de vômito que no caso ocorreu em apenas 15,4% dos doentes, uma vez que todos recebiam medicação antiemética.

A anorexia apareceu em 69,3% dos doentes, sendo que 55,5% relataram seu início de uma a 12 horas após a infusão e de um a seis dias após a infusão em 44,4% dos doentes. O sintoma permaneceu por até seis dias em 33,3% dos doentes e por quatro semanas ou mais para 55,5% dos doentes. Entre as possíveis causas, de anorexia nos doentes submetidos à quimioterapia antineoplásica, podemos citar as alterações do paladar, respostas alteradas aos sabores, alterações do olfato, alterações do metabolismo do trato digestório e estresse psicológico⁽¹²⁾.

A fadiga apareceu em 69,2% dos consultados com início durante os seis dias após a infusão na maioria deles (77,7%). A duração da fadiga foi relatada como sendo de até seis dias para 44,4 %, até três semanas para 22,2% dos doentes permanecendo ainda até quatro semanas em outros 22,2%. A fadiga afeta várias dimensões da vida do doente, incluindo a física, espiritual, psicológica, social, profissional e financeira, acompanhando o paciente desde o diagnóstico até sua alta. Este sintoma tem origem multicausal, e pode ser devido ao câncer, ao tratamento ou à anemia causada pelo tratamento⁽²⁾.

Alguns quimioterápicos podem causar alteração temporária da sensação do gosto (disgeusia). Nesses doentes ela esteve presente em 61,5% dos consultados sendo na maioria se iniciava nas primeiras 12 horas após infusão permanecendo em 50,0% deles por até três semanas e para os demais 50,0% por quatro semanas ou mais. Esta alteração pode manifestar-se por sensação de sabor metálico,

aversão à carne ou outras alimentos ou cheiros, diminuição do gosto (hipogeusia), ou gosto desagradável nos alimentos⁽¹²⁾.

O odor da comida incomodava 61,5% dos consultados e o início deste sintoma se deu dentro dos seis dias após a infusão de quimioterápicos, para todos eles. Quanto à duração, 37,5% desses doentes referiram até seis dias e 62,5% até três semanas após seu início. Devido à terapia medicamentosa, alguns doentes podem ter uma intensificação no sentido do olfato, aumentando assim sua sensibilidade a odores na preparação do alimento⁽¹³⁾.

A constipação foi um sintoma referido por 46,2% dos doentes, sendo que para 83,3 deles o início ocorria até seis dias após a infusão do quimioterápico. A duração dos sintomas para 50% dos doentes foi de até três semanas após o início dos sintomas. A constipação é um problema que pode interferir com a capacidade em manter uma ingestão nutricional adequada. Ela pode ocorrer não apenas com o uso de alguns medicamentos quimioterápicos, mas também com analgésicos. Pode ocorrer, ainda, em conseqüência de baixa ingestão hídrica e imobilidade que por sua vez pode levar a perda de apetite, dores e distensão abdominais e cefaléia⁽¹⁴⁾.

Rápida sensação de saciedade apareceu em 46,1%, sendo que 50,0% deles referiram seu início até 12 horas e os outros 50,0% de até seis dias após a infusão de quimioterápico. Quanto à duração, 66,6% dos doentes relataram duração de quatro semanas ou mais após seu início. A rápida sensação de saciedade pode ser causada pela redução das enzimas digestivas e alterações no metabolismo da glicose e triglicérides, além da estimulação prolongada dos receptores gástricos de volume. Todos estes fatores levam a uma sensação de plenitude, que irá contribuir para um possível quadro de anorexia⁽¹²⁾.

A xerostomia que é a sensação de boca seca e pode ser causada por antineoplásicos principalmente quando associados à radioterapia de cabeça e pescoço foi referida por 46,1% dos consultados, com início até 12 horas após infusão para 83,3% dos doentes. A duração dos sintomas foi de quatro semanas ou mais para 50,0% dos doentes.

A mucosite esteve presente em 30,7% dos consultados e se iniciou durante as três semanas após a quimioterapia em 75,0% dos doentes consultados. A duração do sintoma foi de até seis dias para 75,0% dos doentes. A mucosite oral induzida pela radioterapia e quimioterapia é um efeito tóxico que ocorre freqüentemente em pacientes com câncer. A mucosite grave tem um impacto importante na vida diária do paciente, seu bem estar e qualidade de vida. Ela também pode

comprometer a capacidade do doente para tolerar a terapia, impondo um encargo econômico significativo, uma vez prolonga a hospitalização e aumenta a utilização de analgésicos aumentando substancialmente os custos do tratamento⁽¹⁵⁾.

Com o objetivo de verificar sinais de alterações nutricionais foi realizada a avaliação física dos doentes em tratamento quimioterápico, sendo revelados os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das alterações cutâneo-mucosas encontradas ao exame físico nos doentes consultados. São Carlos – SP, 2006.

Alterações encontradas	Achados do exame físico	
	N.º de doentes	%
Alopecia	6	46,1
Pele descorada	5	38,4
Mucosa oral desidratada	3	23,0
Língua saburrosa	3	23,0
Unhas manchadas	3	23,0
Esclerótica icterica	2	15,4
Pele ressecada	2	15,4
Pele lesionada	1	7,7
Cabelos ralos	1	7,7

Como mostra a tabela os doentes apresentaram pele descorada, mucosas desidratadas, unhas manchadas, pele ressecada podendo ser indicativo de alterações nutricionais, precisando ser descartadas outras alterações como, por exemplo, as

hematológicas que também causam alguns desses sinais.

As alterações de peso apresentadas pelo doente, durante o tratamento estão apontadas na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição do peso corporal atual apresentado pelos doentes durante o tratamento quimioterápico. São Carlos – SP, 2006.

Doente	Balanço entre peso atual e peso apresenta há 6 meses atrás*		
	Peso atual (Kg)	Peso há 6 meses (Kg)	Balanço (Kg)
1	72	75	-3
2	80	76	+4
3	82	92	-10
4	62	62	0
5	60	65	-5
6	60	64	-4
7	67	59	+8
8	70	72	-2
9	62	58	+4
10	57	61	+4
11	62	66	-4
12	64	70	-6
13	52	75	-23

* Coletados dos registros de prontuários no início do tratamento e no dia da coleta.

Os dados apresentados demonstram que alguns doentes consultados (6-46,1%), perderam entre dois e seis quilos, um doente perdeu 10 kg e o outro perdeu 23 kg de peso nos últimos seis meses, enquanto que outros

doentes (3-23,1%) ganharam quatro quilos e um doente ganhou oito quilos. Esse período corresponde ao tempo em que esses doentes estavam passando por tratamento antineoplásico.

Para uma melhor avaliação nutricional do doente foi aplicado o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo dados de peso e alturas

registrados nos prontuários dos doentes consultados. Essa medida está apontada na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos doentes segundo o cálculo do índice de massa corpórea apresentado durante o tratamento quimioterápico. São Carlos – SP, 2006.

Peso atual, altura e índice de massa corpórea (IMC) dos doentes				
Doentes	Gênero	Peso atual (Kg)	Altura (cm)	IMC (%)
1	M	72	1,65	26,4
2	M	80	1,72	27,0
3	F	82	1,60	32,0
4	F	62	1,62	23,6
5	F	60	1,52	26,0
6	F	60	1,55	24,9
7	F	67	1,53	28,6
8	M	70	1,69	24,5
9	M	62	1,69	21,7
10	F	57	1,57	23,0
11	M	62	1,78	19,5
12	F	64	1,40	32,0
13	M	52	1,74	17,0

O Índice de Massa Corporal (IMC) é reconhecido como padrão internacional para avaliação do peso e atende aos seguintes critérios: para o valor abaixo de 18,5 o indivíduo é classificado como abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9 como normal ou eutrófico; entre 25,0 e 29,9 como sobrepeso; entre 30 e 34,9 com quadro de obesidade grau I, entre 35,0 e 39,9 com obesidade grau II e acima de 40,0 indica obesidade grau III⁽¹⁶⁾.

De acordo com essa classificação temos que cinco doentes (38,4%) apresentavam-se eutróficos, outros cinco (38,4%) apresentavam sobrepeso, e dois doentes (15,4%) estavam obesos. Apenas um doente apresentava

desnutrição. Alguns fatores podem ocasionar uma interpretação errônea do peso corporal, escondendo uma possível perda de massa muscular ou gordura. Entre esses fatores temos o crescimento tumoral, aumento de órgãos, falência renal, presença de edema ou ascite, hiper hidratação e uso de medicamentos derivados de corticosteróides⁽¹⁰⁾.

A perda de peso pode estar relacionada à redução da ingesta alimentar devido aos efeitos colaterais das drogas antineoplásicas que afetam o trato gastrointestinal, por isso foi perguntado aos doentes sobre a sua percepção de alteração da ingesta alimentar. O resultado se apresenta na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos doentes consultados segundo percepção de alteração de ingesta alimentar nos últimos meses. São Carlos – SP, 2006.

Caracterização da ingesta alimentar no último mês		
Ingestão de alimentos nos últimos meses	N.º de Doentes	%
Está menor que o habitual	6	46,1
Não mudou	5	38,4
Está maior que o habitual	2	15,4
Total	13	100

Na comparação do padrão alimentar antes e após o início do tratamento, 46,1% dos doentes informam terem percebido redução na ingesta alimentar, enquanto que 38,4 % relataram não terem percebido nenhuma alteração na quantidade da ingesta.

Os efeitos colaterais oriundos da terapia medicamentosa afetam o trato gastrointestinal reduzindo a digestão e a absorção alterando o

sabor dos alimentos fazendo com que o doente reduza seu consumo alimentar a fim de diminuir reações indesejadas relacionadas ao ato de se alimentar⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Também as limitações físicas causadas pela fadiga e dores, muitas vezes geradas pelo próprio tumor, podem acarretar um esgotamento na reserva de nutrientes e reduzir a disposição para a seleção, preparo e ingestão dos alimentos⁽¹⁹⁾.

Podemos encontrar também, fatores psicológicos relacionados ao estresse causado pelo diagnóstico, tratamento e enfrentamento da doença, fazendo com que muitas vezes o indivíduo esteja tão preocupado que deixe a alimentação em segundo plano, reduzindo assim o interesse e a vontade para se alimentar.

Devido ao efeito gastrointestinal tóxico de alguns quimioterápicos, estes podem afetar a

sensação aversiva alimentar aprendida, que se desenvolvem quando alimentos específicos são associados a sintomas desagradáveis, como náusea e vômito, e estímulos psicológicos, como ansiedade. Estes efeitos podem ocorrer nos novos itens alimentares incluídos na dieta ou naqueles que faziam parte da dieta habitual do doente antes do início do tratamento⁽¹⁷⁾. A Tabela 6 mostra as alterações alimentares ocorridas com o tratamento antineoplásico.

Tabela 6: Distribuição dos doentes quanto aos alimentos mais consumidos antes do tratamento e não tolerados após início do tratamento. São Carlos – SP, 2006.

Alimentos	Aceitação antes do tratamento		Intolerância após o tratamento	
	N.º de doentes	%	N.º de doentes	%
Arroz	13	100,0	2	15,4
Feijão	13	100,0	7	53,8
Vegetais folhosos	13	100,0	0	0
Embutidos	13	100,0	1	7,7
Café	12	92,3	4	30,8
Carnes	12	92,3	7	53,8
Pães, bolos	12	92,3	0	0
Leite e derivados	11	84,6	4	30,8
Frutas	9	69,2	2	15,4
Legumes	8	61,6	0	0
Ovos	7	53,8	0	0
Massas	6	46,2	3	23,1
Refrigerantes/doces	5	38,4	4	30,8
Sopas	3	23,1	0	0

A aparência, cheiro e gosto do alimento, juntamente com o estado emocional, causam impacto sobre a digestão visto que a simples visão, sabor, pensamento ou odor do alimento provoca um aumento na secreção dos sucos digestivos, aumentando a atividade muscular do trato gastrointestinal⁽²⁰⁾. Sendo assim, após o início do tratamento quimioterápico, os doentes consultados passaram a não tolerar alimentos como carne e feijão (53,8%), café, refrigerantes, leite e derivados (30,8%), massas (23,1%), arroz e frutas (15,4%), pães e embutidos (7,7%). O sabor dos alimentos é originado de respostas aos estímulos provenientes de nosso sistema sensitivo. A destruição de células do trato digestório, modifica os estímulos sensitivos ocasionando alterações da percepção de sabor dos alimentos. Alimentos com alto teor de proteína, como o feijão e a carne, costumam ter um alto índice de rejeição por parte dos doentes em

tratamento quimioterápico, mas qualquer alimento pode provocar aversão⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo do tipo descritivo e exploratório objetivou identificar as alterações nutricionais apresentadas pelo doente com câncer em tratamento com quimioterápicos antineoplásicos, por meio de entrevista com aplicação de questionário semi-estruturado e avaliação física.

Os doentes apresentaram sintomas de náuseas, anorexia, fadiga, disgeusia e incômodo com o odor da comida, constipação, rápida sensação de saciedade, xerostomia, mucosite, além de dificuldade de deglutição na vigência do tratamento com quimioterápicos antineoplásicos e que alteração a ingesta alimentar.

A avaliação nutricional revelou que muitos doentes reduziram a ingesta alimentar e apresentaram preferência por líquidos e alimentos de consistência mais macia deixando de consumir carnes, feijão, massas, leite e

derivados, dando preferência para frutas, verduras vegetais e sucos. Na comparação do padrão alimentar, antes e após o início do tratamento, a maioria percebeu redução na ingesta alimentar.

Pela avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC), alguns doentes apresentaram-se eutróficos e outros com sobrepeso, decorrente, talvez, do aumento da massa tumoral, pela presença de edemas devido à falência de órgãos ou ao uso de corticoterapia associada ao tratamento quimioterápico, deixando dúvida quanto ao uso desse recurso na avaliação nutricional do doente com câncer.

A nutrição e sua relação com o câncer trazem a preocupação de um cuidado especial com a alimentação dessas pessoas, sempre no sentido de manter o estado nutricional, a saúde funcional e a composição corporal.

Para que a enfermagem possa auxiliar o paciente e a família nos aspectos nutricionais é de suma importância o conhecimento sobre os fatores que interferem na ingestão e metabolismo dos alimentos, as formas e instrumentos para uma correta avaliação e todos os aspectos que envolvem o atendimento à necessidade nutricional visando a oferecer condições para a melhoria da qualidade de vida de doentes e família.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
2. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Silva SR. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. Rev Bras Enferm. 2002;55(2):123-7.
4. Otto SE. Oncologia. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002.
5. Coppini LZ. Avaliação nutricional no paciente com câncer. In: Waitzberg DL. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 385-91.
6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
7. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 6ª edição. São Paulo: Cortez; 1994.
8. Detsky AS, McClaghlin JR, Baker JP. What is subjective global assessment? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11(1):8-14.
9. Ottery FD, Bender F, Kasenic S. The design and implementation of a model nutritional oncology clinic. Integrating Nutrition into your cancer program. Oncol Issues. 2002;17(2):2-6.
10. Trintin LA. Avaliação Nutricional. In: Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD. Nutrição em oncologia. São Paulo: Lemar e Tecmedd; 2003. p.45-82.
11. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1997.
12. Smeltzer SC, Bare GB. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
13. Aligieri P. Distúrbios nutritivos no câncer. Rev. Âmbito Hospitalar. 1996;8(87):49-54.
14. Moraes TM, Pimenta CAM. Constipação intestinal em doentes com doença oncológica avançada. O Mundo da Saúde. 2003;27(1):117-23.
15. Sonis ST. Oral mucositis in cancer therapy. J Support Oncol. 2004;2(6 Suppl 3):3-8.
16. ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica [Internet]. São Paulo: ABESO (BR) [cited 2008 dec 31]. Cálculo do IMC. Available from: <http://www.abeso.org.br/>
17. Frankmann CB. Terapia e clínica Nutricional na doença neoplásica. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. 11th ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 838-58.
18. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna RV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. Revista Brasileira de Nutrição Clínica. 2007;22(4):292-7.
19. Cotrim TH. Acompanhamento nutricional de pacientes em radioterapia e quimioterapia. In: Ikemori EHA, Oliveira T, Serralheiro IFD, Shibuya E, Cotrim TH, Trintin LA, et al. Nutrição em oncologia. São Paulo: Lemar e Tecmedd; 2003; p. 205-18.
20. Beyer PL. Digestão, absorção, transporte e excreção de nutrientes. In: Mahan LK, Escott-

Stump S. Krause-alimentos, nutrição e dietoterapia. 11th ed. São Paulo: Roca; 2005; p. 3-17.

Artigo recebido em 21.12.07.

Aprovado para publicação em 31.12.08.