

Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Indivíduos com Câncer Assistidos por Organização não Governamental

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.103>

Nutritional Status and Quality of Life in Individuals with Cancer Assisted by a non-Governmental Organization

Estado Nutricional y Calidad de Vida en Individuos con Câncer Asistidos por Organización no Gubernamental

Sheilla de Oliveira Faria¹; Mayra Marcela Ribeiro Simião²; Fabiana Azevedo Alves³; Tábatta Renata Pereira de Brito⁴; Eliane Garcia Rezende⁵; Daniela Braga Lima⁶

Resumo

Introdução: As organizações não governamentais têm assumido papel complementar ao sistema de saúde na assistência ao paciente oncológico. A identificação das particularidades dos pacientes atendidos por essas instituições faz-se necessária para que melhores abordagens sejam definidas. **Objetivo:** Analisar a relação entre estado nutricional e qualidade de vida em indivíduos com câncer assistidos por uma organização não governamental. **Método:** Estudo seccional com indivíduos com câncer, realizado de agosto a outubro 2017. Aplicou-se um questionário com informações socioeconômicas, antropométricas e condições de saúde. Para avaliar a qualidade de vida, utilizou-se o questionário EORTC-QLQ-C30. **Resultados:** Dos 163 pacientes, a maioria era do sexo feminino e o tipo de câncer mais prevalente foi o de mama (26%). A maioria (58,6%) apresentava excesso de peso (39,5% sobrepeso e 19,1% obesidade, respectivamente), sendo o câncer de mama o tipo mais associado a esse estado nutricional. Observou-se que a qualidade de vida global foi satisfatória (76,0±20,74), exceto na função emocional (54,2±32,81). Nas escalas de sintomas, os domínios mais afetados foram insônia (41,5±43,84), seguida de dor (34,6±36,17) e constipação (32,9±42,55). Pacientes desnutridos apresentaram significativamente mais náuseas e vômitos e menos diarreia (p<0,001). Pacientes com perda de peso grave apresentaram pior função social; e aqueles com perda de peso moderada relataram maior perda de apetite e diarreia (p<0,01). **Conclusão:** O estado nutricional teve impacto na qualidade de vida dos indivíduos com câncer, assistidos pela organização não governamental, demonstrando a importância de abordagem multiprofissional nessas instituições que possa beneficiar esses pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias; Qualidade de Vida; Estado Nutricional; Avaliação Nutricional; Organizações não Governamentais.

Abstract

Introduction: Non-governmental organizations have assumed a complementary role to the health care system for cancer patients. Identification of the particularities of patients assisted by those institutions is necessary for defining better approaches. **Objective:** To analyze the relationship between nutritional status and quality of life in individuals with cancer assisted by a non-governmental organization. **Method:** Cross-sectional study with individuals with cancer, from August to October 2017. A structured questionnaire was applied with socioeconomic information, anthropometric and health conditions. EORTC-QLQ-C30 was used to evaluate quality of life. **Results:** From 163 patients, the majority were female and the most prevalent type of cancer were breast (26%). Most (58.6%) were overweight (39.5% pre-obese and 19.1% obesity, respectively), with breast cancer being more associated with this nutritional status. It was observed that overall quality of life was satisfactory (76.0±20.74), except in emotional function (54.2±32.81). At symptoms scales, the most affected domains were insomnia (41.5±43.84), followed by pain (34.6±36.17) and constipation (32.9±42.55). Malnourished patients had significantly more nausea and vomiting and less diarrhea (p<0.001). Patients with severe weight loss had worse social function and those with moderate weight loss reported greater loss of appetite and diarrhea (p<0.01). **Conclusion:** Nutritional status had an impact on the quality of life of cancer patients assisted by the non-governmental organization, demonstrating the importance of multiprofessional approaches in these institutions that could benefit those patients.

Key words: Neoplasms; Quality of Life; Nutritional Status; Nutrition Assessment; Non-Governmental Organizations.

Resumen

Introducción: Organizaciones no gubernamentales han asumido papel complementario al sistema de salud en asistencia al paciente oncológico. Identificación de particularidades de pacientes atendidos por esas instituciones se hace necesaria para que se definan mejor enfoques. **Objetivo:** Analizar la relación entre estado nutricional y calidad de vida en individuos con cáncer asistidos por una organización no gubernamental. **Método:** Estudio seccional con individuos con cáncer, en el período de agosto a octubre de 2017. Se aplicó un cuestionario con informaciones socioeconómicas, antropométricas y condiciones de salud. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario EORTC-QLQ-C30. **Resultados:** De los 163 pacientes, la mayoría era del sexo femenino y el tipo de cáncer más prevalente fue de mama (26%). La mayoría (58,6%) presentaba exceso de peso (39,5% sobrepeso y 19,1% obesidad, respectivamente), siendo el cáncer de mama más asociado a ese estado nutricional. Se observó que la calidad de vida global fue satisfactoria (76,0±20,74), excepto en la función emocional (54,2±32,81). En las escalas de síntomas, los dominios más afectados fueron insomnio (41,5±43,84), seguida de dolor (34,6±36,17) y constipación (32,9±42,55). Los pacientes desnutridos presentaron significativamente más náuseas y vómitos y menos diarrea (p<0,001). Los pacientes con pérdida de peso grave presentaron una peor función social y aquellos con pérdida de peso moderada reportaron mayor pérdida de apetito y diarrea (p<0,01). **Conclusión:** El estado nutricional tuvo impacto en la calidad de vida de los individuos con cáncer asistidos por la organización no gubernamental, demostrando la importancia de enfoque multiprofesional en esas instituciones que puedan beneficiar a esos pacientes. **Palabras clave:** Neoplasias; Calidad de Vida; Estado Nutricional; Evaluación Nutricional; Organizaciones no Gubernamentales.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-6426-932X>

² Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alfenas (Unifal), Alfenas (MG), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-1255-8231>

³ Faculdade de Nutrição da Unifal, Alfenas (MG), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-2054-4879>

⁴ Faculdade de Nutrição da Unifal, Alfenas (MG), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-9466-2993>

⁵ Faculdade de Nutrição da Unifal, Alfenas (MG), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0003-2232-3671>

⁶ Faculdade de Nutrição da Unifal, Alfenas (MG), Brasil. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-6755-9744>

Endereço para correspondência: Sheilla de Oliveira Faria, Avenida Doutor Arnaldo, 255 - 2°. andar - Cerqueira César, São Paulo (SP), Brasil. CEP 01246-903. E-mail: shefaria@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Os processos de urbanização e industrialização promoveram aumento da exposição aos fatores de risco, tais como mudanças na alimentação, na prática de atividade física e na composição corporal, ocasionando um aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer^{1,2}.

Atualmente, o câncer é considerado um problema de saúde pública mundial, pois atinge todas as classes sociais e regiões econômicas do mundo³. De acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no biênio 2018-2019, estima-se que, no Brasil, ocorram 600 mil casos novos de câncer para cada ano⁴. No país, cerca de sete milhões de pessoas morrem, anualmente, com essa doença e, para 2020, espera-se atingir os 16 milhões óbitos¹.

Frente à magnitude do câncer, torna-se necessário reconhecer fatores que possam estar associados à melhora ou à piora da qualidade de vida (QV) do indivíduo, proporcionando o planejamento de ações e auxiliando na avaliação dos tratamentos e intervenções^{5,6}.

A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, principais modalidades de tratamento do câncer, assim como a localização do tumor, podem repercutir no perfil nutricional e provocar alterações no estado metabólico do indivíduo. O tumor pode competir por nutrientes e levar a anormalidades no metabolismo de macro e micronutrientes, consequentemente, impactando negativamente a QV do indivíduo⁷⁻⁹.

Ravasco et al., em estudo randomizado com 271 pacientes, encontraram que o impacto da deterioração nutricional na QV chegou a ser mais importante do que a fase do processo da doença em alguns diagnósticos¹⁰. Da mesma forma, Wallengren, Lundholm e Bosaeus¹¹ verificaram que a perda de peso foi um dos critérios mais fortemente e consistentemente associados com a QV adversa e redução funcional em pacientes oncológicos. Em revisão sistemática para verificar a relação entre o estado nutricional e a QV em pacientes com câncer, observou-se que o estado nutricional foi um forte preditor de QV¹².

No Brasil, pesquisas foram realizadas em serviços oncológicos com indivíduos com câncer recebendo quimioterapia, relacionando o baixo estado nutricional a uma pior QV^{8,13}.

No entanto, estudos que envolvam a avaliação nutricional e da QV em pacientes atendidos por organizações não governamentais (ONGs) ainda são escassos, sobretudo em relação à população brasileira, mesmo quando a atuação dessas instituições é fundamental para auxiliar e acompanhar os pacientes oncológicos no Brasil^{14,15}. Considerando que a assistência ao paciente

oncológico é de alta complexidade e que envolve custos elevados para o sistema de saúde, as ONGs têm assumido um papel complementar ao estado, ao passo que proporcionam um espaço de cuidado integral, oferecendo opções de conforto e descanso, alimentação adequada, atenção e socialização para os indivíduos que realizam o tratamento fora do domicílio. Normalmente, essas ONGs utilizam abordagem holística, o que contribui para melhorar a QV dos indivíduos, sendo que o controle do risco nutricional é uma ação bastante valorizada no âmbito das atividades das ONGs que trabalham com pacientes oncológicos.

Diante dessa perspectiva, a identificação das particularidades dos pacientes atendidos pelas ONGs faz-se necessária para que possam ser definidas melhores abordagens com intuito de beneficiar esses pacientes, já que as iniciativas do Estado são deveras incipientes nesse sentido. Dessa maneira, o estudo teve como objetivo analisar o estado nutricional e a QV de indivíduos com câncer assistidos por uma ONG e verificar a relação entre esses aspectos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa do tipo seccional (indivíduo, observacional e transversal), realizado com uma amostra de indivíduos com câncer que frequentaram a unidade de apoio de uma ONG sem fins lucrativos, políticos ou religiosos, que oferece apoio aos indivíduos com câncer de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil e Região¹⁶.

Os dados foram coletados entre agosto a outubro de 2017. Foram incluídos indivíduos com câncer, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, independentemente do tipo de diagnóstico. Os indivíduos em estado terminal, sem condições de tomadas das medidas antropométricas dentro dos padrões de referência internacional e aqueles que não aceitaram participar foram excluídos. Os participantes, depois de informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário estruturado com informações referentes a aspectos demográficos e socioeconômicos (idade, sexo, nível de escolaridade, renda familiar e local de residência), medidas antropométricas (peso, estatura) e condições de saúde (tipo de câncer e tratamento). Para classificar o estado nutricional, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), utilizando-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷ e adotados também pelo Ministério da Saúde¹⁸. O percentual de perda de peso (%PP), calculado pela fórmula (peso atual - peso

habitual/peso habitual X 100) foi classificado segundo Blackburn et al.¹⁹, sendo considerada perda significativa (grave) quando maior ou igual a 5% de perda de peso em um mês; ou maior ou igual a 7,5% em três meses; ou maior ou igual a 10% em seis meses.

Para avaliação da QV, utilizou-se o questionário EORTC-QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire*), da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer²⁰. O questionário é composto por 30 questões abrangendo cinco escalas funcionais, sendo: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho funcional; três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos; um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença; cinco itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes oncológicos: dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia; e, por fim, uma escala de estado geral de saúde/QV.

Os dados foram digitados no programa Excel e posteriormente analisados no programa *Stata* versão 13.0. Na análise descritiva dos dados, foram estimadas distribuições de frequência, médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas do estudo; e, para as variáveis categóricas, foram estimadas proporções. O teste de *Shapiro Wilk* foi utilizado para verificar a aderência dos dados à normalidade. Os testes Anova e *t* de *Student* foram utilizados para comparar as médias da QV entre os variáveis antropométricas. Para todos os testes utilizados, foi adotado o nível de significância de 5%.

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Em busca da cura: as terapêuticas para a pessoa com câncer”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número CAEE: 54701116.0.0000.5142, e os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do CEP em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 163 portadores de câncer estudados, observou-se que 62,0% eram do sexo feminino. A idade média era de 57,4 ($\pm 13,6$) anos e grande parte (52,1%) encontrava-se na faixa etária de 20 a 59 anos. A grande maioria (77,9%) era residente fora do município de Alfenas. Quanto à escolaridade, 59,5% dos indivíduos relataram menos de oito anos de estudo. A renda familiar média referida foi de R\$1.342,19 (\pm R\$ 996,99) reais. Dos indivíduos estudados, 42,9% encontravam-se em acompanhamento clínico (ou seja, não estavam realizando nenhum tratamento oncológico no momento) e 25,1% estavam realizando tratamento quimioterápico. Os tipos de câncer

mais prevalentes foram de mama e dos órgãos digestivos, sendo 25,8% e 16,6%, respectivamente.

Em relação ao estado nutricional, o IMC médio foi de 26,3 ($\pm 6,25$) kg/m² e 6,8% foram classificados como desnutridos; enquanto 58,6% estavam com excesso de peso, sendo 39,5% sobrepeso e 19,1% obesidade, respectivamente. Porém, constatou-se uma porcentagem de perda de peso significativa ou grave em 15,3% dos indivíduos estudados. Apesar da diferença amostral em cada tipo de tumor, pode-se observar, conforme a Figura 1, maior prevalência do baixo peso nos indivíduos com neoplasias de órgãos digestivos e do sistema respiratório; enquanto o maior índice de excesso de peso era em indivíduos com neoplasia mamária.

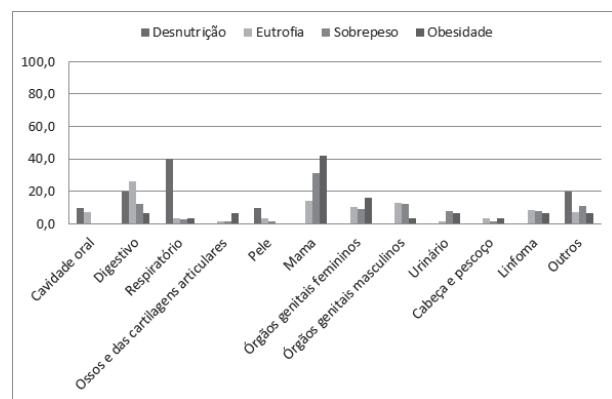


Figura 1. Estado nutricional segundo IMC nos diferentes tipos de tumores dos indivíduos com câncer assistidos por uma ONG no município Sul de Minas Gerais, Brasil, 2017

Observou-se que a QV global foi satisfatória ($76,0 \pm 20,74$), assim como todos os domínios, exceto função emocional ($54,2 \pm 32,81$). Nas escalas de sintomas, os domínios mais afetados foram insônia ($41,5 \pm 43,84$), seguida de dor ($34,6 \pm 36,17$) e constipação ($32,9 \pm 42,55$) (Tabela 1).

Quando os escores de QV foram comparados por sexo, encontraram-se os piores escores nas funções física, emocional e cognitiva no sexo feminino, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Da mesma forma, nas escalas de sintomas, os pacientes do sexo feminino apresentaram mais insônia ($p < 0,001$), constipação ($p = 0,010$) e diarreia ($p = 0,048$).

A Tabela 2 apresenta a relação entre o estado nutricional, avaliado pelo IMC e a QV. Pacientes desnutridos apresentaram significativamente mais náuseas e vômitos e menos diarreia ($p < 0,001$).

Quanto à análise da média do escore de QV de acordo com a perda de peso, os indivíduos com perda de peso grave apresentaram piores escores na escala social. Já nas escalas de sintomas, os indivíduos com perda de peso

moderada apresentaram pior perda de apetite e diarreia ($p<0,05$) (Tabela 3).

Tabela 1. QV dos indivíduos com câncer assistidos por uma ONG no município do Sul de Minas Gerais, Brasil, 2017

Itens da escala	x (± desvio-padrão)
Estado geral de saúde/Qualidade de vida	76,0±20,74
Escalas funcionais	
Função física	69,2±23,73
Desempenho de papel	67,7±36,93
Função emocional	54,2±32,81
Função cognitiva	71,6±31,31
Função social	75,9±29,29
Escalas de sintomas	
Fadiga	31,9±30,89
Náuseas e vômitos	14,6±22,66
Dor	34,6±36,17
Dispneia	22,3±34,75
Insônia	41,5±43,84
Perda de apetite	29,0±38,34
Constipação	32,9±42,55
Diarreia	13,7±28,6
Dificuldades financeiras	27,0±37,14

Na comparação da média de escore de QV com o tipo de câncer, os indivíduos com neoplasias de ossos e cartilagens apresentaram melhor estado de saúde geral; enquanto o pior estado foi encontrado nos indivíduos com neoplasias de tireoide e outras glândulas endócrinas ($p=0,019$). Em relação aos sintomas, os indivíduos com neoplasias de tireoide e outras glândulas endócrinas, seguidos daqueles com melanoma e neoplasia do aparelho respiratório, apresentaram maior perda de apetite ($p<0,001$). A diarreia foi o problema mais comum em indivíduos com neoplasias do aparelho digestivo, seguido de neoplasias em órgãos genitais femininos ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o estado nutricional e a QV de indivíduos com câncer, assistidos por uma ONG de um município do Sul de Minas Gerais, Brasil. A maioria dos indivíduos incluídos na amostra era do sexo feminino, refletindo o tipo de câncer predominante na amostra (neoplasia de mama).

O grande número de indivíduos procedentes de outros municípios da região pode ser explicado pela natureza do estabelecimento que proporciona, aos indivíduos em tratamento oncológico ou acompanhamento, área para repouso e convívio social, alimentação adequada, além de orientação de equipe multidisciplinar¹⁶.

Tabela 2. Escores de QV segundo o estado nutricional dos indivíduos com câncer assistidos por uma ONG no município do Sul de Minas Gerais, Brasil, 2017

Itens da escala	Estado nutricional				P
	Desnutrição (n=10)	Eutrofia (n=57)	Sobrepeso (n=64)	Obesidade (n=31)	
Estado geral de saúde/Qualidade de vida	68,3±6,43	80,0±2,42	75,4±2,76	72,3±3,95	0,507
Escalas funcionais					
Função física	78,7±5,24	74,5±3,02	68,7±2,84	59,6±4,27	0,667
Desempenho de papel	66,7±13,38	72,2±4,83	73,4±4,13	50,0±6,87	0,654
Função emocional	48,3±12,28	55,7±3,87	54,9±4,53	50,3±5,39	0,302
Função cognitiva	73,3±8,31	73,7±4,43	75,3±3,69	59,1±5,56	0,709
Função social	60,0±9,36	73,9±3,96	78,6±3,68	79,6±4,87	0,944
Escalas de sintomas					
Fadiga	24,4±7,73	30,9±4,01	30,4±4,01	36,9±5,36	0,077
Náuseas e vômitos	25,0±12,73	12,9±2,89	14,8±2,68	12,9±3,34	<0,001*
Dor	50,0±12,91	28,1±4,53	32,5±4,30	44,6±7,14	0,699
Dispneia	16,7±10,24	20,5±4,15	20,8±4,29	27,9±7,26	0,443
Insônia	30,0±12,61	36,3±5,79	41,7±5,51	55,9±7,79	0,986
Perda de apetite	53,3±13,33	29,8±5,39	25,5±4,37	24,7±6,55	0,657
Constipação	43,3±13,19	28,6±5,43	28,6±5,35	44,1±7,79	0,985
Diarreia	3,3±3,33	15,2±4,26	14,1±3,54	13,9±4,83	<0,001*
Dificuldades financeiras	46,7±14,22	30,4±5,29	22,4±4,33	24,7±5,98	0,460

Nota: *Valor de p obtido por meio do teste Anova.

Tabela 3. Escores de QV segundo a perda de peso dos indivíduos com câncer assistidos por uma ONG no município do Sul de Minas Gerais, Brasil, 2017

Itens da escala	Perda de peso				P
	Sem perda (n=84)	Leve (n=54)	Moderada (n=21)	Grave (n=4)	
Estado geral de saúde/Qualidade de vida	76,7±21,29	73,5±21,48	78,9±17,80	81,2±14,23	0,665
Escalas funcionais					
Função física	66,7±25,36	72,9±22,03	69,5±22,66	68,3±13,74	0,523
Desempenho de papel	69,2±36,36	71,3±37,11	54,8±35,02	54,2±53,36	0,289
Função emocional	56,5±33,03	51,7±32,35	46,4±33,08	79,2±25,00	0,238
Função cognitiva	74,4±28,51	72,8±33,22	57,1±34,79	70,8±34,36	0,155
Função social	79,6±27,18	78,1±27,44	61,1±36,64	45,8±20,97	<0,001*
Escalas de sintomas					
Fadiga	28,3±29,24	30,4±30,46	48,7±33,05	38,8±42,07	0,052
Náuseas e vômitos	15,1±24,63	12,0±16,64	19,8±27,70	12,5±25,00	0,600
Dor	71,9±17,42	68,9±14,69	63,4±9,85	63,3±5,45	0,112
Dispneia	19,8±33,58	26,5±35,69	25,4±39,31	0±0	0,388
Insônia	40,5±42,69	41,9±44,48	46,0±48,85	33,3±47,14	0,938
Perda de apetite	19,4±33,21	32,7±38,57	57,1±42,35	33,3±47,14	<0,001*
Constipação	32,9±43,44	34,6±42,94	31,7±41,47	16,7±33,33	0,879
Diarreia	10,7±23,23	11,7±26,03	33,3±45,95	0±0	<0,001*
Dificuldades financeiras	21,0±35,01	29,0±38,33	42,9±36,73	41,7±50,00	0,078

Nota: *Valor de *p* obtido por meio do teste Anova.

Neste estudo, pacientes com neoplasias de órgãos digestivos e do sistema respiratório apresentaram maior desnutrição; esse achado é compatível com o notado por outros pesquisadores^{2,21-23}. A desnutrição pode ser resultado do maior gasto energético, dificuldades na ingestão alimentar, além dos efeitos colaterais como vômitos, náusea e dor, causados pela terapia utilizada no tratamento²⁴, como evidenciou os achados deste estudo. Por outro lado, os resultados mostraram que tais sintomas também foram significativos para os indivíduos com quadro de obesidade.

Nos indivíduos com excesso de peso, a neoplasia de mama foi o diagnóstico mais presente, resultado semelhante ao encontrado nos estudos que avaliaram o estado nutricional de mulheres com carcinoma mamário²⁵⁻²⁷. Uma possível explicação para esse achado pode ser a relação com ingestão alimentar inadequada, alteração da taxa metabólica basal, restrição de atividade física e/ou menopausa²⁴. Outra hipótese seria o estado nutricional anterior ao diagnóstico clínico; ou seja, tais pacientes já apresentavam excesso de peso.

A QV satisfatória encontrada neste trabalho corrobora os estudos que também utilizaram o mesmo instrumento de avaliação²⁸⁻³⁰. A boa avaliação da QV geral neste estudo provavelmente está relacionada pela fase de acompanhamento clínico em que se encontrava maior parte dos indivíduos; ou seja, não estavam realizando nenhum tratamento oncológico no momento, o que poderia afetar de maneira significativa a QV do indivíduo.

Além disso, a natureza das atividades desenvolvidas pela ONG pode, em algum nível, influenciar positivamente a QV dos seus assistidos.

A função emocional foi o único domínio caracterizado como insatisfatório, o que reforça a necessidade das ONGs e dos demais serviços de saúde que assistem a esses pacientes, de promoverem intensamente atividades que visem à escuta qualificada, ao acolhimento humanizado, à segurança e ao desenvolvimento de vínculos de empatia.

A insônia, a dor e a constipação foram os sintomas mais relatados respectivamente. Um estudo semelhante referiu fadiga, dor, insônia e perda de apetite como os sintomas mais mencionados³. A insônia é um distúrbio comum em pacientes oncológicos, e pode ser explicada pela preocupação com a doença e a ansiedade em relação ao tratamento³¹, o que reflete o impacto negativo na função emocional desses indivíduos. Por outro lado, a dor pode ser causada pela própria progressão da doença associada a procedimentos invasivos e ao tratamento, verificando-se uma prevalência de dor crônica que varia de 30% a 50% nesses indivíduos³. A constipação é frequentemente relatada em indivíduos com câncer que usam morfina para o controle da dor e, assim, provavelmente, haja relação entre a prevalência desses dois sintomas³².

Na comparação dos escores de QV por sexo, resultados semelhantes foram encontrados por Nicolussi et al.³³, que observaram piores escores na função cognitiva no sexo feminino. Outro estudo com indivíduos com câncer colorretal também encontrou piores escores nas escalas

emocional e cognitiva no sexo feminino²⁸. Já em estudo longitudinal realizado por Salas et al.³⁴, para avaliar o estado nutricional e a QV de indivíduos em quimioterapia, não foi encontrada nenhuma associação entre QV e sexo.

Na relação entre o estado nutricional e a QV, os dados deste estudo corroboram os achados da literatura. Em estudo com 42 pacientes com câncer colorretal, não foram encontradas diferenças para estado global de saúde e escalas funcionais entre pacientes bem nutridos e desnutridos³⁵. No entanto, diferenças significativas foram verificadas para os sintomas de fadiga ($p < 0,01$), náusea e vômito ($p < 0,05$), e dor ($p < 0,001$). Da mesma forma, outros autores, que avaliaram a influência do estado nutricional sobre a QV em indivíduos com câncer, observaram que a pontuação média de saúde geral/QV não variou significativamente conforme o estado nutricional^{36,37}.

Já Pastore, Oehlschlaeger e Gonzalez¹³ encontraram pior estado nutricional associado com menores escores de QV em pacientes com câncer do trato gastrointestinal e de pulmão em quimioterapia. Da mesma forma, em pesquisa realizada com pacientes em quimioterapia de um hospital universitário de Pelotas (RS), pacientes desnutridos apresentaram menores pontuações na QV em todos os domínios, mas apenas na função física foram significativamente inferiores aos de indivíduos bem nutridos⁸.

Lis et al.¹², em revisão sistemática, também observaram que a maioria das pesquisas que avaliaram o estado nutricional e a QV, em diferentes tipos de câncer, encontrou associação entre desnutrição e redução da QV. Em 152 pacientes oncológicos com risco de desnutrição, os escores da subescala EORT QLQ-C30 para função foram menores, enquanto os escores de fadiga, dor, dispneia, insônia e anorexia foram maiores em pacientes que não estavam em risco de desnutrição ($p < 0,05$)³⁸. Similarmente, Aredes, Garcez e Chaves³⁹ encontraram redução significativa da QV de acordo com piora do estado nutricional em 49 mulheres diagnosticadas com câncer cervical.

Quanto à perda de peso, a relação entre a perda de peso e a pior QV corrobora os dados de estudo com 1.555 doentes com câncer esofágico, gástrico, pancreático e colorretal⁴⁰. Wallengren, Lundholm e Bosaeus¹¹ relataram que tanto a perda de peso de peso quanto o IMC foram associados à pior QV.

Como principal limitação deste estudo, pode-se citar o seu caráter transversal, que não permite a realização de associações de causa e efeito dos dados coletados e, conseqüentemente, dos resultados obtidos. Sugere-se a realização de pesquisas de corte longitudinal para compreender e avaliar a associação entre QV e estado nutricional de pacientes com câncer. Outra limitação seria

o cenário restrito a uma ONG do município do Sul de Minas, Brasil. No entanto, estudos com essa população são incipientes e os resultados desse piloto chamam a atenção para a necessidade de outras pesquisas serem realizadas nesse campo.

O uso do IMC para avaliar o estado nutricional pode ser criticado, uma vez que não leva em conta os diferentes compartimentos corporais. No entanto, vale lembrar que, entre os métodos de avaliação antropométrica, o IMC é o parâmetro mais utilizado no rastreamento nutricional, pela praticidade da avaliação, e, portanto, facilita a comparação entre estudos.

CONCLUSÃO

Diante das alterações importantes que o câncer provoca tanto no estado nutricional quanto na QV dos pacientes, fazem-se necessários estudos que avaliem a relação entre esses dois aspectos. Ainda, em razão do destaque que as ONGs vêm ganhando na prestação de cuidados aos indivíduos em tratamento oncológico, justifica-se a condução de mais pesquisas nesse campo.

De acordo com este estudo, percebeu-se que o estado nutricional impactou na QV dos indivíduos com câncer assistidos pelas ONGs, demonstrando a importância de abordagem multiprofissional nessas instituições que possam beneficiar esses pacientes. Assim, para que a atenção à saúde e a promoção da QV de pessoas com câncer sejam concretizadas, são necessárias ações envolvendo gestores, serviços e integração dos pontos da rede de atenção à saúde.

CONTRIBUIÇÕES

Sheilla de Oliveira Faria e Daniela Braga Lima trabalharam na concepção e desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados da pesquisa, bem como na redação, revisão crítica do manuscrito e na aprovação final da versão para a publicação. Mayra Marcela Ribeiro Simião e Fabiana Azevedo Alves trabalharam na aquisição e análise dos dados da pesquisa, bem como na redação, revisão crítica do manuscrito e na aprovação final da versão para a publicação. Tábata Renata Pereira de Brito trabalhou na análise e interpretação dos dados da pesquisa, bem como na aprovação final da versão para a publicação. Eliane Garcia Rezende trabalhou na concepção e desenho do trabalho, bem como na aprovação final da versão para a publicação.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, et al. Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(2):163-171.
3. Miranda TV, Neves FMG, Costa GNR, et al. Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(1):57-64.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
5. Vieira AR, Fortes RC. Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal. *Com Ciências Saúde.* 2015;26(1/2):45-56.
6. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):357-367. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000022>.
7. Alshadwi A, Nadershah M, Carlson ER, et al. Nutritional considerations for head and neck cancer patients: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71(11):1853-1860. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.04.028>.
8. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, et al. Can nutritional status influence the quality of life of cancer patients? *Rev Nutr.* 2010;23(5):745-753. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000500005>.
9. Kasvis P, Viganò ML, Viganò A. Health-related quality of life across cancer cachexia stages. *Ann Palliat Med.* 2019;8(1):33-42. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2018.08.04>.
10. Ravasco P, Monteiro-Grilo I, Vidal PM, et al. Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life. *Support Care Cancer* 2004;12(4):246-252. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0568-z>.
11. Wallengren O, Lundholm K, Bosaeus I. Diagnostic criteria of cancer cachexia: relation to quality of life, exercise capacity and survival in unselected palliative care patients. *Support Care Cancer* 2013;21(6):1569-1577. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1697-z>.
12. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, et al. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer--a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J.* 2012;11:27. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-11-27>.
13. Pastores CA, Oehlschlaeger MHK, Gonzalez MC. Impacto do estado nutricional e da força muscular sobre o estado de saúde geral e qualidade de vida em pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão. *Rev Bras Cancerol.* 2013;59(1): 43-9.
14. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol.* 2013;14(5):391-436. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2).
15. Kligerman J. A ampliação da assistência oncológica no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2000, 46(4):347-349.
16. Associação dos Voluntários Vida Viva de Alfenas. A vida viva: história [Internet]. Alfenas, MG: Vida Viva Alfenas; [2016]. [acesso 2019 fev 13]. Disponível em: <http://vidavivaalfenas.org.br/institucional.asp?act=Hist%C3%B3ria>.
17. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854).
18. Ministério da Saúde (BR). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Série G; estatística e informação em saúde).
19. Blackburn GL, Bistria BR, Maini BS, et al. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutri.* 1977;1(1):11-22. doi: <https://doi.org/10.1177/014860717700100101>.
20. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-376. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>.
21. Fruchtenicht AVG, Poziomyck AK, Reis AM, et al. Estado inflamatório e nutricional em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de tumores do trato gastrointestinal. *Rev Col Bras Cir.* 2018;45(2):3-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181614>.
22. Santos AF, Lima FRS, Maciel MG, et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer gástrico e de outras localizações. *Rev Pesq Saúde.* 2017;18(1):24-27.
23. Chaves MR, Boléo-Tomé C, Monteiro-Grillo I, et al. The diversity of nutritional status in cancer: new insights. *Oncologist.* 2010;15(5):523-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2009-0283>.
24. Zhang L, Lu Y, Fang Y. Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Br J Nutr.* 2014;111(7):1239-1244. doi: <https://doi.org/10.1017/S000711451300367X>.
25. Ferreira IB, Marinho EC, Custódio IDD, et al. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres em

- quimioterapia. *Ciê Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2209-2218. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.05412015>.
26. Oliveira DR, Carvalho ESC, Campos LC, et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas, Belo Horizonte (MG), Brasil. *Ciê Saúde Coletiva*. 2014;19(5):1573-1580. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.02262013>.
27. Bering T, Maurício SF, Silva JB, et al. Nutritional and metabolic status of breast cancer women. *Nutr Hosp*. 2014;31(2):751-8. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8056>.
28. Nicolussil AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):155-161. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200007>.
29. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):355-361. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200012>.
30. Lim HS, Cho GS, Park YH, et al. Comparison of Quality of Life and Nutritional Status in Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrectomies. *Clin Nutr Res*. 2015;4(3):153-159. doi: <http://dx.doi.org/10.7762/cnr.2015.4.3.153>.
31. Oliveira PI, Pereira CAC, Belasco AGS, et al. Comparação da qualidade de vida de portadores de câncer de pulmão antes e após o tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(3):[8 telas].
32. Marmo MCR, Caran EMM, Puty FCB, et al. Avaliação do hábito intestinal em pacientes com câncer que utilizam morfina para o controle da dor. *Rev Dor*. 2012;13(3):243-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000300009>.
33. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Rene*. 2014;15(1):132-140. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100017>.
34. Salas S, Mercier S, Moheng B, et al. Nutritional status and quality of life of cancer patients needing exclusive chemotherapy: a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):85. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0660-6>.
35. Zaid ZA, Jackson K, Cobiac L, et al. Relationship between quality of life and nutritional status in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. *Malays J Nutr*. 2017;23(3):375-384.
36. Firnkes R, Pastore CA, Gonzales MC. Influência do estado nutricional sobre a qualidade de vida em pacientes com cânceres de trato gastrointestinal e de pulmão pré-quimioterapia. *Rev Bras Nutr Clin*. 2014;29(1):26-30.
37. Scheibler J, Silva FM, Moreira TR, et al. Qualidade de vida, estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(4):544-553. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p544>.
38. Küçükkatirci S, Sahin H, Soylu M, et al. Nutritional status and quality of life in lung cancer patients. *Stud Ethno-Med*. 2017;11(3):268-277. doi: <https://doi.org/10.1080/09735070.2017.1305226>.
39. Aredes MA, Garcez MR, Chaves GV. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *Nutr Diet*. 2018;75(3):263-270. doi: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12414>.
40. Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, et al. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *Eur J Cancer*. 1998;34(4):503-509.

Recebido em 18/3/2019
Aprovado em 24/4/2019