

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE MACAÉ

**GIULLIA DAFLON JEVAUX**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL  
DE PACIENTES COM CÂNCER NA PANDEMIA DE COVID-19**

Macaé – RJ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE MACAÉ

**GIULLIA DAFLON JEVAUX**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL  
DE PACIENTES COM CÂNCER NA PANDEMIA DE COVID-19**

Projeto apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Nutrição da UFRJ Campus Macaé como requisito à qualificação e obtenção da aprovação na disciplina, sob a orientação da Prof. Dr<sup>a</sup>. Roberta Melquiades Silva de Andrade e coorientação da Prof. Dr. Gunnar Glauco de Cunto Carelli Taets.

Macaé - RJ

2022

### CIP - Catalogação na Publicação

JJ58a      Jevaux, Giulia Daflon  
Avaliação da qualidade de vida e do perfil clínico e nutricional de pacientes com câncer na pandemia de COVID-19 / Giulia Daflon Jevaux. -- Rio de Janeiro, 2022.  
63 f.

Orientadora: Roberta Melquiades Silva de Andrade .  
Coorientador: Gunnar Glauco de Cunto Carelli Taets.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Alimentação e Nutrição, Bacharel em Nutrição, 2022.

1. Câncer. 2. Perfil nutricional. 3. Perfil clínico. 4. Qualidade de vida . I. Andrade , Roberta Melquiades Silva de , orient. II. Taets, Gunnar Glauco de Cunto Carelli, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES COM CÂNCER NA PANDEMIA DE COVID-19. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus UFRJ-Macaé, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau em bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 21/02/2022

**BANCA AVALIADORA**

*Roberta Melquiades S. de Andrade*

---

ROBERTA MELQUIADES SILVA DE ANDRADE  
(Orientadora)

*GS*

---

GUNNAR GLAUCO DE CUNTO CARELLI TAETS  
(Coorientador)

*Celia Cristina Diogo Ferreira*

---

CÉLIA CRISTINA DIOGO FERREIRA  
<http://lattes.cnpq.br/9629725598118020>

*Felipe dos Santos Melo*

---

FELIPE DOS SANTOS MELO  
<http://lattes.cnpq.br/0797948313538010>

## Resumo

O Câncer abrange diferentes tipos de doenças malignas, caracterizadas pela diferenciação descontrolada e acelerada de células anormais. A doença pode desencadear alterações metabólicas e nutricionais, acarretando problemas físicos e emocionais que prejudicam o tratamento e sobrevida dos pacientes com câncer. Além disso, a interferência negativa sobre aspectos clínicos e nutricionais pode contribuir para imunossupressão desses pacientes, o que os torna mais vulneráveis à infecção pelo SARS- CoV – 2. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e perfil clínico e nutricional de pacientes com câncer na pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, realizado com pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de câncer em tratamento ambulatorial do Hospital Irmandade São João Batista, na cidade de Macaé, RJ, no período de julho a agosto de 2021. Foi baseado na elaboração de um Diário de Campo, sendo esse dividido em seções: Identificação do paciente; Perfil Clínico, que engloba aspectos do tratamento e socioeconômicas; Perfil Nutricional, que utilizou métodos objetivos (antropometria e Triagem de Risco Nutricional – NRS 2002) e subjetivos de avaliação (Avaliação Subjetiva Global produzida pelo próprio paciente - ASG-PPP); Avaliação da Qualidade de Vida, foi realizada através da aplicação do Questionário de qualidade de vida (EORTC QLQ - C30). No presente estudo, o perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer encontrou maior prevalência de idosos e do sexo masculino, sendo o câncer gástrico o de maior prevalência nesta população, enquanto os cânceres de mama e ovário na população feminina. A partir da avaliação do estado nutricional dos pacientes com câncer, foi observado que a maioria dos pacientes apresentaram eutrofia pelo IMC e estavam “moderadamente desnutrido (B)” pela ASG-PPP e a minoria em situação de risco nutricional pela NRS 2002. De forma geral, foram observadas funções aparentemente preservadas, baixo escore para dificuldades financeiras, sintomas e elevado escore para saúde global.

**Palavras-chave:** Câncer; COVID-19; Avaliação Nutricional; Qualidade de Vida.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do IMC para adulto (OMS, 1998).....	19
<b>Tabela 2 - Classificação do IMC para idosos (OPAS, 2002).....</b>	<b>20</b>
Tabela 3 – Classificação do perfil sócio-demográfico dos pacientes.....	22
<b>Tabela 4 – Aspectos clínicos quanto ao diagnóstico por sexo e tipo de tratamento.....</b>	<b>24</b>
Tabela 5 - Classificação do estado nutricional segundo IMC.....	27
<b>Tabela 6 – Classificação da ASG-PPP segundo o IMC.....</b>	<b>29</b>
Tabela 7 – Matriz de correlação e Coeficientes de determinação (Pearson).....	30
<b>Tabela 8 - Medidas de resumo das escalas funcional, sintomas, escala global de saúde e QV e itens isolados de sintomas e impacto financeiro do instrumento EORTC/QLQ C-30.) .....</b>	<b>33</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**COVID – 19:** *Coronavírus 2*

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**CFN:** Conselho Federal de Nutricionista

**INCA:** Instituto Nacional de Câncer

**IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano

**ECA 2:** Enzima Conversora de Angiotensina-II

**SARS:** Síndrome Respiratória Aguda Grave

**TMPRSS2:** Serina Protease Transmembrana tipo 2

**RNA:** Ácido Ribonucleico

**NRS 2002:** Triagem de Risco Nutricional

**ASG-PPP:** Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente

**EORTC-QLQ-C30:** Questionário de Qualidade de Vida *European Core 30*

**IMC:** índice de Massa Corporal

**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**EPI:** Equipamento de Proteção Individual

**OPAS:** Organização Panamericana de Saúde

**CA:** Circunferência Abdominal

**CP:** Circunferência da Panturrilha

**DCT:** Dobra Cutânea Tricipital

**IVOC:** Instituto Vencendo o Câncer

**QV:** Qualidade de Vida

**FC:** Função Cognitiva

**FS:** Função Social

**FE:** Função emocional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
2.1 Aspectos epidemiológicos .....	10
2.1.1 Câncer.....	10
2.1.2 COVID-19.....	12
2.2 Fisiopatologia .....	12
2.2.1 Câncer.....	12
2.2.2 COVID-19.....	13
2.3 Relação entre COVID- 19 e câncer .....	14
2.4 Qualidade de vida no paciente oncológico.....	15
2.5 Avaliação do perfil nutricional .....	16
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
4.1 Objetivo geral .....	17
4.2 Objetivos específicos.....	18
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
5.1 Tipo de estudo.....	18
5.2 Critérios de seleção.....	18
5.3 Coleta de dados .....	19
5.3.1 Identificação do paciente .....	19
5.3.2 Perfil Clínico .....	19
5.3.3 Perfil nutricional.....	19
5.3.3.1 Classificação do estado nutricional .....	19
5.3.3.2 Identificação do Risco nutricional.....	20
5.4 Avaliação da Qualidade de Vida.....	21
5.5 Análise dos resultados .....	21
5.6 Considerações éticas .....	21
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
6.1 Perfil Sociodemográfico .....	22
6.2 Perfil Clínico .....	24
6.3 Perfil Nutricional .....	27
6.4 Avaliação da Qualidade de Vida.....	31
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>8 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O Câncer pode ser definido como um grupo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas, caracterizadas pela diferenciação descontrolada e acelerada de células anormais, que formam tumores e podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos a distância, sendo de causa multifatorial (genéticas, ambientais e de estilo de vida) (INCA, 2020).

A estimativa para o ano de 2020 foi de 19,3 milhões de casos e 9,96 milhões de óbitos e para o ano de 2040 é de 30,2 milhões de novos casos de câncer e 16,3 milhões de mortes (WHO, 2020). Em relação ao Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é de 625 mil casos novos de câncer, no qual a distribuição da incidência por região geográfica mostra que a Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência, tendo o Rio de Janeiro como o segundo Estado com a maior incidência da doença, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%) (INCA, 2019).

A presença do tumor por si só e os efeitos colaterais dos tratamentos utilizados podem desencadear diversas alterações no metabolismo dos pacientes com câncer, induzindo o catabolismo, alteração na ingestão alimentar e no estilo de vida, levando a alterações nutricionais importantes como a desnutrição, sarcopenia e/ou caquexia (FRUCHTENICHT, 2015; AI-QUTEIMAT, 2020). Além disso, a interferência negativa sobre o estado nutricional pode contribuir para imunossupressão em pacientes com câncer, o que os torna mais vulneráveis à ação de doenças bacterianas e virais. (AI-QUTEIMAT, 2020; ZHANG, 2020; RAYMOND, 2020; GOIS, 2020; BRASIL, 2020).

Neste sentido, no atual contexto mundial, pacientes com câncer estão classificados como uma das populações mais suscetíveis à infecção por COVID-19, com maior risco de complicações graves e alta taxa de mortalidade pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), que é o responsável pela atual pandemia mundial (AI-QUTEIMAT, 2020; ZHANG, 2020; RAYMOND, 2020; GOIS, 2020; BRASIL, 2020).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmam mais de 404 milhões de casos e mais de 5 milhões de mortes no mundo pela COVID-19, sendo cerca de 26 milhões de ocorrências no Brasil, até o mês de fevereiro de 2022 (WHO, 2021).

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) recomenda que os profissionais analisem cautelosamente o cenário e reavaliem o atendimento presencial e a avaliação nutricional em razão do cenário de pandemia (CFN, 2020). Entretanto, para pacientes com câncer, além da manutenção do atendimento clínico e do tratamento,

a avaliação do estado nutricional e qualidade de vida é fundamental por auxiliar na detecção precoce de problemas físicos e emocionais que podem comprometer o andamento do tratamento e da sobrevida (VEIRA; FORTES, 2015).

A qualidade de vida em pacientes oncológicos é uma ferramenta importante na avaliação dos resultados do tratamento e reflete a perspectiva do paciente (BLOOM *et al.*, 2004), sendo sua aferição parte integrante da avaliação moderna proposta para pacientes com câncer (WHO, 2005). A qualidade de vida pode ser analisada a partir da integração de diversos aspectos como a saúde física, os relacionamentos sociais, as características ambientais nas quais o paciente está inserido, sua espiritualidade, o nível de independência e o estado psicológico (ASHING-GIWA *et al.*, 2007).

Nesse sentido, recomenda-se também manter a triagem nutricional dos pacientes conforme o protocolo da unidade de atendimento sempre que possível, dando preferência as ferramentas que podem ser preenchidas pelo próprio paciente ou na forma de entrevistas realizadas por telefone (MARTUCCI, 2020). Além disso, se faz necessário a educação em saúde pelos profissionais, por exemplo, com orientações gerais sobre a doença, sobre o tratamento, sintomas, sobre a relação e cuidado com a COVID-19 e desmistificação sobre alimentação.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo avaliar o perfil clínico e nutricional e a qualidade de vida de pacientes com câncer durante a pandemia de COVID-19. Este trabalho de pesquisa torna-se relevante, visto a necessidade de obter informações sobre o tema exposto, e auxiliar no desenvolvimento de orientações específicas, na adequada assistência nutricional e enfrentamento dos desafios do tratamento desses pacientes durante e após uma pandemia.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Aspectos epidemiológicos**

#### **2.1.1 Câncer**

Devido aos processos de urbanização e globalização, o Brasil está sofrendo diversas mudanças em suas características demográficas e, conseqüentemente, no perfil de morbimortalidade. Tais mudanças têm grande influência nas alterações de estilo de vida da população e maior exposição aos fatores de riscos, o que levou a uma redução na ocorrência de doenças infectocontagiosas e aumento de doenças

crônico — degenerativas, dentre elas o câncer (VIEIRA; FORTES, 2015).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (20 mil), pulmão (17 mil) e estômago (13 mil) (INCA, 2020).

O número de novos casos e de mortes em decorrência da doença ocorre devido a fatores como crescimento populacional, aumento na população de idosos, e aos aspectos associados ao desenvolvimento socioeconômico, sendo os tipos mais frequentes em homens os cânceres de próstata, colorretal e pulmão, e, em mulheres, os cânceres de mama, colorretal e colo do útero (INCA, 2020).

De acordo com uma projeção realizada pela *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN), para o ano de 2040, é esperado um total de 30,2 milhões de pessoas diagnosticadas com câncer no mundo e, para o Brasil, a estimativa é de 995 mil casos incidentes (WHO, 2020). Quando observamos países de médio e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de acordo com as tendências atuais, o aumento no número de casos pode chegar a até 81%, visto que possuem taxas de mortalidade mais altas, as apresentações em estágio avançado da doença são frequentes, e o diagnóstico e tratamento são insuficientes (WHO, 2020). Desta forma, a OMS constantemente reforça a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde nesses países.

Apesar da elevada incidência, no Brasil, através da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, o atendimento integral a qualquer pessoa com câncer é garantida em suas unidades públicas de saúde e, de acordo com dados recentes, existem 317 unidades e centros de assistência habilitados, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer no país (INCA, 2019). Evidências afirmam que entre 30- 50% dos cânceres podem ser evitados a partir da realização de práticas que levem ao aprimoramento de mecanismos de prevenção e diminuição dos fatores de risco, além de métodos de identificação precoce e ampla assistência ao paciente oncológico, que permite o tratamento clínico adequado, o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida do paciente (WHO, 2021).

### **2.1.2 COVID-19**

A síndrome respiratória aguda grave, causada pelo coronavírus 2 (SARS-CoV2), nomeada COVID-19 foi declarada como emergência de saúde pública de importância internacional pela OMS no dia 30 de janeiro de 2020, e formalmente como pandemia no dia 11 de março de 2020 (WHO, 2020).

Até fevereiro de 2022, já foram confirmados mais de 404 milhões de casos de COVID-19 no mundo, com cerca de 5 milhões de óbitos. Os Estados Unidos é o país detentor do maior número de casos e mortes acumuladas, com aproximadamente 76 milhões de infectados e 905.957 mil óbitos, seguido pelo Brasil, que recebeu a primeira notificação de caso confirmado em 26 de fevereiro de 2020, e possui até o momento 26.955.434 milhões de casos e 635.074 mortes. Até a mesma data, 10.095.615.243 doses de vacinas foram aplicadas em todo o mundo. (WHO, 2020; BRASIL, 2020).

Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde, até fevereiro de 2022 a região brasileira com maior prevalência de casos era o Sudeste, com mais de 10,7 milhões, o qual também era responsável pelo maior quantitativo de óbitos, com cerca de 304 mil mortes (BRASIL, 2020).

A situação ainda é caracterizada como preocupante e um desafio para a saúde pública, sendo necessária a aplicação de estratégias de gerenciamento que incluam tratamento de suporte e medidas de proteção, se tornando indispensável o apoio da população por meio da adesão às ações preventivas para evitar a transmissão da doença (GOSAIN, 2020; ANJORIN,2020).

## **2.2 Fisiopatologia**

### **2.2.1 Câncer**

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece de forma lenta, podendo levar vários anos para que uma célula maligna se prolifere e de origem a um tumor visível. A carcinogênese é determinada pela exposição acumulativa a agentes cancerígenos, em uma dada frequência e em dado período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular (INCA, 2020).

Esse processo é composto por três estágios: iniciação, onde os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos, ocorrendo o processo de mutação genética; estágio de promoção, onde as células se tornam células malignas pela ação longa e contínua dos agentes oncopromotores. E o estágio de progressão, onde ocorre multiplicação descontrolada e irreversível das células modificadas, progredindo para as primeiras manifestações clínicas da doença (sinais e sintomas) (INCA, 2019).

A presença de uma neoplasia maligna pode aumentar em até 50 vezes o gasto energético quando comparado ao gasto das células normais do corpo. Neste sentido, estudos demonstram que uma das principais alterações nutricionais encontradas em pacientes com câncer é a desnutrição, atingindo cerca de 40 a 80% dos casos (SOUZA, 2017; MEDEIRAS, 2016). Em decorrência da desnutrição, o paciente pode ter elevado risco de complicações da doença, menor taxas de sobrevida, comprometimento do tratamento, além de aumentar os custos ao sistema de saúde (LAFFITTE, 2015; SOUZA, 2017).

Dentre as complicações, a ocorrência de caquexia é um quadro comum, caracterizado por uma desnutrição grave, astenia e anorexia. Neste quadro ocorre uma intensa e involuntária perda de peso, catabolismo de tecido muscular e adiposo, alterações metabólicas e disfunção imunológica, contribuindo para resultados desfavoráveis e reduzindo chances de melhora do paciente (MEDEIRAS, 2016).

Outra alteração é a sarcopenia, que é definida como uma síndrome caracterizada pela perda da força muscular esquelética associada à baixa quantidade ou qualidade muscular, podendo comprometer o desempenho físico em sua condição severa, com risco de resultados adversos, como quedas, fraturas, incapacidade funcional, distúrbios de imobilidade, dependência física, hospitalização e morte. Desta forma, pode causar grande impacto na qualidade de vida e na sobrevida de pacientes com câncer (CRUZ-JENTOFT, 2019).

### **2.2.2 COVID-19**

A fisiopatologia da COVID-19 ainda não está totalmente esclarecida, no entanto, foi confirmado que o SARS CoV-2 tem como alvo células, como células epiteliais nasais e brônquicas e pneumócitos, através da proteína do pico estrutural viral (S) que se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina-II (ECA 2) em humanos, o que sugere uma patogênese semelhante à síndrome respiratória aguda grave (SARS) (LU, 2020).

Uma característica estrutural particular do receptor da glicoproteína Spike do SARS CoV-2, responsável pela penetração do vírus nas células hospedeiras, confere uma afinidade de ligação potencialmente maior para a ECA 2 nas células hospedeiras, em comparação ao SARS-CoV (HANFF, 2020). A serina protease transmembrana tipo 2 (TMPRSS2), que está presente na célula hospedeira, faz a captação do vírus pela clivagem da ECA 2 e ativa a proteína SARS CoV-2 S, responsável pela mediação de entrada de coronavírus nas células hospedeiras (HOFFMANN, 2020).

Com base em uma análise de conjuntos de dados de sequenciamento do RNA de células únicas derivados dos principais sistemas fisiológicos humanos, os órgãos considerados mais vulneráveis à infecção por SARS-CoV-2 devido aos seus níveis de expressão de ECA 2 incluem os pulmões, o coração, o esôfago, os rins, a bexiga e o íleo (ZOU, 2020). Isso pode explicar as manifestações extrapulmonares associadas à infecção causada pelo vírus.

### **2.3 Relação entre COVID- 19 e câncer**

Pacientes em tratamento de câncer podem apresentar imunossupressão e grande risco de infecção por decorrência da COVID-19. A imunossupressão predispõe os pacientes à infecção, distúrbios metabólicos devido à resposta inflamatória secundária ao tumor/ou complicações ao tratamento antineoplásico, o que contribui para morbidade e mortalidade (GARÓFOLO, 2020). Alguns pacientes cursam com desnutrição, caquexia e outros com obesidade, de acordo com o tipo de câncer, e, ambas as situações desencadeiam resposta inflamatória, assim como a COVID-19. A resposta inflamatória devido a COVID-19 se dá pela enzima conversora de angiotensina-2 que atua como receptor funcional para SARS-CoV-2 e é expressa no epitélio pulmonar. Com isso, a morte de macrófagos alveolares aumenta a inflamação. (GARÓFOLO, 2020).

Outra relação para o aumento dos riscos está associada à limitação do acesso aos cuidados de saúde impostos pelas restrições da COVID-19 em diversas cidades do país. O tratamento é vital e deve ser prioritário durante a pandemia, uma vez que os serviços de saúde estão sobrecarregados com um número cada vez maior de infectados pelo SARS-CoV-2, com maior demanda de insumos de uma maneira geral (AI-QUTEIMAT, 2020).

A nutrição possui papel crucial no sistema imunológico de pacientes com câncer em todos os seus estágios, e quando associado a um contexto de pandemia pela

COVID-19, as estratégias de assistência nutricional ao paciente com câncer tornam-se ainda mais relevantes, uma vez que para reduzir o risco de infecção é essencial apresentar estado nutricional adequado (IDDIR, 2020). Nos pacientes com câncer, esta assistência nutricional pode melhorar a função imune e combater a inflamação, logo, reduzir a gravidade dessas doenças potencialmente inflamatórias (GARÓFOLO, 2020).

## **2.4 Qualidade de vida no paciente oncológico**

O conceito de saúde vem sendo reformulado, e é compreendido como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças”; ou seja, o conceito vem se tornando mais amplo, denominando-se qualidade de vida relacionada à saúde (VEIRA; FORTES, 2015).

Segundo a OMS (1995), qualidade de vida se define como sendo:

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com características do ambiente “.

O termo qualidade de vida refere-se a um amplo espectro de situações relacionadas ao bem-estar psicológico e social. Inclui sensações de satisfação com as atividades sociais, saúde mental e emocional (KOLLER & LORENZ, 1998; WHO, 2005), convicções pessoais e em relação às características ambientais e culturais nas quais cada indivíduo encontra-se inserido (BLOOM et al., 2004).

A avaliação da qualidade de vida é uma ferramenta de grande importância e relevância em pacientes oncológicos, uma vez que auxilia na avaliação da eficácia e impactos de tratamentos e intervenções realizadas nos pacientes, além de se comparar procedimentos para o controle de morbimortalidades, planejar os melhores procedimentos e cuidados paliativos e detectar precocemente problemas emocionais e físicos. Diante disso, a qualidade de vida se configura em um importante indicador da resposta do paciente ao tratamento e à própria doença (VEIRA; FORTES, 2015).

O Questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30* (EORTC-QLQ-C30) é multidimensional e consiste de 30 questões que avaliam o paciente nas duas últimas semanas. O questionário aborda questões gerais sobre câncer como sintomas, efeitos colaterais

do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com os cuidados médicos, independentemente do tipo de câncer (FIGUEIREDO, 2013). Foi validado para pacientes com câncer da população brasileira por apresentar propriedades psicométricas satisfatórias (SALVETTI, 2020).

## **2.5 Avaliação do perfil nutricional**

A avaliação nutricional é uma abordagem abrangente que visa a definir o estado nutricional por meio de história clínica e nutricional, exame físico, medidas antropométricas e análises laboratoriais (TEITELBAUM *et al.*, 2005). Com isso, a avaliação do perfil nutricional é o primeiro passo da assistência nutricional ao paciente, objetivando identificar problemas relacionados à nutrição (BIANGULO; FORTES, 2013).

Mediante as diversas alterações metabólicas e nutricionais geradas pela doença, é extremamente importante a avaliação do perfil nutricional de pacientes com câncer, uma vez que o prognóstico da doença está diretamente ligado ao estado nutricional. Ferramentas como a Triagem de Risco Nutricional (NRS 2002) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) vêm sendo utilizadas como métodos eficazes de triagem e avaliação nutricional para os pacientes oncológicos e foram desenvolvidas e validadas para serem utilizadas no ambiente ambulatorial ou hospitalar (INCA/ CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2016).

A NRS 2002 é um instrumento de triagem nutricional que inclui a idade do paciente, tanto de adultos como de idosos, e engloba pacientes clínicos e cirúrgicos no âmbito hospitalar, ou seja, não discrimina pacientes e abrange diferentes condições patológicas. Além disso, este instrumento utiliza pontuação variável entre 0 e 6 e quando o resultado da somatória é maior ou igual a três pontos, o paciente é classificado como em risco de desnutrição. Os idosos recebem atenção especial no NRS 2002, pois a pontuação final aumenta na classificação do risco nutricional de idosos. (ASBRAN, 2014).

O ASG-PPP é um instrumento que tem boa reprodutibilidade e capacidade de prever complicações relacionadas à desnutrição. Por ser um método simples e de baixo custo, após treinamento adequado, o ASG-PPP pode ser orientado ao paciente e aplicado por qualquer profissional de saúde da equipe multiprofissional. O questionário foca questões relacionadas ao percentual de perda de peso nos últimos



6 meses, modificação na consistência dos alimentos ingeridos, sintomas gastrointestinais e presença de perda de gordura subcutânea e de edema. Além disso, valoriza as alterações funcionais que possam estar presentes. O método classifica o paciente em bem-nutrido, moderadamente desnutrido ou gravemente desnutrido (ASBRAN, 2014).

Os parâmetros antropométricos são utilizados para a classificação do estado nutricional do paciente com câncer, pois apresentam valores de referência internacionalmente validados e possibilitam a avaliação de risco e de morbidade futura (WHO, 2006a; WHO, 2006b; PINTO *et al.*, 2005).

Sendo assim, os instrumentos objetivos e subjetivos de avaliação desempenham função importante na identificação de pacientes com câncer em risco ou com desnutrição, possibilitando intervenção e cuidados mais específicos, minimizando assim as possíveis complicações (INCA/ CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA, 2016).

### **3 JUSTIFICATIVA**

O estudo trará benefícios para pacientes com câncer e comunidade acadêmica e profissional por buscar compreender a possível influência da pandemia de COVID - 19, a qual ainda é uma incógnita no meio científico, em aspectos clínicos, nutricionais e na qualidade de vida desses pacientes. A pandemia pode estar afetando a condição socioeconômica, estilo de vida, alimentação e acesso a serviços de saúde, fatores que permitem o tratamento clínico adequado, o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida do paciente. Neste sentido, a avaliação de diferentes aspectos neste período pode contribuir para o desenvolvimento de assistência nutricional adequada e orientações específicas para pacientes com câncer durante e após a pandemia de COVID-19.

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade de vida e perfil clínico e nutricional de pacientes com câncer na pandemia de COVID-19.

## 4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes avaliados;
- Classificar o estado nutricional através de parâmetros antropométricos (peso e altura obtidos pelo prontuário e IMC) e da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo próprio paciente (ASG-PPP);
- Identificar o risco nutricional dos pacientes com câncer por meio da Triagem de Risco Nutricional (NRS 2002);
- Caracterizar o perfil nutricional dos pacientes avaliados;
- Classificar o escore da ferramenta *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30* (EORTC-QLQ-C30) de qualidade de vida dos pacientes;

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, de natureza descritiva, realizado com número amostral de 20 pacientes, entre eles, adultos e idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de câncer em tratamento ambulatorial do hospital Irmandade São João Batista, na cidade de Macaé, RJ, no período de julho e agosto de 2021. Os pacientes foram abordados para a pesquisa durante a realização do tratamento, na sala de quimioterapia e/ou na sala de espera para consulta com os médicos do hospital.

### 5.2 Critérios de seleção

Foram elegíveis os pacientes ambulatoriais, maiores de 18 anos, ambos os sexos, com diagnóstico de câncer, independente se sua localização, que não apresentaram limitações para a coleta dos dados antropométricos e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, sem capacidade de deambulação ou que apresentaram alguma impossibilidade de realização das avaliações antropométricas ou que se recusaram a participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **5.3 Coleta de dados**

O estudo foi baseado na elaboração de um Diário de campo (APÊNDICE 1), sendo esse dividido em seções: “Identificação do paciente”, “Perfil Clínico”, “Perfil Nutricional” e “Avaliação da Qualidade de Vida”, com a aplicação do Questionário de qualidade de vida (EORTC QLQ - C30).

A coleta de dados foi realizada seguindo os protocolos de segurança do Hospital e as orientações da OMS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para prevenção da COVID-19. Dentre as medidas, destaca-se a lavagem das mãos com água e sabão e higienizador à base de álcool 70%, distanciamento social de, pelo menos, um metro entre o paciente e acadêmico e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como jaleco, avental impermeável de mangas compridas, luvas de procedimento e máscara tipo N95 (BRASIL, 2020).

#### **5.3.1 Identificação do paciente**

A identificação feita pela coleta de variáveis sociodemográficas como nome, sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação atual e contato. Os dados foram coletados no prontuário do paciente ou através de relato do mesmo. Ainda nessa seção foram coletados dados de possível patologia pregressa e história familiar, se houver.

#### **5.3.2 Perfil Clínico**

O questionário para classificação do perfil clínico foi dividido em subtópicos, no qual o primeiro se refere ao tratamento, onde as variáveis avaliadas foram: tipo de neoplasia (diagnóstico), tipo de tratamento e a situação do mesmo no período da pandemia. Já o segundo subtópico diz a respeito à situação socioeconômica do paciente.

#### **5.3.3 Perfil nutricional**

##### **5.3.3.1 Classificação do estado nutricional**

Para classificação do estado nutricional, foram utilizados dados antropométricos (peso, altura e Índice de massa corporal (IMC)) e ASG-PPP (ANEXO 2), versão

adaptada culturalmente por Campos e Prado (2009).

O peso e a altura foram obtidos através do prontuário do hospital, em função dos protocolos de distanciamento social orientados. Já o Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e altura, de acordo com a seguinte fórmula  $IMC = \text{peso (g)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$ . A classificação para os pacientes adultos (< 60 anos) é definida de acordo com o estabelecido pela OMS (1997), conforme tabela 1. Os pacientes idosos (> 60 anos) foram classificados conforme o estabelecido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2002), tabela 2. Para a classificação, as populações, adulto e idoso, não foram avaliados de forma separada.

**Tabela 1.** Classificação do IMC para adultos

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Magreza grau III	< 16
Magreza grau II	16 a 16,9
Magreza grau I	17 a 18,4
Eutrofia	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidade grau I	30 a 34,9
Obesidade grau II	35 a 39,9
Obesidade grau III	Acima de 40

Fonte: OMS (1997)

**Tabela 2.** Classificação do IMC para idosos

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 23	Magreza
23 – 28	Eutrofia
28 – 30	Sobrepeso
> 30	Excesso de peso

Fonte: OPAS (2002)

Na ASG-PPP, os pacientes responderão as perguntas, assinalando na resposta que melhor demonstram sua condição, sendo o restante do questionário preenchido pela discente, seguindo o método de aplicação do instrumento.

### 5.3.3.2 Identificação do Risco nutricional

Para classificação do risco nutricional foi utilizado o método de avaliação: NRS 2002 (ANEXO 3) A avaliação da NRS 2002 foi observada e preenchida pela discente.

#### **5.4 Avaliação da Qualidade de Vida**

A Qualidade de vida do paciente foi avaliada através do Questionário de Qualidade de Vida European Core 30 (EORTC QLQ - C30) (ANEXO 4), validado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer. Consiste em 30 questões com 5 escalas funcionais (função física, cognitiva, social, emocional e desempenho de papéis); três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos); uma escala de impacto financeiro do tratamento e doença; uma escala de estado geral de saúde; e cinco dos principais sintomas relatados pelos pacientes oncológicos (dispneia, insônia, perda de apetite, diarreia e constipação) (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012). Neste método, os resultados variam do escore 0 ao 100, onde quanto mais próximos de 100, maior a qualidade de vida, com exceção de dificuldades financeiras e sintomas, que quanto mais próximo de 100 menor é a qualidade de vida.

O Questionário EORTC QLQ - C30 é amplamente utilizado por profissionais e acadêmicos, principalmente em pacientes com câncer por auxiliar na mensuração do impacto da doença e do tratamento na vida do paciente.

Para determinação do escore foi utilizado o “EORTC QLQ-C30 Scoring Manual” (FAYERS et al., 2001).

#### **5.5 Análise dos resultados**

A análise estatística dos dados foi realizada através do software Statistica, versão 7.0, da (Statasoft®, 2004). Foi realizada análise descritiva das variáveis qualitativas, sendo apresentadas por frequências absolutas e porcentagens, e as variáveis contínuas foram apresentadas em média e desvio padrão. Para análise de correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste de correlação de Pearson com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **5.6 Considerações éticas**

O presente trabalho atende as normas descritas na Resolução N° 466 de 2012, do Conselho nacional de Saúde, e foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Campus Macaé, através da Plataforma Brasil, com número CAAE 60334316.8.0000.5699. Além disso, foi solicitada autorização ao paciente ou responsável, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para inclusão do mesmo no estudo e para utilização dos dados obtidos, bem como publicação dos resultados.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Perfil Sociodemográfico

A coleta de dados foi realizada no período de julho e agosto de 2021, onde fizeram parte do estudo um total de 20 pacientes com câncer, que atenderam a todos os critérios de inclusão e de exclusão. Do total, 35% eram do sexo feminino e 65% do sexo masculino. Ao contrário do encontrado no presente estudo, em países em desenvolvimento, como o Brasil, é esperado o predomínio de câncer no sexo feminino, em virtude dos altos índices de neoplasias na população feminina, a exemplo dos cânceres do colo uterino e de mama, que são de grande prevalência (INCA, 2020). Para cada ano do triênio de 2020-2022, são esperados 66 mil casos de câncer de mama (INCA, 2020). Em contrapartida, em países desenvolvidos, a ocorrência de câncer tende a incidir de forma similar em ambos os sexos, por causa dos programas de prevenção em massa desenvolvidos por esses países (MACARTNEY et al, 2016; CATANIA et al, 2016).

Na Tabela 3, encontra-se o perfil sociodemográfico dos pacientes avaliados. Mais da metade dos pacientes se autodeclararam de cor branca (60%), seguido pela cor preta (25%) e parda (15%). Não houve declaração de cor amarela ou indígena por parte dos pacientes deste estudo.

**Tabela 3.** Classificação do perfil sócio-demográfico dos pacientes. Macaé – RJ, 2021.

<b>Características</b>	<b>Frequência (%)</b>	
<b>Sexo</b>		
Sexo feminino	35%	(n=7)
Sexo masculino	65%	(n=13)
<b>Faixa etária (anos)</b>		
40 a 49	25%	(n=5)
50 a 59	15%	(n=3)
60 a 69	35%	(n=7)
70 a 79	20%	(n=4)
80 ou mais	5%	(n=1)
<b>Etnia</b>		
Branco	60%	(n=12)
Pardo	15%	(n=3)
Preto	25%	(n=5)
<b>Grau de escolaridade</b>		
Analfabeto	5%	(n=1)
Fundamental incompleto	20%	(n=4)
Fundamental completo	15%	(n=3)
Médio completo	35%	(n=7)
Superior incompleto	5%	(n=1)
Superior completo	15%	(n=3)
Técnico	5%	(n=1)
<b>Renda familiar</b>		
0 a 1 salários mínimos	10%	(n=2)
1 a 2 salários mínimos	15%	(n=3)
2 a 3 salários mínimos	15%	(n=3)
3 a 4 salários mínimos	5%	(n=1)
4 ou > salários mínimos	25%	(n=5)
Optou por não relatar	30%	(n=6)

Da amostra, 60% eram maiores de 60 anos, desses, 35% pertenciam a faixa etária de 60 a 69 anos, 20%, de 70 a 79 anos e apenas 5% possuíam 80 anos ou mais. É importante ressaltar que não houve paciente com faixa etária abaixo dos 40 anos. Tais dados estão, possivelmente, relacionados à grande incidência de doenças crônico-degenerativas nessa parcela da população, sendo o avanço da idade um dos fatores que pode influenciar o prognóstico da doença (SANTOS, SOEIRO, MAUÉS, 2020).

Quanto à escolaridade, 5% dos pacientes eram analfabetos, 35% possuíam o primeiro grau (ensino fundamental) incompleto ou completo, 40% referiram ter o segundo grau (ensino médio) incompleto ou completo, 20% tinham o terceiro grau completo ou incompleto e 5% possuíam nível técnico. Na perspectiva socioeconômica, a grande maioria, ou seja, 40% dos pacientes da amostra tinham renda familiar menor ou igual a 3 salários mínimos, 5% com renda de 3 a 4 salários mínimos, 25% com renda de 4 ou mais salários mínimos e 30% optaram por não relatar. Tais achados merecem relevância, visto que as iniquidades sociais interferem

na Qualidade de Vida e na mortalidade, em pacientes oncológicos (PRAGER et al, 2018).

Em relação à história patológica pregressa dos pacientes avaliados foram encontrados os seguintes dados: 65% responderam ter alguma doença cardiovascular, 30% responderam ter diabetes e 20% dislipidemias. Além disso, 15% dos pacientes ainda relataram ter outros tipos de doença como fibromialgia, artrose, hipertireoidismo, doença policística (renal + hepática + pâncreas) e depressão. É importante ressaltar que 30% dos pacientes negaram ter qualquer doença associada.

Os fatores de risco modificáveis são resultados de hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural e incluem o tabagismo, o consumo de álcool, a falta de atividade física, alimentação não saudável, obesidade, doenças crônicas e estresse (INCA, 2021). Em concordância, no presente estudo, através do IMC, foi possível observar que 35% dos pacientes foram classificados com obesidade. E dentre aqueles que relataram ter alguma patologia pregressa, 50% apresentaram obesidade. Esses resultados corroboram com os dados do INCA (2021) que relaciona os fatores de riscos modificáveis com o desenvolvimento do câncer, onde entre 80% e 90% dos casos de câncer estão associados a causas externas (INCA, 2021).

Além disso, segundo Instituto Vencendo o Câncer (IVOC) (2017), mulheres que praticam pelo menos quatro horas de atividade física semanal durante os anos de vida reprodutiva têm risco 60% menor risco de desenvolver câncer de mama. A obesidade e vida sedentária quando combinados são responsáveis por 20% dos casos de câncer de mama, 50% dos carcinomas de endométrio, 25% dos tumores malignos do cólon, 37% dos casos de adenocarcinoma de esôfago (IVOC, 2017).

Já em relação ao sexo masculino, que possui maior prevalência neste estudo, Smith *et al.* (2008) encontrou associação entre a diabetes e um maior risco de desenvolver câncer de próstata, devido a maioria dos homens com diabetes serem obesos, e esta obesidade estar associada com maior desenvolvimento e mortalidade por câncer de próstata (SMITH et al, 2008).

## **6.2 Perfil Clínico**

No tocante aos aspectos clínicos dos pacientes com câncer, destacam-se os dados apresentados pela Tabela 4 abaixo.



**Tabela 4.** Aspectos clínicos quanto ao diagnóstico por sexo e tipo de tratamento.

Macaé – RJ, 2021.

<b>Sexo feminino (n=7)</b>		
<b>Localização do tumor primário</b>	<b>Frequência (%)</b>	
CA de cólon	14,28%	(n=1)
CA de pulmão	14,28%	(n=1)
CA de bexiga	14,28%	(n=1)
CA de ovário	28,57%	(n=2)
CA de mama	28,57%	(n=2)
<b>Sexo masculino (n=13)</b>		
<b>Localização do tumor primário</b>	<b>Frequência (%)</b>	
CA de cólon	7,69%	(n=1)
CA de pulmão	7,69%	(n=1)
CA pancreatobiliar	7,69%	(n=1)
CA de reto	7,69%	(n=1)
CA de próstata	30,76%	(n=4)
CA de estômago	38,46%	(n=5)
<b>Tipo de tratamento (n=20)</b>		
Quimioterapia	55,00%	(n=11)
Quimioterapia + Radioterapia	5,00%	(n=1)
Quimioterapia + Cirurgia	30,00%	(n=6)
Cirurgia	10,00%	(n=2)

A neoplasia mais frequente no sexo feminino foi a de mama e de ovário correspondendo a 28,57% cada uma, seguido pelos cânceres de cólon, pulmão e bexiga (14,28%, cada). O resultado para o câncer de mama condiz com o estudo de BRAY *et al.* (2018) e FERLAY *et al.* (2018) que dizem que independentemente da condição socioeconômica do país, a incidência desse câncer se configura entre as primeiras posições das neoplasias malignas femininas (BRAY *et al.* 2018; FERLAY *et al.*, 2018) e está como segunda principal causa de morte entre as mulheres nos continentes americanos (OPAS/OMS, 2020). O segundo câncer mais incidente na referida amostra foi o de ovário, dado que não costuma ser observado com muita frequência uma vez que ocupa a sétima posição mais frequente no país (INCA, 2020).

Já no sexo masculino, o câncer de estômago apresentou maior frequência (38,46%), seguido pelo câncer de próstata (30,76%), achado que difere de outros estudos, como no de Sarris *et al.* (2018), que encontrou o câncer de próstata como o de maior prevalência entre os homens idosos. De acordo com o INCA, o câncer de estômago ocupa a quarta posição dos tipos de câncer mais frequentes no sexo masculino, sendo o câncer de próstata o mais incidente e prevalente neste sexo em

todo o Brasil, tendo o aumento no número de diagnósticos no mundo parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, melhoria na qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento na expectativa de vida (INCA, 2020). Neste estudo, a diferença entre as frequências são pequenas e este resultado pode estar relacionado ao baixo número da amostra, que ainda não representa o “universo” de pacientes atendidos no local.

Com relação aos tipos de câncer com menor prevalência neste estudo, no sexo masculino, obteve-se frequência de 7,69% para o câncer de cólon, de reto, de pulmão e pancreatobiliar. No sexo feminino, obteve-se frequência de 14,28% para o câncer de cólon, pulmão e bexiga. De acordo com o INCA (2020), o câncer do cólon e reto foi classificado como o terceiro tumor mais incidente entre todos os cânceres no sexo masculino e o segundo tumor mais frequente com taxa de incidência de 21,8/100 mil no sexo feminino. Assim como o câncer de pulmão, que configura-se entre os principais em incidência no mundo, ocupando a primeira posição entre os homens e terceira posição entre as mulheres (INCA, 2020). Já o câncer de bexiga, ocupa a décima sétima posição de incidência nas mulheres (INCA, 2020), sendo assim o resultado desta pesquisa se difere do dado encontrado na literatura pois é um câncer que apresenta menores chances de ser encontrado entre os pacientes e nesta amostra, mesmo sendo pequena, foi encontrado.

Com relação aos recursos terapêuticos, o tratamento único mais comum foi a quimioterapia, realizado por 55% dos pacientes, seguido de cirurgia, 10%. O tratamento combinado mais comum foi quimioterapia com cirurgia (30%), seguido de quimioterapia com radioterapia (5%).

A escolha do tratamento eficaz para o câncer é feita baseando-se principalmente no estadiamento e tipo de câncer (INCA, 2021), o que não foi utilizado como critério no presente estudo. Também visa não apenas ao tumor primário, mas possíveis metástases, redução de sintomas, melhora da qualidade de vida e sobrevida do doente (RODRIGUES e FERREIRA, 2010).

A quimioterapia foi o tratamento mais utilizado (55%) na amostra do estudo e tem se tornado uma das mais importantes formas de combate ao câncer, uma vez que pode ser empregada com fins curativos ou paliativos (LEITE et al, 2015). O tratamento quimioterápico antineoplásico é caracterizado pela aplicação de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, as quais agem influenciando no processo de crescimento e divisão celular, destruindo as células cancerígenas (SILVA et al, 2019).

Essa terapêutica é reconhecida pelos efeitos colaterais que acometem os pacientes durante o tratamento, entre elas, náuseas, vômitos, alopecia, diarreia ou constipação e outros mais, que comprometem a qualidade de vida das pessoas de forma global (BUSHATSKY et al., 2017). Também ocorrem alterações na aparência física, dificuldade para manter um vínculo empregatício e as relações interpessoais, e até mesmo os questionamentos sobre a possibilidade de cura afetam a esfera emocional, de modo a prejudicar não somente o âmbito físico do ser humano, mas também o psicológico e o social (BUSHATSKY et al., 2017). Diante disso, é de extrema importância que se conheçam esses efeitos e, principalmente, as alternativas para o seu controle para que a qualidade de vida do paciente seja garantida.

A segunda terapêutica com maior prevalência de utilização entre os pacientes do estudo foi a combinação da quimioterapia com a cirurgia (30%), e segundo os achados de DEVITA *et al.* (2008) e FERREIRA (2007) melhora as chances de sobrevida no caso de câncer com disseminação para os linfonodos regionais. Já a combinação de radioterapia com quimioterapia (10%) seguida da cirurgia isoladamente (5%) apresentaram menor prevalência dentre os tipos de tratamento dos pacientes avaliados. Hoje, a cirurgia e a radioterapia são indicadas para câncer localizado e/ou estágio inicial, podendo também ser útil na redução dos sintomas nos estágios avançados (DEVITA et al, 2008; FERREIRA, 2007).

### 6.3 Perfil Nutricional

A avaliação do estado nutricional por meio do índice de massa corporal (IMC) mostrou que a metade da amostra dos pacientes apresentavam eutrofia, 40% apresentavam excesso de peso e 10% baixo peso (Tabela 5).

**Tabela 5.** Classificação do estado nutricional segundo IMC. Macaé – RJ, 2021.

Classificação do IMC	Frequência (%)
Baixo peso	10% (n=2)
Eutrofia	50% (n=10)
Sobrepeso	5% (n=1)
Obesidade grau I	20% (n=4)
Obesidade grau II	15% (n=3)

A desnutrição ou risco nutricional é um dos achados mais prevalentes em pacientes com câncer, entretanto, segundo a classificação do IMC dos pacientes do presente estudo, a desnutrição foi observada em um número menor de pacientes,

sendo a eutrofia predominante no estudo, seguido dos pacientes com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Este fato também foi descrito em outros estudos como o de Cagol *et al* (2016), que encontrou maior prevalência de excesso de peso (48,6%), segundo o IMC, em pacientes com câncer avaliados seguido por eutrofia (39%) e baixo peso (12,4%). Tartari *et al* (2010) também observou prevalência maior de excesso de peso e IMC diminuído em poucos pacientes.

Diversos fatores podem estar envolvidos no ganho de peso ou presença de excesso de peso em pacientes oncológicos, pois, muitas alterações fisiológicas acontecem nesses indivíduos, como aumento dos mediadores inflamatórios que contribuem para depleção de massa magra, expansão do líquido extracelular e consequentemente retenção hídrica. Os fármacos quimioterápicos também podem propiciar a retenção de líquidos, diminuição da massa magra e aumento da gordura corporal. Além de outros fatores como ingestão alimentar e redução da atividade física (VERDE, 2007; MAIO *et al.*, 2009).

No câncer de mama, por exemplo, câncer mais prevalente entre as mulheres neste estudo, a manutenção do peso corporal dos pacientes é um desafio. O ganho de peso é resultante de medicações antineoplásicas e hormonioterapia, as quais podem causar aumento do apetite e retenção hídrica (BENARROZ *et al*, 2009). Quando associado com inatividade física ocorre uma relação direta com a redução da qualidade alimentar (LIZ, 2015; OLIVEIRA *et al*, 2014), concordando com um estudo realizado por Tredan *et al* (2010), no qual mais da metade das mulheres apresentaram ganho de peso e aumento do IMC, principalmente durante o período do tratamento quimioterápico.

Já no câncer de próstata, segundo câncer mais prevalente neste estudo, o excesso de peso tem duas formas para justificar o aumento do risco de desenvolver câncer de próstata. O primeiro deles sendo as próprias células de gordura, que por si só, já produzem fatores cancerígenos que agredem o nosso organismo e podem agredir células saudáveis e transformá-las em células precursoras de câncer. Além disso, elas também têm excesso de determinados hormônios, como por exemplo, o estrogênio circulando no organismo. E esses hormônios também favorecem a multiplicação desordenada de células e, consequentemente um possível surgimento de câncer (CENTRO BRASILEIRO DE UROLOGIA, 2021).

Destaca-se que cada tipo de câncer possui características de estado nutricional diferentes, sendo assim, devem ser tratados de forma particular e distinta. Embora a

maior parte dos pacientes tenha apresentado estado nutricional eutrófico (IMC), é necessário o acompanhamento e avaliação contínua desses pacientes, dado que os ciclos, fases, tempo de tratamento e estadiamento do tumor eram diferentes entre os indivíduos avaliados no presente estudo. Ressalta-se que é extremamente importante avaliar o risco e estado nutricional de pacientes com câncer, bem como fazer seu acompanhamento, mediante ao fato da própria doença trazer importantes alterações metabólicas e fisiológicas, da complexidade dos tratamentos antineoplásicos e do estado nutricional ser um fator preditor de morbidade.

A situação mundial da COVID-19, que estava ocorrendo durante a avaliação dos pacientes do presente estudo, também pode ser considerada um fator relevante para o sobrepeso e obesidade. O período pandêmico pode propiciar um ambiente sedentário e potencializar emoções como medo, ansiedade, estresse, tédio etc., que refletem diretamente no comportamento alimentar (JEVAUX & TAETS, 2021). Além disso, durante a pandemia de COVID-19 muitas pessoas perderam seus empregos, afetando inúmeras famílias em relação ao orçamento financeiro. A renda familiar está associada diretamente à segurança alimentar e nutricional e à saúde, com isso, algumas famílias podem optar por comprar alimentos com maior vida de prateleira, alimentos geralmente ultraprocessados, em detrimento de frutas, verduras e legumes, comportamento com maior relação com obesidade (JEVAUX & TAETS, 2021).

Para avaliação de risco nutricional dos pacientes foi utilizada a NRS 2002. Através deste método, 90% da amostra de pacientes possuem escore < 3, ou seja, o rastreamento desse paciente deve ser realizado de forma semanal, e apenas 10% possuem escore > 3, caracterizando o paciente em situação de risco nutricional.

De acordo com os resultados da ASG-PPP, 35% dos pacientes se encontravam “bem nutridos (A)”, 50%, “moderadamente desnutridos (B)” e 15%, “gravemente desnutridos (C)” (Tabela 6). Gomes e colaboradores (2015), ao avaliarem pacientes diagnosticados com câncer, acompanhados ambulatorialmente e que haviam iniciado o primeiro ciclo de quimioterapia, verificaram resultados similares na amostra estudada: 76,67% apresentaram comprometimento nutricional, sendo 17 (56,67%) pacientes com risco nutricional ou desnutrição moderada (grau B) e 7 (20%) com desnutrição grave (grau C) (GOMES et al., 2015).

**Tabela 6.** Classificação da ASG-PPP segundo o IMC. Macaé – RJ, 2022.

Classificação da ASG-PPP				
Classificação do IMC	A. Bem nutrido	B. Moderadamente desnutrido (suspeita)	C. Gravemente desnutrido	Total Geral
Baixo peso	0,00%	0,00%	10% (n=2)	10%
Eutrofia	20% (n=4)	25% (n=5)	5% (n=1)	50%
Sobrepeso	5% (n=1)	0%	0%	5%
Obesidade grau I	5% (n=1)	15% (n=3)	0%	20%
Obesidade grau II	5% (n=1)	10% (n=2)	0%	15%
<b>Total Geral</b>	<b>35% (n=7)</b>	<b>50% (n=10)</b>	<b>15% (n=3)</b>	<b>100%</b>

Na avaliação nutricional pela ASG-PPP, foi possível observar que dos pacientes que apresentaram baixo peso pelo IMC, 10% foram classificados como “como gravemente desnutridos (C)” pela ASG. Dos pacientes classificados com eutrofia pelo IMC, 20% estavam “bem nutridos (A)” pela ASG-PPP, entretanto 25% foram classificados como “moderadamente desnutridos (B)” e 5% “gravemente desnutridos (C)” pela ASG-PPP. Todos os pacientes com sobrepeso apresentaram-se “bem nutridos (A)” por meio da ASG-PPP. Já dentre os pacientes com obesidade, segundo o IMC, 10% se apresentaram “bem nutridos (A)” e 25% como “moderadamente desnutrido (B) pela ASG-PPP”.

De acordo com a comparação entre os diferentes instrumentos de avaliação nutricional apresentados na Tabela 6, é possível observar que, foram diagnosticados mais pacientes com desnutrição ou suspeita de desnutrição pela ASG-PPP do que pelo IMC.

O IMC, é um instrumento de baixo custo, não invasivo e amplamente utilizado para avaliação, entretanto possui algumas limitações, como não diferenciar massa gorda e massa magra, podendo superestimar o peso e classificação dos pacientes. Com isso, seu uso de forma isolada para avaliação do estado nutricional não é recomendado (BORGES, 2016). Pelo IMC, a maior parte da população do estudo apresenta eutrofia e um percentual significativo apresenta obesidade, enquanto pela ASG-PPP a maioria está com suspeita de desnutrição ou moderadamente desnutrido. Diante do exposto, percebe-se maior sensibilidade da ASG-PPP em detectar a desnutrição ou risco nutricional do que IMC, o que justifica a importância de não utilizar isoladamente um indicador como o IMC na avaliação nutricional de pacientes com câncer. O Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2016), recomenda a utilização da ASG-PPP para avaliação do estado nutricional dos pacientes oncológicos, em todos os seguimentos. Este instrumento é considerado padrão ouro para avaliação

específica desses pacientes por sua alta sensibilidade e especificidade, além da capacidade de prever a redução de sobrevida (ABBOTT et al., 2016; MARTIN et al., 2019).

Ao correlacionar os dados relacionados ao IMC e ao ASG-PPP utilizando a Matriz de correlação e os Coeficientes de determinação (Pearson) (Tabela 7), observou-se que o resultado do estudo teve correlação fraca e ainda correlação negativa (-0,273). Assim, de acordo com a estatística, pode se considerar que no presente estudo não há correlação ( $p > 0,05$ ) entre as variáveis IMC e ASG-PPP na avaliação do estado nutricional dos pacientes com câncer, o que reforça a indicação para não utilização do indicador IMC isoladamente uma vez que não apresentou correlação com o instrumento considerado padrão ouro atualmente.

**Tabela 7.** Matriz de correlação e Coeficientes de determinação (Pearson).

<b>Matriz de correlação (Pearson):</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>IMC</b>	<b>ASG</b>
IMC	1	-0,273
ASG-PPP	-0,273	1
<b>Coeficientes de determinação (Pearson):</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>IMC</b>	<b>ASG</b>
IMC	1	0,074
ASG-PPP	0,074	1

É importante ressaltar que o estudo apresentou algumas limitações, entre as quais destaca-se o tamanho reduzido da amostra. Esta se deve principalmente ao fato de o estudo ser prospectivo, realizado em período curto e durante pandemia da COVID-19, com severas restrições.

#### **6.4 Avaliação da Qualidade de Vida**

O estudo em questão também objetivou avaliar a Qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer, visando a quantificar as alterações de aspectos físicos, emocional, cognitivo, social, econômica e manifestações clínicas, buscando informações que possam subsidiar estratégias de intervenções, visando sempre ao bem-estar desses pacientes. Na Tabela 8, estão apresentadas as medidas de resumo das escalas funcionais, sintomas, escala global de saúde e QV, e itens isolados de

sintomas e dificuldade financeira.

**Tabela 8.** Medidas de resumo das escalas funcional, sintomas, escala global de saúde e QV e itens isolados de sintomas e impacto financeiro do instrumento EORTC/QLQ C-30. Macaé – RJ, 2021.

Escalas	Média	Desvio-padrão
Função física (FF)	78,00	39,36
Desempenho de papel (DP)	62,50	38,02
Função emocional (FE)	71,30	34,96
Função cognitiva (FC)	86,70	45,58
Função Social (FS)	60,90	30,55
Fadiga (FAD)	27,70	2,54
Náuseas e vômitos	15,80	7,20
Dispneia (DIS)	10,00	8,91
Dor	20,00	5,29
Insônia (INS)	46,60	11,77
Perda de apetite (PAP)	16,60	1,71
Constipação (CON)	21,60	0,40
Diarreia (DIA)	11,60	10,97
Dificuldades financeiras	31,60	6,36
Estado geral da saúde/ Saúde global	70,00	4,75

Neste questionário, os resultados variam do escore 0 ao 100, onde quanto mais próximo de 100, maior a qualidade de vida, com exceção de dificuldades financeiras e sintomas, que quanto mais próximo de 100 menor é a qualidade de vida (VIEIRA; FORTES, 2015).

É possível observar que, entre as escalas funcionais, a Função Cognitiva (FC) apresentou o escore médio mais elevado ( $86,70 \pm 45,58$ ), ou seja, mais próximo de 100, sendo, a função menos prejudicada dos pacientes deste estudo. Nesse caso, a maioria dos pacientes relataram boa memória e concentração durante a coleta de dados. De forma semelhante, Machado *et al.* (2009), avaliando a QV de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no Estado do Maranhão, descreveram que 74% apresentaram boa concentração (MACHADO *et al.*, 2009).

Em contrapartida, no presente estudo, a Função Social (FS) foi a mais comprometida entre os pacientes com escore médio igual a  $60,90 \pm 30,55$ , uma vez investigados sobre o quanto seu estado físico ou tratamento médico interferiram na



sua vida familiar e social. Isso se deve, provavelmente, às mudanças que ocorrem na vida do indivíduo com câncer após a notícia do diagnóstico e relacionadas ao próprio tratamento clínico, especialmente o quimioterápico (BRASPEN, 2019).

A saúde dos indivíduos pode ser avaliada por meio da capacidade funcional, importante componente da qualidade de vida (MOREIRA, 2011). Os dados obtidos através da classificação do EORTC QLQ-C30 demonstraram resultados satisfatórios. Valores semelhantes foram encontrados no estudo de Almeida e colaboradores (2013), no qual foram avaliados 46 pacientes oncológicos em tratamento (ALMEIDA et al., 2013). Em contrapartida, Colling e colaboradores (2012), ao avaliarem pacientes oncológicos no primeiro dia de quimioterapia, a maioria em estágio avançado da doença, verificaram que metade dos pacientes estudados com mais de 60 anos apresentam alguma limitação funcional (COLLING et al., 2012).

Em relação a Função Emocional (FE), nesse estudo, o escore médio foi de  $71,30 \pm 34,96$ , onde os pacientes apresentaram ter boas relações pessoais, o que pode afetar positivamente o tratamento. Esses achados podem estar relacionados com o suporte e o apoio pessoal que esses pacientes recebem da equipe profissional, amigos e família, bem como sentimentos positivos de crenças e confiabilidade no processo de recuperação (SANTOS et al., 2011). A avaliação da QV pode avaliar muitos resultados psicológicos, positivos e negativos. Sabe-se que, nesse processo, é comum encontrar pacientes deprimidos com sentimentos de tristeza e solidão, o que afeta negativamente o tratamento que já é bastante agressivo. Portanto, o apoio social e a interação com a equipe de saúde fazem muita diferença no tratamento (SANTOS et al., 2011).

Para as escalas de sintomas, o escore mais elevado foi evidenciado na escala de fadiga ( $27,70 \pm 2,54$ ). A fadiga é um sintoma muito comum e frequentemente reportado por pacientes oncológicos em diversas fases da doença e/ou tratamento (CAMPOS et al., 2018), especialmente por aqueles que apresentam a doença em estágios mais avançados e em tratamento quimioterápico, tipo de tratamento com maior prevalência no presente estudo. Geralmente, os pacientes apresentam sensação persistente de cansaço, inclusive a mínimos esforços (GUIMARÃES et al., 2016).

Um dado importante de se observar é em relação a dor, a qual obteve um escore de apenas  $20,00 \pm 5,29$ , que pode ser considerado relativamente baixo, logo, poucos pacientes referiram sentir dor. Tais achados diferem de um estudo realizado

em João Pessoa, no qual 89,8% da amostra referiram dor (LEITE et al., 2015). E quando não identificada e manejada, a dor potencializa os sintomas físicos, gerando não só desconforto físico, mas também elevando o sofrimento e interferindo diretamente na QV (YANG et al., 2017; WHO, 2002). Quanto aos itens isolados, a insônia foi a condição predominante, com escore médio igual a  $46,60 \pm 11,77$  e, em seguida, a falta de apetite ( $16,60 \pm 1,71$ ).

Quando avaliado o item relacionado a dificuldade financeira, observou-se que este apresenta escore mais baixo ( $31,60 \pm 6,36$ ) do que geralmente espera-se devido a interferência provocadas pela condição física e pelo tratamento, porém tem associação com o perfil de renda familiar encontrado neste estudo. Com relação à escala global de saúde/QV, o escore médio foi de  $70,00 \pm 4,75$ , mostrando satisfação pessoal. Miranda et al. (2012) mostraram resultados semelhantes quando avaliaram a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico (MIRANDA et al., 2012).

Neste estudo, foi possível observar que o estado nutricional não apresentou associação significativa com as escalas FC, FE e náuseas/vômitos, as quais são aspectos inerentes à QV do paciente em tratamento do câncer, pois, ainda que a maioria da amostra estivesse modernamente desnutrido ou em risco de desnutrição pela ASG-PPP, tais escalas e sintomas não foram impactadas.

No cenário atual de pandemia causada pela Covid-19, pode-se esperar uma redução na qualidade de vida de pacientes com câncer por declínio nas dimensões biopsicossocioespirituais. Porém, essa redução pode ser amenizada por meio de estratégias que já estão sendo elaboradas nos mais diversos centros de tratamento oncológico para o melhor manejo dos pacientes com câncer no contexto atual (CORRÊA et al., 2020).

Em relação à manutenção do tratamento do câncer, há medidas que podem ser implementadas pelos centros de saúde como agendamento de consultas on-line ou por telefone para pacientes ambulatoriais, reduzindo o fluxo de pessoas; consultas feitas via Internet para orientações sobre uso de medicamentos, manejo de sintomas e acompanhamento psicológico; substituição da quimioterapia intravenosa pela via oral, quando possível, reduzindo o risco para o paciente; aumento dos intervalos entre sessões para quimioterapia adjuvante de acordo com as condições do paciente, culminando em menor deslocamento; manter o rastreamento da Covid-19 em profissionais da saúde e em pacientes com câncer; em casos mais graves de

escassez de recursos saúde, priorizar o acesso ao tratamento oncológico de acordo com a mortalidade associada ao não tratamento (WHANG e ZHANG, 2020; HANNA et al. 2020).

## 7 CONCLUSÃO

No presente estudo, a avaliação do perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer demonstrou maior prevalência de pacientes idosos e do sexo masculino, e o câncer gástrico o de maior prevalência na população masculina, enquanto os cânceres de mama e ovário na população feminina.

Mediante a avaliação do estado nutricional dos pacientes com câncer, foi observado que a maioria dos pacientes apresentaram estado nutricional em eutrofia pelo IMC e estavam “moderadamente desnutrido ou com suspeita (B)” pela ASG-PPP, confirmando a maior sensibilidade da ASG-PPP em detectar a desnutrição e ratificando que o IMC utilizado de forma isolada não é considerado um indicador adequado para avaliação do estado nutricional. Em risco nutricional pela NRS 2002, se encontravam apenas 10% dos pacientes. Além disso, ressalta-se a importância do uso de diversos métodos para uma melhor e mais completa avaliação do paciente.

Considerando o processo patológico da doença, bem como suas alterações físicas e psicológicas, ainda assim foi encontrado um percentual acima da média em relação à QV dos pacientes com câncer avaliados no presente estudo. Além disso, de forma geral, foram observadas funções aparentemente preservadas, baixo escore para dificuldades financeiras, sintomas e elevado escore para saúde global. Embora a saúde geral dos pacientes esteja relativamente preservada, a Função Social dos pacientes foi a mais acometida.

A pandemia da COVID-19 trouxe grandes mudanças para o cenário da saúde e coloca vários desafios para os serviços de oncologia pois os cuidadores precisam pensar em como minimizar a exposição de seus pacientes às unidades de saúde e esses pacientes não podem ter seu tratamento interrompido ou adiado. Por isso, recomenda-se que os pacientes que recebem terapia curativa do câncer continuem seu tratamento, apesar do risco potencial de infecção por COVID-19. Atrasar o tratamento da doença resulta em deterioração do estado de desempenho, admissão para palição de sintomas e doença progressiva.

Através da pesquisa em campo, foi possível observar que o maior impacto

ocorre na dimensão psicológica, uma vez que esses pacientes demonstram suas emoções e sentimentos potencializados que pode ter ocorrido devido a situação da COVID-19, mas também biológica, como resultado do risco aumentado de complicações. O estudo, mesmo com limitações, como reduzido número amostral e curto período de tempo de coleta de dados, trouxe contribuições significativas para a comunidade acadêmica e pacientes e familiares.

## 8 REFERÊNCIAS

ABBOTT, J.; TELENI, L.; MCKAVANAGH, D. et al. Patient-generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients. **Support Care Cancer**, v. 24, p. 3.883-7, 2016.

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R.F.R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. [S.l: s.n.], 2012.

ALMEIDA, A.F. et al. Qualidade de vida das pessoas acometidas por câncer no trato aerodigestivo superior em um Hospital Universitário. **Rev. bras. cancerol.** 2013;59(2):229-37. Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf).

AI-QUTEIMAT, O.M.; AMER, A.M. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patients. **Am J Clin Oncol.** 2020 Jun;43(6):452-455. doi: 10.1097/COC.0000000000000712. PMID: 32304435; PMCID: PMC7188063.

ANJORIN, A.A. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A review and an update on cases in Africa. **Asian Pac J Trop Med**, 2020 [cited 2021 May 17];13:199-203. Available from: <https://www.apjtm.org/text.asp?2020/13/5/199/28161>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN). **Manual Orientativo: Sistematização do Cuidado de Nutrição** / [organizado pela] Associação Brasileira de Nutrição; organizadora: Marcia Samia Pinheiro Fidelix. São Paulo: 11-12p, 2014.

ASHING-GIWA, K.T. et al. 2007. Examining predictive models of HRQOL in a population-based, multiethnic sample of women with breast carcinoma. **Quality of Life Research**, 16: 413-428.

BIANGULO, B.F; FORTES, R.C. Métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos. **Com. Ciências Saúde**. 2013; 24(2): 131-144.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. 2020. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/files/banner\\_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesde\\_protectaotrabalhadore-COVID-19.pdf](https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesde_protectaotrabalhadore-COVID-19.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19-Painel Coronavirus**. 2020. Disponível em: [https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid19\\_html.html/](https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid19_html.html/).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira**. 2ed. Brasília. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).

BLOOM, J.R. et al. 2004. **Then and now: quality of life of young breast cancer survivors**. *Psycho-Oncology*, 13: 147-160.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

BUSHATSKY, M. et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude** [Internet]. 2017;16(3):36094. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4025/cienc cuidsaude.v16i3.36094>.

BORGES, C.F. O uso de diferentes indicadores de estado nutricional e sua relação

com o desfecho clínico de pacientes oncológicos. 2016. Tese de Doutorado.

CAMPOS, J.A.D.B; SILVA, W.R; SPEXOTO, M.C.B et al. **Características clínicas, dietéticas e demográficas que interferem na qualidade de vida de pacientes com câncer.** Einstein (São Paulo). 2018;16(4):eAO4368. doi: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2018AO4368](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4368).

CATANIA, G., BECCARO, M., COSTANTINI, M. et al. What are the components of interventions focused on quality-of-life assessment in palliative care practice? A systematic review. **J Hosp Palliative Nurs.** 2016;18(4):310-6. doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000248>.

CENTRO BRASILEIRO DE UROLOGIA. Obesidade é fator de risco para o câncer de próstata. *Disponível em:* <https://centrobrasileirodeurologia.com.br/cancer-urologico/obesidade>. Acesso em: 06 de março de 2021.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Recomendações do CFN: boas práticas para a atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19)** [Internet]. 3 ed. rev. ampla. Brasília, DF: CFN; 2020. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/nota\\_coronavirus\\_3-1.pdf](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/nota_coronavirus_3-1.pdf).

COLLING, C.; DUVAL, P.A.; SILVEIRA, D.H. **Pacientes submetidos à quimioterapia: avaliação nutricional prévia.** Rev. bras. cancerol. 2012;58(4):611-17.

CRUZ- JENTOFF, AJ, 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 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169. Erratum in: Age Ageing. 2019 Jul 1;48(4):601. PMID: 30312372; PMCID: PMC6322506.

CORRÊA, K.M, OLIVEIRA, J.D.B., TAETS, G.G.C.C. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a

partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. Revista Brasileira de Cancerologia 2020; Doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068>.

DA CRUZ, L.B.; BASTOS, N.M.R.M.; MICHELI, E.T. Perfil antropométrico dos pacientes internados em um hospital universitário. **Clinical & Biomedical Research**, [SI], v. 32, n. 2 de julho de 2012. ISSN 2357-9730. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/21466>.

DEVITA, V.T., LAWRENCE, T.S., ROSEMBERG, A.S. Cancer: principles and practice of Oncology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

FAYERS, P.M et al. on behalf of the EORTC Quality of Life Group. **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual** (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.

FERREIRA, P.R.F. **Tratamento combinado em oncologia / quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FIGUEIREDO, S.L.S. **Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes submetidas a cirurgia de câncer de mama**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Instituto de ensino e pesquisa Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte.

FERLAY, J. et al. (ed.). Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2018. (IARC CAncerBase, n. 15). Available at: <https://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Cancer-Today-Powered-By-GLOBOCAN-2018--2018>.

FRUCHTENICHT, Ana Valéria Gonçalves et al. Avaliação do risco nutricional em pacientes oncológicos graves: revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 27, n.3, p. 274-283, Sept. 2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2015000300274&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2015000300274&lng=en&nrm=iso). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150032>.

Garth, A.K.; Newsome, C.M.; Simmance, N.; Crowe, T.C. Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer. **J Hum Nutr Diet**. 2010 Aug;23(4):393-401. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01058.x.

GARÓFOLO, A.; QIAO, L.; MAIA-LEMOS, P.D.S. Approach to Nutrition in Cancer Patients in the Context of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Perspectives. **Nutr Cancer**. 2020 Jul 22:1-9. doi: 10.1080/01635581.2020.1797126.

GOMES, N.S; MAIO, R. Avaliação subjetiva Global Produzida pelo próprio paciente e indicadores de risco nutricional no paciente oncológico em quimioterapia. **Rev. bras. cancerol**. 2015;61(4):367-72.

GONZALEZ, M.C. et al. Validation of a Portuguese version of patient-generated subjective global assessment. **Rev Bras Nutr Clin** 2010; 25 (2): 102-8

GOSAIN, R. et al. **COVID-19 and Cancer: a Comprehensive Review**. Current oncology reports v. 22, n. 5 53. 2020, doi:10.1007/s11912-020-00934-7. GOIS, B.P. et al. **Suplementação e alimentação adequada no contexto atual da pandemia causada pela COVID-19**. DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, v. 7, n. Especial-3, p. 89- 96, 22 abr. 2020.

GUIMARÃES, R.M et al. **Avaliação nutricional e da qualidade de vida de pacientes com câncer do aparelho digestório**. Saúde Rev. 2016;16(44):63-74. doi: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v16n44p63-74>

HANNA, T.P; EVANS, G.A; BOOTH, C.M. **Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic**. Nat Rev Clin Oncol. 2020;17:268-70. doi: <https://doi.org/10.1038/s41571-020-0362-6> **Recebido em 28/5/2020 Aprovado em 29/5/2020**

HANFF, T.C.; HARHAY, M.O.; BROWN, T.S. et al. **Is there an association between COVID-19 mortality and the renin-angiotensin system: a call for epidemiologic investigations**. Clin Infect Dis. 2020 Mar 26 [Epub ahead of print].



IDDIR, M. et al. **Strengthening the Immune System and Reducing Inflammation and Oxidative Stress through Diet and Nutrition: considerations during the covid-19 crisis.** *Nutrients*, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1562, 27 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.3390/nu12061562>.

HOFFMANN, M. et al., 2020. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and blocked by a clinically proven protease inhibitor. **Cell**. 2020; 181(2):271-280.e8.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Consenso Nacional de Nutrição Oncológica**. 2. ed.– Rio de Janeiro: INCA, 17p, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **O que é câncer?** Rio de Janeiro: INCA; 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Pág 25.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estatísticas de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Como surge o câncer?** Rio de Janeiro: INCA; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA (INCA). **Onde tratar pelo SUS**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus#:~:text=Unacons%20e%20Cacons%20devem%20oferecer,e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA (INCA). **Atlas de**

**Mortalidade por Câncer - SIM.** Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA (INCA). **Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica.** Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO VENCER O CÂNCER. Alimentação e sedentarismo. Redação IVOC. 2017. Disponível em: <https://vencercancer.org.br/cancer/fatores-de-risco/alimentacao-e-sedentarismo/?catsel=cancer>.

JEVAUX, G.D.; TAETS, G.G.C.C. Impacto da pandemia de COVID-19 na obesidade de adultos. **Rev. Saúde coletiva.** 2021; (11) COVID. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7095--7104>.

KONDRUP et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clin Nutr.** 2003 Jun;22(3):321-36. doi:10.1016/s0261-5614(02)00214-5.

LAFFITTE, A.M. et al. **Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial: symptoms affecting patients: intake of food with lymphoma in out patient chemotherapy.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 4, n. 39, p. 354-361, out. 2015.

LEAN, M.E.J.; HAN, T.S.; MORRISON, C.E. **Waist circumference as a measure for indicating need for weight management.** BMJ. 1995; 311: 158-61.

LEITE, M.A.C.; NOGUEIRA, D.A.; TERRA, F.S. **Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service.** Rev Rene. 2015;16(1):38-45. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100006>.

LIM, S.L. et al. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. **Clin. Nutr.**, v. 31, n. 3, p. 345-350, 2012.

LU, R.; ZHAO, X.; LI, J. et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel

coronavirus:implications for virus origins and receptor binding. **Lancet**. 2020 Feb 22;395(10224):565-74.

MACHADO, B.C.P et al. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no estado do Maranhão**. Rev Bras Pesqui Saúde. 2009;11(4):62-68.

MACARTNEY, J.I, BROOM, A., KIRBY, E. et al. Locating care at the end of life: burden, vulnerability, and the practical accomplishment of dying. *Sociol Health Illn*. 2016;38(3):479-92. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12375>.

MAIO, R. et al. Estado nutricional e atividade inflamatória no pré-operatório em pacientes com cânceres da cavidade oral e da orofaringe. **Rev Bras Cancerol**, v. 55, n. 4, p. 345-353, 2009.

MARTUCCI. Renata Brum, et al. Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica sobre os Cuidados Nutricionais em Oncologia frente à Pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Cancerol**. 66 (Tema Atual):e-1011 5 de maio de 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1011>.

MARTIN, L.; GIOULBASANIS, I.; SENESSE, P. et al. Cancer-associated malnutrition and CT-defined sarcopenia and myosteatosis are endemic in overweight and obese patients. **J Parenter Enteral Nutr**, v. 22, p. 3.883-87, 2019.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J.L. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. In: GRANT, B.L; HAMILTON, K.K. (Org.). **Terapia nutricional médica para prevenção, tratamento e recuperação do câncer**. Rio de Janeiro: 13 ed. Elsevier. cap. 37. 2012.

MEDEIRAS, Franciele Pedroso Poiate et al. **Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento oncológico**. Arq. Ciênc.Saúde: Nutrition and food intake of state patients with head and neck cancer treatment subject to oncological, São José do Rio Preto, v. 4, n. 23, p. 43-47, nov. 2016.

MIRANDA, T.V et al. **Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico**. Rev Bras Cancerol. 2012;59(1):57-64.

MOREIRA, P.L.; BOAS, P.J.F.V. **Avaliação nutricional e capacidade funcional de idosos institucionalizados em Botucatu/SP**. Geriatria & Gerontologia. 2011;5(1):19-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: 10. rev.5.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA (OPAS). **XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Ivestigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe** – Informe preliminar. mar. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA (OPAS). Câncer de mama é a principal causa de morte entre as mulheres nas américas. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5273:cancer-de-mama-e-a-2a-principal-causa-de-morte-entre-mulheres-nas-amicas;-diagnostico-precoce-e-tratamento-podem-salvar-vidas&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5273:cancer-de-mama-e-a-2a-principal-causa-de-morte-entre-mulheres-nas-amicas;-diagnostico-precoce-e-tratamento-podem-salvar-vidas&Itemid=839). Acesso em: 15 jan 2022.

PINTO, E., OLIVEIRA, A. R.; ALENCASTRE, H.; LOPES, C. Avaliação da composição corporal na criança por métodos não invasivos. **Arq Med**, v. 19, n. 1-2, p. 47-54, 2005.

Quality of Life Group. **European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30)**. Version 3.0. Versão traduzida ao português. 1995.

RAYMOND, Eric et al. Impactof the COVID-19. **Outbreak On The Management of Patients with Cancer. Targeted Oncology**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 249-259, 2020.

ROSA, G.; PALMA, AG de C. Avaliação antropométrica. Rosa G; Pereira AF, Bento CT, Rosado EL, Lopes MSMS, Peres WAF. **Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem Teórico-Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 29-62, 2008.

RODRIGUES, J.S.M., FERREIRA, N.M.L.A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2010; 56(4): 431-441.

SALVETTI, M. G.; MACHADO, C.S.P.; DONATO, S.C.T.; SILVA, A. M. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(2):e20180287. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>.

SARRIS, A.B. et al. Cancer de próstata: uma breve revisão atualizada. Visão Acadêmica, Curitiba, v.19n.1, Jan. -Mar./2018-ISSN 1518-8361.

SANTOS, A.L.B; NOVAES, M.R.C.G. **Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em uso de glutamina**. Rev Bras Cancerol. 2011;57(4):541-46.

SANTOS, V.N.M., SOEIRO, A.C., MAUÉS, C.R. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares e Desafios da Prática Médica diante da Finitude da Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2020; 66(4): e-02423. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745>.

SILVA, LCA et al. Abordagem Educativa ao Paciente Oncológico: Estratégias para Orientação acerca do Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2019; 65(1): e-06305. <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.305>.

SILVA, A.C., ALVES, R.C., PINHEIRO, L.S. As implicações da caquexia no câncer. **E-Scientia**. 2012;5(2):49-56.

SMITH, M.R et al. **Diabetes and mortality in men with locally advanced prostate**

**cancer: RTOG 92-02.** J Clin Oncol. 2008 Sep 10;26(26):4333-9. doi: 10.1200/JCO.2008.16.5845. PMID: 18779620; PMCID: PMC2653118.

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. **BRASPEN J.** 2019;34(Supl 1):2-32. 17.

SOUZA, R.G. et al. Avaliação do estado nutricional, consumo alimentar e capacidade funcional em pacientes oncológicos. **Brazilian Journal Of Oncology** Uberlandia - Mg, v. 44, n. 13, p. 1-11, jun. 2017.

TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. **Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia.** Revista de Cancerologia, v. 56, no. 1, p. 43-50, 2010.

TEITELBAUM, D.; GUENTER, P.; HOWELL, W. H. et al. Definition of terms, style, and conventions used in A.S.P.E.N. guidelines and standards. **Nutr Clin Pract**, v. 20, n. 2, p. 281- 285, 2005.

VIEIRA, A. R; FORTES, R. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal.** Com. Ciências Saúde. 26(1/2): 45-56, 2015.

VERDE, S.M.M.L. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo; 2007.

WEIMANN A, BRAGA M, CARLI F, HIGASHIGUCHI T, HUBNER M, KLEK S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. **Clin Nutr.** 2017;36(3):623-50.

WANG, H; ZHANG L. **Risk of COVID-19 for patients with cancer.** Lancet Oncol. 2020;21(4):e181. doi: [http://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30149-221](http://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30149-221).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer: overview.** Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer**. Atualização 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/cancer>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Overview Coronavírus**. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1). Acesso em: 08 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus Disease (COVID-Dashboard)**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO; 1995. Report of the WHO Expert Committee WHO Technical Report Series, 854.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005. **WHO Global Report**.

WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl*, v. 450, n. 56, p. 56-65, 2006a.

WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006b.

ZHANG, L. et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals with in Wuhan, china. **Annals of Oncology**, [S.L.], v. 31, n. 7, p. 894-901, mar.2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annonc.2020>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224151>.

# APÊNDICE 1



## DIÁRIO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CAMPUS UFRJ-MACAÉ  
Professor Aloísio Teixeira

**Diário de campo para Trabalho de Conclusão de Curso**

Discente: \_\_\_\_\_ DRE: \_\_\_\_\_

Professor Responsável: \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE****1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Etnia: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena

Contato (Telefone, e-mail, rede social): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

**2. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:**

( ) Diabetes ( ) Doença cardiovascular ( ) Dislipidemias ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**3. HISTÓRIA FAMILIAR:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. PACIENTE:** Ambulatorial**SECÃO 2 – PERFIL CLÍNICO****I. No tratamento:****Diagnóstico Clínico:** \_\_\_\_\_**Tipo de tratamento:**  Quimioterapia  Radioterapia  Quimioterapia + Radioterapia  
 Cirurgia  Imunomodulação  Farmacológico oral**Situação:**  Em andamento  Finalizada  Interrompida motivo : \_\_\_\_\_**Consulta médica presencial agendada/ procedimento:****Situação:**  Em andamento  Finalizada  Interrompida motivo : \_\_\_\_\_**II. Na situação socioeconômica:****Se empregado, você está atualmente:**  trabalhando de casa  deslocando-se para o trabalho**Renda familiar:** \_\_\_\_\_**SECÃO 3 – PERFIL NUTRICIONAL****5. DADOS ANTROPOMÉTRICOS:**

PARÂMETRO	AVALIAÇÃO
Peso Atual relatado (Kg)	
Estatura relatada (m)	
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	

**6. TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL (NRS 2002)**

**7. AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASG-PPP)**

**SECÃO 4 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

# **ANEXO 1**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulado(a) “Avaliação na qualidade de vida e perfil clínico e nutricional de pacientes com câncer”, conduzida pela professora/ pesquisadora \_\_\_\_\_ e a acadêmica \_\_\_\_\_.

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida e perfil clínico e nutricional de pacientes com câncer na pandemia da COVID-19.

Você foi selecionado (a) por apresentar diagnóstico de neoplasia e estar em tratamento ambulatorial ou hospitalar, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A pesquisa não oferece riscos à saúde ou à vida do paciente. Entretanto, a avaliação antropométrica pode oferecer algum incômodo físico, que, caso ocorra, o procedimento será suspenso imediatamente. A participação não é remunerada e também não implicará em qualquer gasto para você.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realização de avaliação antropométrica, com aferição de medidas como peso, altura, dobra cutânea triptal, circunferência do braço, abdominal e da panturrilha e responder às questões do Diário de Campo, instrumentos de triagem de avaliação do risco nutricional como Avaliação subjetiva Global produzida pelo próprio paciente (ASG-PPP) e o Nutritional Risk Screening (NRS 2002). O local de realização será no Hospital Municipal São João Batista na cidade de Macaé-RJ. Não haverá qualquer registro de áudio, vídeo ou imagem. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/ coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contato do pesquisador responsável:

Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus UFRJ Macaé Endereço: Avenida Aluizio da Silva Gomes, 50 - Novo Cavaleiros, Macaé - RJ, 27930-560

E-mail:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Macaé, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

## **ANEXO 2**

**Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente - ASG-PPP  
adaptada culturalmente por Campos & Prado**

**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       aumentou       não mudou

**2-Alimentação**

Em comparação ao normal, eu poderia considerar que minha alimentação durante o último mês:

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<sup>®</sup>, Ensure<sup>®</sup>, Nutren Active<sup>®</sup>, Nutridrink<sup>®</sup>, Fortidrink<sup>®</sup>)

apenas líquidos

no momento minha alimentação é feita com auxílio de sonda.

**3-Sintomas**

Durante as últimas 2 semanas, eu tenho tido os seguintes problemas 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
- Diarréia
- 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 último mês, eu consideraria minha atividade 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 deltóide)

\_\_\_\_\_ edema de tornozelo \_\_\_\_\_ edema sacral \_\_\_\_\_ ascite

**C. Resultado (escolha um)**

\_\_\_\_\_ A: Bem Nutrido \_\_\_\_\_ B: Moderadamente desnutrido (ou suspeita) \_\_\_\_\_ C: Gravemente desnutrido

## **ANEXO 3**

Triagem de Risco Nutricional (NRS 2002)

<b>(se resposta afirmativa, continuar para triagem final)</b>		
<b>Perguntas:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. IMC < 20,5 kg/m <sup>2</sup> ?		
2. O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3. O paciente reduziu a ingestão alimentar na última semana?		
4. O paciente está gravemente enfermo?		

<b>TRIAGEM FINAL</b>			
<b>Pontuação</b>	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>Pontuação</b>	<b>GRAVIDADE DA DOENÇA (AUMENTO DAS DEMANDAS)</b>
AUSENTE: SCORE 0	Estado nutricional normal.	AUSENTE: SCORE 0	Demandas nutricionais normais.
LEVE: SCORE 1	Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar abaixo das demandas de 50 a 75% das demandas normais na semana precedente.	LEVE: SCORE 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes, oncologia.

MODERADO: ESCORE 2	Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC entre 18,5 e 20,5 kg/m <sup>2</sup> + condição geral alterada ou ingestão alimentar 25 a 60% das demandas normais da semana precedente.	MODERADO: ESCORE 2	Grande cirurgia abdominal, acidente vascular encefálico, pneumonia grave, malignidade hematológica.
GRAVE: ESCORE 3	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> + condição geral alterada ou ingestão alimentar 0 a 25% das demandas normais da semana precedente.	GRAVE: ESCORE 3	TCE, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE >10).
<b>ESCORE:                    +                    =                    ESCORE TOTAL</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>			
<p>( ) Escore <math>\geq 3</math>: paciente nutricionalmente em situação de risco. Iniciar um plano de cuidados nutricionais.</p> <p>( ) Escore &lt;3: rastreamento semanal do paciente.</p>			

Fonte: Adaptada de Kondrup, 2003.

## **ANEXO 4**

## Questionário de qualidade de vida (EORTC QLQ - C30)

nome do paciente:

numero do prontuário:

PORTUGUESE (PORTUGAL)

**EORTC QLQ-C30 (version 3)**

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas asperguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana :</b>				
	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

**Durante a última semana :**

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, quemelhor se aplica ao seu caso**

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1                    2                    3                    4                    5                    6                    7

Péssima

Óptima