

DOI: <https://doi.org/10.61085/rechhc.v2i2.110>

Passo Fundo, v. 2, n. 2, p. 27-42, julho-dezembro, 2022 - ISSN 2675-6919

Estado nutricional de idosos em tratamento oncológico ambulatorial

*Dalana Zanella¹, Maria Cristina Zanchim², Vanessa Maria Bertoni³,
Vanuza Costella⁴*

1 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: dalana_zanella@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3286-0537>

2 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: cris_zanchim@upf.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8479-616X>

3 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: vanessabertoni@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4930-2731>

4 Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: vanuzacostella20@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3011-2834>

Resumo

Objetivo: avaliar o estado nutricional de idosos em tratamento oncológico ambulatorial. **Método:** estudo transversal, realizado em um Hospital de Passo Fundo/Rio Grande do Sul, no período de junho a setembro de 2021. O estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal, circunferência da panturrilha e Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente. Do prontuário foram coletadas características sociodemográficas e clínicas. **Resultados:** foram avaliados 62 pacientes, 58,1% do sexo feminino, com média de idade de $68,0 \pm 6,3$ anos. Os cânceres prevalentes foram ginecológicos/mama (33,9%) e 50% estavam em tratamento quimioterápico. Observou-se elevada frequência de desvios nutricionais pelo Índice de Massa Corporal (53,2%) e 43,5% tinham perda de massa muscular pela circunferência da panturrilha. Segundo Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente, 50% estavam moderadamente desnutridos ou com suspeita de desnutrição. **Considerações finais:** evidenciou-se que estes pacientes cursam com baixa massa muscular, desnutrição ou suspeita desta, demonstrando a necessidade de acompanhamento multiprofissional para gerenciamento do estado nutricional.

Descritores: Avaliação nutricional; Estado nutricional; Desnutrição; Neoplasias.

Como citar este artigo /

How to cite item:

[clique aqui / click here](#)

Endereço correspondente / Correspondence
address

Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Rua
Tiradentes, 295 - Passo Fundo/RS - Brasil.
CEP 99010-260

Nutritional status of the elderly in treatment outpatient oncological

Abstract

Objective: to evaluate the nutritional status of elderly people undergoing outpatient cancer treatment. **Method:** a cross-sectional study, carried out at a Hospital in Passo Fundo/Rio Grande do Sul, from June to September 2021. Nutritional status was assessed by Body Mass Index, calf circumference and Subjective Assessment Patient-Produced Global. From the medical records, sociodemographic and clinical characteristics were collected. **Results:** 62 patients were evaluated, 58.1% female, with a mean age of 68.0 ± 6.3 years. The prevalent cancers were gynecological/breast (33.9%) and 50% were undergoing chemotherapy. There was a high frequency of nutritional deviations by Body Mass Index (53.2%) and 43.5% had loss of muscle mass by calf circumference. According to Subjective Assessment Patient-Produced Global, 50% were moderately malnourished or suspected of being malnourished. **Final considerations:** it was evidenced that these patients have low muscle mass, malnutrition or suspected malnutrition, demonstrating the need for multidisciplinary monitoring to manage their nutritional status.

Descriptors: Nutritional assessment; Nutritional status; Malnutrition; Neoplasms.

Estado nutricional del anciano en tratamiento oncología ambulatoria

Resumen

Objetivo: evaluar el estado nutricional de ancianos en tratamiento oncológico ambulatorio. **Método:** estudio transversal, realizado en un Hospital de Passo Fundo/Rio Grande do Sul, de junio a septiembre de 2021. El estado nutricional fue evaluado por Índice de Masa Corporal, circunferencia de la pantorrilla y Evaluación Subjetiva Paciente-Producida Global. De las historias clínicas se recogieron características sociodemográficas y clínicas. **Resultados:** se evaluaron 62 pacientes, 58,1% del sexo femenino, con una edad media de $68,0 \pm 6,3$ años. Los cánceres prevalentes fueron el ginecológico/mama (33,9%) y el 50% estaba en quimioterapia. Hubo alta frecuencia de desviaciones nutricionales por Índice de Masa Corporal (53,2%) y 43,5% presentó pérdida de masa muscular por circunferencia de la pantorrilla. Según Subjetiva Paciente-Producida Global, el 50% presentaba desnutrición moderada o sospecha de desnutrición. **Consideraciones finales:** se evidenció que estos pacientes tienen baja masa muscular, desnutrición o sospecha de desnutrición, demostrando la necesidad de seguimiento multidisciplinario para el manejo de su estado nutricional.

Descritorios: Evaluación nutricional; Estado nutricional; Desnutrición; Neoplasias.

Introdução

O câncer é uma doença caracterizada pelo crescimento anormal e descontrolado de células e dentre as patologias associadas ao envelhecimento, é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, figurando entre as quatro principais causas de morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade.^{1,2} O fator genético influencia no seu desenvolvimento, mas atualmente são poucos os casos em que este seja o único fator. Os hábitos alimentares, o sedentarismo e as condições de trabalho estão entre os principais condicionantes da ocorrência da doença.³

No paciente oncológico, a má nutrição é frequentemente encontrada e pode ser consequência do aumento da demanda nutricional do tumor, das alterações metabólicas, imunológicas e bioquímicas causadas pela enfermidade neoplásica e pelo tratamento específico, por exemplo, cirurgias prévias, quimioterapia ou radioterapia.⁴ Segundo a literatura, estima-se que 20% a 80% dos pacientes com câncer estão desnutridos e que cerca de 10 a 20% dos pacientes vão a óbito devido à desnutrição ou suas complicações, e não propriamente pela malignidade da doença.⁵

Estudos ainda apontam, que o risco nutricional aumenta de acordo com a localização, estágio em que a doença se apresenta e com o avançar da idade.⁶ Dessa forma, há uma preocupação com a população idosa, na qual o sistema imune geralmente é mais debilitado e a reserva funcional orgânica está naturalmente diminuída pelo próprio processo de envelhecimento, fazendo com que os danos nutricionais tenham maior impacto durante o tratamento.⁷

Assim, a avaliação do estado nutricional é essencial em indivíduos idosos com diagnóstico de câncer, pois a identificação e o manejo precoce de problemas nutricionais podem melhorar o prognóstico dos pacientes, reduzindo deficiências nutricionais e melhorando a resposta e tolerância ao tratamento antineoplásico. Ainda, um estado nutricional adequado pode reduzir o risco de morbimortalidade, infecções e necessidade de hospitalização, possibilitando uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.⁸

Atualmente, existem ferramentas práticas e validadas para identificação precoce do risco nutricional do doente com câncer. Dentre estas, a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente

(ASG-PPP) é considerada o método preferencial para realização da avaliação nutricional em pacientes oncológicos e por ser uma ferramenta de fácil aplicabilidade e elevada sensibilidade, permite a detecção precoce de um número maior de pacientes que necessitam de cuidado nutricional em momento oportuno.⁹

Neste contexto, é de suma importância que o profissional nutricionista realize o acompanhamento nutricional durante o tratamento oncológico e esteja capacitado a identificar pacientes em risco nutricional; bem como interpretar a ASG-PPP, afim de definir um plano terapêutico ideal para cada situação, de forma a reverter ou interromper a desnutrição⁸. Portanto, o presente estudo objetivou avaliar o estado nutricional de idosos em tratamento oncológico ambulatorial.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo, realizado com pacientes idosos em tratamento oncológico ambulatorial no Hospital de Clínicas, da cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul/RS, no período de junho a setembro de 2021.

Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico oncológico confirmado, em tratamento ambulatorial radioterápico e/ou quimioterápico, independente do grau de estadiamento, que corroborassem com a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes incapazes de responder as perguntas ou que estivessem sem acompanhante no momento da entrevista; os com prontuários incompletos; com amputação de membros, membros do corpo engessados, presença de ascite ou edema; e os idosos em cuidados de fim de vida foram excluídos da amostra.

Das prescrições médicas e prontuários foram coletadas informações demográficas e clínicas como registro de atendimento, gênero, idade, estado conjugal, profissão, raça, nível de escolaridade, sítio primário do tumor, tratamento realizado, tempo de tratamento, peso e altura coletados pela equipe de enfermagem e registrados em formulário específico no momento que antecedia o tratamento.

Em abordagem direta, para diagnóstico nutricional, foi aplicado a ferramenta ASG-PPP na versão traduzida e validada para a língua

portuguesa.¹⁰ A parte inicial deste formulário é composta por perguntas sobre mudanças recentes no peso corporal, realização de atividades cotidianas, alterações na ingestão alimentar e sintomas que a influenciam e foi preenchida com informações geradas pelo participante da pesquisa. O restante do questionário foi preenchido pelo pesquisador, com informações sobre o diagnóstico do paciente, estresse metabólico e exame físico. Para categorização do estado nutricional, utilizaram-se os indicadores obtidos no formulário. A inclusão nas categorias A (bem nutrido), B (moderadamente desnutrido ou suspeito de desnutrição) ou C (gravemente desnutrido) foi realizada segundo a presença e gravidade dos sintomas apresentados por cada entrevistado.

A indicação de intervenção nutricional específica foi descrita de acordo com a pontuação obtida pelo escore numérico total da ASG-PPP: pontuação até 1 indicou que não havia necessidade de intervenção no momento; porém deveria ser avaliada de forma rotineira durante o tratamento; pontuações de 2 a 3 indicavam que o paciente e seus familiares deveriam ser educados por nutricionista ou outro profissional de saúde, com necessidade de intervenção farmacológica de acordo com os sintomas identificados pela ASG-PPP; de 4 a 8 pontos, havia necessidade de intervenção pelo nutricionista, juntamente com médico e/ou enfermeiro como indicado pelo inquérito dos sintomas; e pontuação igual ou superior a 9, indicava necessidade urgente de melhora no manuseio dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional.¹⁰

Foi aferida ainda, a Circunferência da Panturrilha (CP), sendo considerados os valores ≤ 33 cm para mulheres e ≤ 34 cm para homens como preditores de baixa massa muscular¹¹. Para determinação do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizou-se a equação "peso/estatura²", sendo os idosos classificados como apresentando magreza (IMC < 22 kg/m²), eutrofia (IMC entre 22 e 27 kg/m²) ou excesso de peso (IMC > 27 kg/m²).¹²

A análise estatística foi realizada utilizando-se pacote estatístico. O teste qui-quadrado foi aplicado para avaliar a associação entre as variáveis. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, já as variáveis quantitativas por média e desvio padrão. Em todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa Acadêmica do Hospital de Clínicas de Passo Fundo e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF), sob parecer nº 4.705.466.

Resultados

A amostra foi composta por 62 pacientes, com média de idade de $68,0 \pm 6,3$ anos (mínimo de 60 e máximo de 85 anos), sendo 58,1% do sexo feminino. Observou-se que a maioria eram casados ou viviam em união estável (58,1%), da raça branca (98,4%) e tinham ensino fundamental incompleto/completo (82,3%). Em relação a localização tumoral, 33,9% tinham câncer ginecológico ou de mama e a quimioterapia foi a modalidade única de tratamento em 50% dos avaliados. O tempo médio de tratamento oncológico encontrado foi de 15 meses (mínimo 1 e máximo 60 meses) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos idosos em tratamento oncológico ambulatorial. 2021 (n=62)

| Características | n | % |
|-------------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 36 | 58,1 |
| Masculino | 26 | 41,9 |
| Estado conjugal | | |
| Solteiro (a) | 8 | 12,9 |
| Casado(a)/União estável | 36 | 58,1 |
| Viúvo (a) | 12 | 19,3 |
| Divorciado (a) | 6 | 9,7 |
| Raça | | |
| Branca | 61 | 98,4 |
| Não branca | 1 | 1,6 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental | 51 | 82,3 |
| Ensino médio | 8 | 12,9 |
| Ensino superior | 1 | 1,6 |
| Não alfabetizado | 2 | 3,2 |
| Diagnóstico oncológico | | |
| Ginecológico/Mama | 21 | 33,9 |
| Tratogastrointestinal | 18 | 29 |

| Características | n | % |
|------------------------------|----|------|
| Pulmão | 10 | 16,1 |
| Pele | 4 | 6,6 |
| Linfomas e Mielomas | 3 | 4,8 |
| Urológico | 3 | 4,8 |
| Cabeça e pescoço | 1 | 1,6 |
| Leucemias | 1 | 1,6 |
| Osteomuscular | 1 | 1,6 |
| Tipo de tratamento | | |
| Quimioterapia | 31 | 50 |
| Radioterapia | 1 | 1,6 |
| Radioterapia e Quimioterapia | 30 | 48,4 |
| Tempo de tratamento | | |
| ≤ 6 meses | 18 | 29 |
| > 6 meses | 44 | 71 |

Considerando a variação do peso durante as duas últimas semanas, 32,3% dos entrevistados relataram diminuição do peso corporal e 98,4% apresentaram sintomas nesse mesmo período, sendo os mais prevalentes a dor (40,3%), náuseas (33,9%) e xerostomia (30,6%). Quanto à ingestão alimentar 67,8% dos indivíduos afirmaram estar se alimentando de forma igual ou superior ao habitual (antes de iniciar o tratamento) e em relação a capacidade funcional durante o último mês, constatou-se que 48,4% dos pacientes tinham condições de realizar normalmente suas atividades sem nenhuma limitação (Tabela 2).

Tabela 2 - Peso corporal, ingestão alimentar, sintomas e capacidade funcional dos idosos em tratamento oncológico ambulatorial. 2021 (n=62)

| Características | n | % |
|---------------------------|----|------|
| Peso corporal | | |
| Manutenção | 25 | 40,3 |
| Diminuição | 20 | 32,3 |
| Ganho | 17 | 27,4 |
| Ingestão alimentar | | |
| Sem mudanças | 20 | 32,3 |
| Mais que o normal | 22 | 35,5 |
| Menos que o normal | 20 | 32,3 |

| Características | n | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Sintomas* | | |
| Sem problemas para se alimentar | 19 | 30,6 |
| Hiporexia | 10 | 16,1 |
| Náuseas | 21 | 33,9 |
| Vômitos | 10 | 16,1 |
| Constipação | 18 | 29 |
| Diarreia | 11 | 17,7 |
| Dor oral/mucosite | 10 | 16,1 |
| Xerostomia | 19 | 30,6 |
| Alimentos tem sabor estranho | 18 | 29 |
| Problemas ao deglutir | 8 | 12,9 |
| Saciedade precoce | 9 | 14,5 |
| Dor | 25 | 40,3 |
| Náuseas com odor dos alimentos | 10 | 16,1 |
| Outros | 30 | 48,4 |
| Capacidade funcional | | |
| Normal | 30 | 48,4 |
| Normal em quase todas as atividades | 23 | 37,1 |
| Na cama menos da metade do dia | 4 | 6,5 |
| Pouca atividade | 5 | 8,1 |

*. Pacientes apresentaram mais de um sintoma associado.

Com relação aos dados antropométricos, a média de peso corporal, altura, IMC e CP dos pacientes foi de $66,09 \pm 13,47$ kg, $1,62 \pm 0,093$ m, $25,18 \pm 4,39$ kg/m² e $30,54 \pm 6,27$ cm, respectivamente. De acordo com o IMC, 46,8% dos idosos encontravam-se eutróficos e quanto a CP, 56,5% apresentaram massa muscular preservada. Referindo-se ao diagnóstico nutricional segundo a ASG-PPP, 50% estavam moderadamente desnutridos ou sob suspeita de desnutrição e em relação a necessidade de intervenção nutricional a partir do escore total da ASG-PPP, 75,8% apresentaram escore ≥ 9 , indicando uma necessidade de intervenção nutricional urgente para manuseio dos sintomas relatados no questionário (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação do estado nutricional pelo IMC, CP, Grau e Escore de intervenção nutricional segundo ASG-PPP dos idosos em tratamento oncológico ambulatorial. 2021 (n=62)

| Parâmetros | Classificação do estado nutricional | Total (n=62) | |
|----------------|---|--------------|------|
| | | n | % |
| IMC | Magreza | 15 | 24,2 |
| | Eutrofia | 29 | 46,8 |
| | Excesso de peso | 18 | 29 |
| CP | Adequada massa muscular | 35 | 56,5 |
| | Baixa massa muscular | 27 | 43,5 |
| Grau ASG-PPP | ASG A: Bem nutrido | 28 | 45,2 |
| | ASG B: Moderadamente desnutrido/suspeita de desnutrição | 31 | 50 |
| | ASG C: Gravemente desnutrido | 3 | 4,8 |
| Escore ASG-PPP | 0-1: Sem necessidade de intervenção nutricional | - | - |
| | 2-3: Educação do paciente e da família | 1 | 1,6 |
| | 4-8: Requer intervenção nutricional | 14 | 22,6 |
| | ≥ 9: Necessidade de intervenção nutricional urgente | 47 | 75,8 |

IMC: Índice de Massa Corporal; CP: Circunferência da Panturrilha; ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente.

Ao associar as variáveis demográficas, clínicas e nutricionais com o diagnóstico nutricional pela ASG-PPP, verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de tratamento de até 6 meses e baixa massa muscular com o diagnóstico de desnutrição moderada/grave ($p=0,019$ e $p=0,007$, respectivamente).

Tabela 4 - Associação entre variáveis demográficas, clínicas e nutricionais em relação à ASG-PPP dos idosos em tratamento oncológico ambulatorial. 2021 (n=62)

| Variáveis | n | ASG-PPP | | p-valor* |
|-------------------------------|----|-----------------------------|--|----------|
| | | Bem nutrido (n=28) 45,2% | Desnutrido Moderado/ Grave (n=34) 54,8% | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 36 | 46,4% | 67,6% | ,077 |
| Masculino | 26 | 57,7% | 42,3% | |
| Faixa etária | | | | |
| 60 - 79 anos | 58 | 44,8% | 55,2% | ,617 |
| ≥ 80 anos | 4 | 50,0% | 50,0% | |
| Diagnóstico oncológico | | | | |
| Cabeça e pescoço | 1 | 0,0% | 100,0% | ,470 |
| Tratogastrointestinal | 18 | 55,6% | 44,4% | |
| Ginecológico/Mama | 21 | 38,1% | 61,9% | |
| Pulmão | 10 | 40,0% | 60,0% | |
| Linfomas e Mielomas | 3 | 33,3% | 66,7% | |
| Urológico | 3 | 100,0% | 0,0% | |
| Pele | 4 | 50,0% | 50,0% | |
| Leucemias | 1 | 0,0% | 100,0% | |
| Osteomuscular | 1 | 0,0% | 100,0% | |
| Tipo de tratamento | | | | |
| QT | 31 | 38,7% | 61,3% | ,364 |
| RT | 1 | 3,6% | 1,6% | |
| QT + RT | 30 | 53,6% | 44,1% | |
| Tempo de tratamento | | | | |
| ≤ 6 meses | 18 | 22,2% | 77,8% | ,019* |
| > 6 meses | 44 | 54,5% | 45,5% | |
| IMC | | | | |
| Magreza | 15 | 33,3% | 66,7% | ,442 |
| Eutrofia | 29 | 44,8% | 55,2% | |
| Excesso de peso | 18 | 55,6% | 44,4% | |
| CP | | | | |
| Adequada massa muscular | 35 | 60,0% | 40,0% | ,007* |
| Baixa massa muscular | 27 | 25,9% | 74,1% | |

*. p: Índice de Significância Estatística; ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente; QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia; IMC: Índice de Massa Corporal; CP: Circunferência da Panturrilha.

Discussão

No Brasil, estima-se para 2025 um aumento de 50% na incidência de câncer em adultos e idosos.¹³ Estimativa que nos faz refletir ainda mais sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos, a importância de uma alimentação adequada para fortalecer o sistema imunológico e para a manutenção da performance durante tratamento, que, como consequência, levarão a um melhor prognóstico e maior sobrevivência com qualidade de vida.¹⁴

No presente estudo, a amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino, com prevalência de diagnóstico oncológico de mama ou ginecológico. Esses achados podem ser explicados pela maior expectativa de vida feminina em nosso país e pelas projeções do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que a exceção das neoplasias de pele não melanoma, apontam o câncer de mama como o segundo mais incidente.¹⁵ Destaca-se ainda, em relação ao sítio tumoral, que as frequências de cânceres do trato gastrointestinal e pulmão encontradas, também são semelhantes com as porcentagens apresentadas pelo instituto (31,6% e 13,5%, respectivamente). Essas neoplasias, de acordo com a literatura, são as que mais comprometem o estado nutricional dos pacientes, como reflexo da gravidade dos distúrbios metabólicos gerados pelo próprio tumor e por seu tratamento.¹⁶ Sendo assim, convém conhecer a condição nutricional do paciente oncológico para intervenções cada vez mais precoces.

A quimioterapia foi o tratamento antineoplásico mais utilizado e a maioria dos idosos estavam em tratamento há mais de seis meses, corroborando com os resultados encontrados na literatura. Essa terapia está associada a efeitos colaterais como náuseas, vômitos, diarreia, mucosite, disgeusia e xerostomia, que podem comprometer a ingestão alimentar e absorção de nutrientes, o que aumenta, portanto, o risco nutricional desses pacientes.^{17,18}

Na análise do consumo alimentar, foi observado um percentual importante de pacientes que relataram alguma alteração na ingestão alimentar no momento da avaliação, entre elas, redução na ingestão de sólidos e líquidos. Ainda, os pacientes do estudo apresentaram todos os sintomas gastrointestinais descritos na ASG-PPP, sendo mais presente as náuseas e xerostomia, o que dificulta a ingestão

alimentar possivelmente repercutindo na perda de peso a curto prazo encontrada. Outro sintoma com alta incidência foi a dor em diferentes partes do corpo. E este dado, deve ser considerado junto com a avaliação do estado nutricional por ser preditivo de desnutrição e reduzir consideravelmente a aderência às medidas reabilitadoras.¹⁸

A respeito do estado nutricional a partir do IMC, observou-se elevada frequência de desvios nutricionais pelo IMC (53,2%), semelhante ao encontrado em outra investigação oncológica do ano de 2010, onde 56% dos pacientes oncológicos ambulatoriais também apresentavam baixo peso ou excesso de peso corporal.¹⁹ Para Laffitte e colaboradores, a classificação de desnutrição ou excesso de peso pelo IMC se associa com o avanço da doença, a elevação da mortalidade e um mau prognóstico. Entretanto, esse indicador nutricional deve ser sempre interpretado com cautela, já que não considera a presença de edema, a velocidade da ocorrência e intensidade da perda de peso e a diferença entre massa adiposa e massa muscular nos diferentes perfis de pacientes.²⁰

Em contrapartida, a CP auxilia no diagnóstico de sarcopenia, por ser um adequado marcador de reserva muscular no idoso. Avaliando-se este indicador, observou-se quase metade dos indivíduos apresentavam perda de massa muscular. No que concerne à capacidade funcional, 51,6% relataram limitações para realização das atividades diárias. A perda da massa magra no idoso está associada a redução da capacidade física e motora, aumento do risco de quedas, fraturas e da fadiga, como também, pode aumentar significativamente o tempo tratamento, internação e os custos do tratamento clínico.^{21,22,23} Desta forma, sua avaliação e reabilitação deve ser precoce, mesmo durante a fase avançada da doença, afim de que a terapia nutricional possa ser planejada e instituída de forma a melhorar a sua condição geral.

A ASG-PPP foi desenvolvida inicialmente para atender especificamente pacientes com câncer, sendo considerado o método de rastreamento nutricional com maior valor de diagnóstico nutricional nesse público. Na amostra estudada, 54,8% apresentavam comprometimento nutricional, destes, 50% estava com risco nutricional ou desnutrição moderada (Grau B) e 5,4% com desnutrição grave (Grau C). Ainda, a perda de massa muscular e menor tempo de tratamento, de até 6 meses, apareceram como fatores associados

ao maior comprometimento nutricional nestes pacientes. Em outro estudo, foi relatado que 65,52% dos pacientes oncológicos estavam desnutridos.²⁴ Gonzalez e colaboradores diagnosticou que 50% dos pacientes oncológicos ambulatoriais em tratamento quimioterápico estavam desnutridos já na primeira avaliação. Desses, mais da metade amostra foi a óbito durante o tratamento e quase 20% tiveram de interrompê-lo por apresentarem piora do quadro clínico. De acordo com os mesmos, pacientes depletados poderão apresentar maior toxicidade às drogas, resposta clínica desfavorável à terapia antineoplásica, piora da qualidade de vida e redução da sobrevida.¹⁰

O Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO afirma que a avaliação é a primeira conduta a ser adotada para um atendimento nutricional hospitalar ou em ambulatorial de excelência, pois, por intermédio dela, o profissional imediatamente poderá detectar alterações ligadas à nutrição e tomar decisões de acordo com os resultados obtidos. Desta forma, parece que a ASG-PPP torna viável a implementação de um protocolo para pacientes em tratamento quimioterápico.²³

Ao analisar o escore da ASG-PPP, mais de setenta por cento dos pacientes necessitavam de intervenção nutricional, resultado semelhante ao entrado por Da Silva Mota (76,66%), reafirmando a importância do acompanhamento nutricional adequado e especializado, juntamente com a equipe multidisciplinar, de forma a não negligenciar o diagnóstico e a intervenção nutricional adequada.⁹

Por fim, esta pesquisa apresenta limitações: ter sido abordado vários tipos de cânceres, mascarando a real prevalência da desnutrição na amostra; alguns pacientes apresentaram dificuldade em referenciar perda de peso nos últimos meses e especificar a ingestão alimentar durante o último mês, o que pode comprometer, a classificação do estado nutricional. Apesar disso, ressalta-se que este estudo pode auxiliar os profissionais da saúde da instituição e demais estudiosos da área a definir um plano terapêutico específico para cada situação.

Conclusão

A pesquisa confirma os achados de outros estudos nessa população: excesso de peso ou desnutrição pelo IMC, perda de massa muscular pela CP, sintomas gastrointestinais e presença de suspeita ou desnutrição pela ASG-PPP.

Desta forma, ressalta-se a importância da atuação do nutricionista avaliando, estabelecendo um plano dietoterápico individualizado, acompanhando a evolução do paciente e introduzindo intervenções quando necessário, proporcionando assim, impacto positivo na sobrevida e qualidade de vida desses pacientes.

Referências

1. D'Almeida CA, Peres WAF, de Pinho NB, Martucci RB, Rodrigues VD, Ramalho A. Prevalence of Malnutrition in Older Hospitalized Cancer Patients: A Multicenter and Multiregional Study. *J Nutr Heal Aging*. 2020;24(2):166–71.
2. Wu C, Li M, Meng H, Liu Y, Niu W, Zhou Y, et al. Analysis of status and countermeasures of cancer incidence and mortality in China. *Sci China Life Sci*. 2019;62(5):640-647.
3. de Vasconcelos Neta, CF, Albuquerque, JL, Sampaio, LMS, Filho, RAM, De Pinho, MAB, Neto, JSC, et al. The Perception of Public Managers of Public Contracts and Biddings About Distance Education As a Training Modality. *Brazilian Journals of Development*. 2021;7(9):92554–92568.
4. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021;40(5):2898-2913.
5. de Freitas CB, Veloso TCP, Segundo LPS, Sousa FPG, Galvão BS, Paixão PA. Prevalence of malnutrition in oncological patients. *Research, Society and Development*. 2020;9(4):p. e192943019.
6. de Pinho NB, Martucci RB, Rodrigues VD, D'Almeida CA, Thuler LCS, Saunders C, et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. *Cancer*. 2020;126(1):156-164.
7. Braga DAO, Vasconcelos LL, Paiva CEQ, Prado RMS, Torres KBN. Qualidade de vida do idoso em tratamento oncológico. *Rev. Ciênc. Méd. Biol*. 2019;18(2):249-253.
8. Dallacosta FM, Carneiro TA, Velho SF, Rossoni C, Baptistella AR. Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2017;22(4):2–7.
9. da Silva Mota E, Marques Monteiro RC, Siqueira Menezes KL. Avaliação do Risco Nutricional de Pacientes Oncológicos Atendidos no Ambulatório da Unacon em um Hospital de Referência por meio da ASG-PPP. *Rev. Bras. Cancerol*. 2020;65(4):e-15267.
10. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MC, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. 2010;25(2):102-108.
11. Barbosa-Silva TG, Bielemann RM, Gonzalez MC, Menezes AM. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(2):136-43.

12. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
13. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DC. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(2):e200023.
14. Van Soom T, El Bakkali S, Gebruers N, Verbelen H, Tjalma W, van Breda E. The effects of chemotherapy on energy metabolic aspects in cancer patients: A systematic review. *Clin Nutr*. 2020;39(6):1863-1877.
15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
16. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, Cardoso LGV. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do Sudoeste da Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(2):163-171.
17. Sommariva S, Pongiglione B, Tarricone R. Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;99:13-36.
18. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017;36(1):11-48.
19. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. *Rev. Bras. Cancerol*. 2010;56(1):43-50.
20. Laffitte AM, Farias CLA, Wszolek J. Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial. *O Mundo da Saúde*. 2015;39(3):354-361.
21. Baracos VE, Mazurak VC, Bhullar AS. Cancer cachexia is defined by an ongoing loss of skeletal muscle mass. *Ann Palliat Med*. 2019;8(1):3-12.
22. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.
23. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso brasileiro de nutrição oncológica da SBNO / Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica; organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. -- Rio de Janeiro: Edite, 2021. 164 p.