

II Jornada Internacional de Nutrição Oncológica I Jornada Luso-Brasileira de Nutrição Oncológica

DATA: 18 e 19 de Novembro de 2004

LOCAL: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
PRAÇA DA CRUZ VERMELHA, 23/8º andar - RIO DE JANEIRO

PRESIDENTE DA JORNADA

Nivaldo Barroso de Pinho

ORGANIZAÇÃO

Serviço de Nutrição e Dietética do INCA
Coordenação de Ensino e Divulgação Científica do INCA

COMISSÃO CIENTÍFICA

Beatriz Cordeiro Jardim
Cristiane Fonseca de Almeida
Giovanna Borges Damião Faillace
Kátia Gomes Baluz
Rosilene de Lima Pinheiro
Sueli Gonçalves Couto

COMISSÃO EXECUTIVA

Analucia Gomes Lopes de Oliveira
Giovanna Borges Damião Faillace
Ilka Fernandes Chaves
Solange de Almeida Pacheco

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Cristiane Almeida
Ilse da Silva Ferreira
Kátia Baluz
Célia Lopes da Costa

OBJETIVOS

Promover discussão sobre a finalidade dos caminhos que estão sendo traçados nas pesquisas, e os resultados práticos da aplicação dessas informações nas políticas oncológicas de saúde pública e no tratamento oncológico.

Mensagem do Presidente

O Serviço de Nutrição - INCA tem a iniciativa de promover eventos científicos desde 2002 com a I Jornada Internacional de Nutrição Oncológica. Este ano é com grande satisfação que estamos realizando, além da nossa II Jornada Internacional, a I Jornada Luso-Brasileira de Nutrição Oncológica.

A dramática variação dos níveis de câncer ao redor do mundo e suas mudanças ao longo dos tempos demonstram que esta malignidade é potencialmente evitável se conhecermos e pudermos alterar os seus fatores de risco. Existem fortes razões para suspeitar que os fatores dietéticos e nutricionais contam nestas variações dos níveis mundiais de câncer, tanto aumentando quanto diminuindo a probabilidade deste se desenvolver. Uma variedade de abordagens epidemiológicas vêm sendo utilizadas na investigação da relação entre dieta e câncer em humanos.

A malignidade induz um grande número de alterações adversas no estado nutricional do paciente oncológico; um entendimento dessas mudanças é a base para a avaliação de suas causas e o planejamento de um suporte nutricional quando indicado.

Em nosso trabalho do dia a dia nos deparamos com o sentido entre o conhecimento técnico e a existência, muitas vezes imensurável, imprevisível e inalcançável dos limites do organismo humano. Compartilhamos a abordagem nutricional desde sua essência técnica até a relação entre o alimento, a vida e a morte.

É de nosso grande interesse a interação entre os profissionais atuantes na área de nutrição em oncologia, pois pretendemos, em primeiro lugar, com esta Jornada, promover uma discussão sobre a finalidade dos caminhos que estão sendo traçados nas pesquisas e os resultados práticos da aplicação dessas informações nas políticas oncológicas de Saúde Pública e no tratamento oncológico efetivamente. Serão focadas as características alimentares regionais, especificidade das ações e tendências internacionais.

Trocaremos informações sobre condutas nutricionais na área clínica, cirúrgica e de cuidados paliativos em todas as fases de tratamento.

Fecharemos nosso encontro demonstrando áreas afins no processo terapêutico de nutrição oncológica explanando sobre gerenciamento de processos hospitalares em nutrição.

Acreditamos que este encontro proporcionará um estreitamento dos laços dos profissionais das várias áreas atuantes em nutrição oncológica e um refinamento do nosso conhecimento teórico e prático voltado para a realidade da abordagem nutricional em oncologia.

Nossas boas vindas a todos,

Nivaldo Barroso de Pinho
Presidente da Jornada

Conceito da promoção da reabilitação oncológica na visão multiprofissional

A Santos

adrianapitty@yahoo.com.br

Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS

Os tratamentos em oncologia compreendem basicamente: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Estes podem provocar efeitos colaterais que influenciam diretamente a ingestão alimentar do paciente. Tais efeitos irão interferir de forma significativa na qualidade de vida do paciente, mesmo após a cura da doença. Muitas cirurgias de cabeça e pescoço deixarão seqüelas que irão afetar a mastigação e deglutição tornando difícil o ato de nutrir-se. Em um levantamento (Rossi, 2004) com pacientes submetidos a laringectomia total, foi verificado que 8% dos pacientes avaliados não conseguem ingerir alimento de consistência sólida. Foi demonstrado ainda que a média de tempo utilizada para a alimentação é de até 30 minutos por 66% dos pacientes. E 26% dos pacientes demoram de 30 a 60 minutos e 8 % gastam mais de 60 minutos para fazer uma refeição. Nem todos os pacientes após o tratamento conseguem uma adaptação nas funções neurovegetativas da alimentação, portanto, os transtornos da alimentação devem ser previstos e valorizados pela equipe interdisciplinar. Algumas cirurgias para ressecção de tumores da região abdominal requerem o uso de colostomia que poderá ser definitiva ou temporária. O paciente necessitará de assistência nutricional, bem como de outras áreas, para melhor saber lidar com sua nova condição de ostomizado. Ao nutricionista caberá orientar o paciente quanto à utilização de fibras em sua alimentação para regular o funcionamento intestinal (como freqüência, consistência e odor das fezes). Nas outras modalidades de tratamento oncológico, radioterapia e quimioterapia, não é diferente. As seqüelas surgirão de acordo com a área irradiada. Por exemplo, em tumores de boca a toxicidade da radioterapia dependerá da dose e do volume de glândulas salivares irradiadas. Xerostomia é a seqüela mais freqüente e mais duradoura (mais de 1 ano após o tratamento, em alguns pacientes). Frente à esta realidade faz-se necessário a adaptação. De acordo com o Ministério da Saúde, reabilitação é o conjunto de cuidados que permite ao paciente situar-se em sua nova condição e adaptar-se física, psicológica e socialmente. A reabilitação necessita ser iniciada logo após o diagnóstico, devendo ser planejada a cada etapa do tratamento. É necessário prever as limitações produzidas pela doença e tratamento, encaminhando o paciente adequadamente à todos os profissionais envolvidos. O programa de reabilitação deve ser realista e compatível com as limitações fisiológicas e ambientais do paciente. A reabilitação nutricional visa a adaptação da dieta a nova realidade do paciente tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida.

Finalidade terapêutica da abordagem nutricional no tratamento oncológico dos pacientes pediátricos críticos

A Oliveira

Serviço de Nutrição e Dietética- HC I - Instituto Nacional de Câncer - MS

agloliveira@yahoo.com.br

A presença do câncer ou o tratamento antineoplásico pode afetar os sistemas orgânicos do paciente pediátrico, havendo necessidade de internação na UTI pediátrica (UTIP) e dos recursos da terapia intensiva. A desnutrição e a caquexia são as complicações mais comuns no tratamento do câncer e podem aumentar a morbidade e a mortalidade e, como consequência afetar a qualidade de vida do paciente. A abordagem nutricional tem como finalidade auxiliar na resposta da terapia intensiva e minimizar as complicações a partir de oferta adequada de calorias e nutrientes. A determinação do estado nutricional e a identificação do risco nutricional do paciente vão ser a base do planejamento da terapia nutricional. O primeiro passo é a avaliação nutricional (AN), que pode ser dificultada por alguns aspectos, como por exemplo a presença de edema. Os pacientes devem ser o seu próprio padrão, devendo ser avaliados periodicamente, com os parâmetros antropométricos e bioquímicos para o seu estado clínico, e os resultados serem comparados com os anteriores. A nutrição parenteral (NPT) e a enteral (NE), quando oferecidas em quantidade e qualidade equivalentes e adequadas, ambas são eficazes; porém a NE é mais utilizada em pacientes críticos, devido à fisiologia, disponibilidade de nutrientes e custo. Na UTIP do HC I as principais causas de internação são as infecções, distúrbios eletrolíticos e pós-operatório imediato de cirurgias de tórax, neurologia e abdômen. A AN geralmente é realizada na internação na Pediatria, antes das cirurgias, e após a alta da UTIP, devido ao curto período de permanência. A via de administração mais utilizada é a enteral para pacientes críticos e a via oral para pacientes em pós-operatório, sendo a evolução da dieta lenta e de acordo com a tolerância do paciente. As dietas e suplementos oferecidos são específicos para pacientes pediátricos. O cuidador deve ser visto como um aliado e ser comunicado de todas as estratégias utilizadas na terapia nutricional para que haja uma melhor aderência ao tratamento. A integração do nutricionista com a equipe de terapia intensiva é importante para a recuperação do paciente e melhora da sobrevida.

Epidemiologia nutricional do cancro em Portugal

C. Lopes

Serviço de Higiene e Epidemiologia-Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal
palves@ipoporto.min-saude.pt

A incidência do cancro varia amplamente nas diferentes populações. As diferenças geográficas, as rápidas alterações na mortalidade ou na frequência da doença bem como, as rápidas mudanças no risco de cancro entre populações migrantes apoiam a importância dos factores ambientais, incluindo os alimentares, na etiologia da doença. A frequência dos diversos tipos de cancro, em países com diferentes níveis de desenvolvimento social e económico, reflectem a natureza das exposições ambientais. A elevada incidência do cancro do estômago em países como Portugal, Japão, os do Leste Europeu ou a América do Sul tem sido associada com o consumo excessivo de sal e a infecção por *Helicobacter pylori*. A elevada frequência do cancro da mama e cancro do cólon e recto em países como os da Europa Ocidental, América do Norte e Austrália tem sido relacionada com o padrão alimentar "ocidental" ou os cancros da cavidade oral em países com maior consumo de álcool e tabaco. Em Portugal, reflectindo de alguma maneira os padrões comportamentais das economias de mercado estabelecidas, os cancros mais frequentes nos homens são os do cólon e recto, próstata, pulmão e estômago. Na mulher, os cancros mais frequentes são os da mama, cólon e recto, estômago e útero. As maiores diferenças entre Portugal e a UE residem na muito maior incidência de cancro do estômago em ambos os sexos e a menor incidência de cancro do pulmão, na mulher. No início da década de 80, Doll e Peto, faziam uma previsão de que 1/3 dos óbitos por cancro poderiam ser atribuídos a factores de natureza alimentar. Apesar do largo conjunto de estudos epidemiológicos desenvolvidos para tentar estabelecer relações entre a alimentação e os diferentes tipos de cancro, os resultados muitas vezes inconsistentes não permitiram ainda apoiar essa previsão. Algumas das inconsistências observadas podem ocorrer por dificuldades metodológicas inerentes à área da epidemiologia nutricional, particularmente as relacionadas com a complexidade em avaliar ingestão alimentar ou as inerentes às técnicas estatísticas que permitam controlar a multicolineariedade existente entre o consumo de grupos de alimentos. Das relações entre factores alimentares e cancro descritas, provavelmente, a mais consensual é o efeito benéfico do consumo de fruta e vegetais na ocorrência de cancro do trato digestivo e respiratório. Ainda um excessivo consumo de carnes vermelhas, carnes processadas, bebidas alcoólicas, sal e produtos salgados tem sido implicado num aumento do risco da doença. A existência de mais estudos de natureza experimental e a compreensão das interações existentes entre factores genéticos e factores alimentares são fundamentais para o esclarecimento das relações entre dieta e cancro.

Nota do Revisor: Português de Portugal; cancro = câncer

Conceito da promoção da reabilitação oncológica na visão multiprofissional - estomaterapia

M. P. Schwartz
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
estomaterapia@inca.gov.br

A estomaterapia é uma especialidade da enfermagem que abrange os cuidados com ostomias, feridas, incontinência anal e urinária, fistulas e drenos. No processo reabilitatório que é o objetivo dos cuidados a interação multiprofissional é de suma importância, em especial a interação do(a) estomaterapeuta com o(a) nutricionista. **Cicatrização das feridas:** Com a evolução tecno-científica, dispomos de diversas coberturas que propiciam um ambiente adequado a cicatrização das feridas. Para o sucesso do tratamento proposto é importante avaliarmos os diversos fatores que interferem no processo da cicatrização entre eles o estado nutricional. Uma depleção de proteínas inibe a cicatrização quando a perda de peso ultrapassa 15 a 25% do peso corporal. Uma perda de peso desta magnitude e a presença de hipoalbuminemia estão associados a um alto risco de deiscências das feridas. A primeira substância nutricional específica de feridas foi o ácido ascórbico. No escorbuto a cicatrização das feridas é interrompida na fibroplasia. Muitos fibroblastos aparecem na ferida, mas eles não produzem colágeno. O ácido ascórbico é essencial para a hidroxilação da prolina e da lisina na modificação do colágeno pós-tradução. A hidroxiprolina dá estabilidade as cadeias alfa do colágeno e, na falta dela, o colágeno novo é lisado no interior da célula, em vez de ser enviado para fora da mesma. Na falta da hidroxilisina, as ligações cruzadas do colágeno são diferentes. A vitamina A, a vitamina que mais comumente se apresenta deficiente, também é essencial para a síntese e estabilização do colágeno e epitelização. A vitamina D é necessária para o reparo ósseo. As deficiências de tiamina e riboflavina causam síndromes clínicas em que o reparo deficiente é uma das características. A deficiência de piridoxina prejudica as ligações cruzadas do colágeno. A deficiência de zinco tem sido associada a feridas indolentes, com granulações atróficas e um proeminente exsudato cinza-amarelado. O mecanismo não é conhecido. No diabetes mellitus, a cicatrização em tecidos normalmente perfundidos ocorre da forma habitual nos diabéticos bem controlados. **Reabilitação do ostomizado:** Na reabilitação do ostomizado, além da adequação dos dispositivos (bolsa) e de orientações/educação e promoção aos cuidados e ao auto cuidado com a ostomia, saber o que comer, são os alicerces no processo reabilitacional para torná-lo reintegrado ao convívio familiar e social. Com a alimentação adequada é possível normalizar a quantidade e a consistência de fezes, diminuir a formação de gases, evitar a diarreia ou prisão de ventre e diminuir o odor das fezes. Deve-se levar em consideração a localização da ostomia intestinal. **Incontinência anal:** Segundo Souza (1992) a incontinência anal pode ser classificada em leve, intermediária e grave. - Leve: incontinência para gases ou *soiling*. - Intermediária: incontinência total até perda de fezes pastosas ou líquidas três vezes por semana. - Grave: incontinência total até perda de fezes pastosas ou líquidas três vezes ou mais por semana. Alterações na capacidade retal e na sensação retal também podem afetar a continência. A complacência retal pode estar alterada em pacientes com retocolite ulcerativa, proctite actínica ou nos neorretos com conservação esfinteriana. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. No primeiro incluem-se medidas de manipulação dietéticas, uso de antidiarreicos ou formadores de bolo fecal e retreinamento do assoalho pélvico (*biofeedback*).

Finalidade terapêutica da conduta nutricional no tratamento oncológico nas complicações cirúrgicas

P. G. Rocha

Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS

patty_gama@hotmail.com

A desnutrição é muito comum nos pacientes oncológicos. Sua alta incidência nesta população é fator determinante de altas taxas de morbi-mortalidade resultante do tratamento destes pacientes. Grande parte das neoplasias malignas é abordada de forma multidisciplinar, nas modalidades cirurgia-quimioterapia-radioterapia. O tratamento cirúrgico das lesões malignas, principalmente do trato digestivo, pode levar a conseqüências nutricionais que são dependentes da localização do tumor, da extensão da ressecção e das complicações inerentes ao ato/técnica cirúrgica, como por exemplo, fistulas digestivas. No preparo de cirurgias do trato digestório, o paciente é submetido ao preparo de cólon e a um regime alimentar com dietas restritivas de baixo aporte calórico-protéico. A complicação cirúrgica quando presente pode contribuir para uma depleção do estado nutricional no paciente oncológico. Dentre as complicações que necessitam de um acompanhamento nutricional adequado, podemos citar a dificuldade mecânica na mastigação e deglutição das grandes ressecções de área da orofaringe; na esofagectomia pode-se observar estase gástrica, hipocloridria, esteatorréia, diarreia, saciedade precoce e regurgitação; nas gastrectomias há perda do reservatório e a saciedade precoce, má-absorção, deficiência de vitamina B 12, síndrome de *dumping*, hipoglicemia; nas ressecções intestinais em nível de jejuno, ocorre diminuição na eficiência de absorção de nutrientes; nas ressecções de íleo pode ocorrer deficiência de vitamina B 12, perdas de sais biliares com diarreia e esteatorréia, hiperoxalúria e cálculos renais, depleção de Cálcio e Magnésio, má absorção de gorduras e de vitaminas lipossolúveis; na ressecção maciça do intestino como alteração pós-cirurgia pode ocorrer má absorção, desnutrição, acidose metabólica e desidratação; nas ileostomias e colostomias perdas hídricas e complicações no balanço hidroeletrólíticos podem estar presentes e nas cirurgias de pâncreas como nas pancreatectomias a má absorção como diabetes mellitus podem aparecer.

Finalidade do gerenciamento dos processos de nutrição pela qualidade

P. Alves

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil-Centro Regional de Oncologia do Porto, Portugal
palves@ipoporto.min-saude.pt

Nos últimos anos temos assistido a um interesse crescente pela qualidade e na aplicação dos seus princípios à área da saúde. O objectivo principal da Qualidade em Saúde é assegurar que todos os utilizadores tenham acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e a custos adequados. Existem várias formas das instituições aderirem a sistemas de promoção e garantia da qualidade. Na América do Norte o modelo preconizado é o da acreditação pela *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations*, vertente com maior enfoque na gestão e resultados. Na Europa e Grã Bretanha a opção tem recaído em sistemas direccionados para a componente organizacional como é o caso do processo *Health Quality Service King's Fund (HQS-KF)*. Em 2001 o IPOFG-CROP aderiu ao programa de certificação de hospitais escolhido pelo Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal baseado no referencial do *HQS-KF*, modelo esse validado para a realidade nacional. Trata-se de um processo de reconhecimento de que o hospital cumpre determinados critérios ou atinge determinados padrões. É um processo de avaliação externo, independente, periódico, voluntário e de verificação da qualidade. É objectivo do mesmo melhorar aspectos relacionados com a melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e melhoria do desempenho da organização no seu todo. O conceito de hospital tem sofrido alterações ao longo dos anos. Actualmente o hospital converteu-se numa empresa de serviços, de utilidade pública para a promoção da saúde que deve ser gerida segundo critérios de eficácia, eficiência, equidade e qualidade. As ferramentas da gestão clínica hospitalar, são aplicáveis a uma área multidisciplinar e complexa e propõe medidas para melhorar os sistemas de informação e optimização da gestão da nutrição clínica. Numerosos estudos vêm salientar a importância em termos económicos da prevenção e tratamento da desnutrição em pacientes hospitalizados, assim como o aumento dos gastos associados a comorbilidade de pacientes desnutridos. O relatório do Comité do Conselho da Europa (P-SG 2001 -11) defende que é necessário prestar atenção à desnutrição dos pacientes internados e tomar medidas tais como criação de protocolos de identificação do risco nutricional, avaliação nutricional, optimização da Terapia Nutricional (TN) administrada, boa coordenação entre serviços, estando todos estes aspectos incluídos no sistema da qualidade. A *American Dietetic Association* defende que a TN é efectiva no tratamento da doença e na prevenção de complicações, resultando em benefícios para a saúde e redução das despesas públicas. A TN administrada por nutricionistas é uma componente importante da contratualização dos serviços prestados pelos hospitais. Facultar nutrição de elevada qualidade significa fazer *a coisa certa, no tempo certo, da forma correcta, à pessoa certa, de forma a encontrar os melhores resultados possíveis*. Quando um processo estandardizado de cuidados nutricionais é implementado diminui-se a variação e aumenta-se a predictibilidade de ocorrência dos resultados nutricionais esperados. O uso persistente dum processo parametrizado permite o "*benchmarking*" e a melhoria contínua da qualidade.

Nota do Revisor: Português de Portugal

Finalidade terapêutica da conduta nutricional no tratamento oncológico e nas complicações - cuidados paliativos

P. Alves

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil-Centro Regional de Oncologia do Porto.
palves@ipoporto.min-saude.pt

Define-se paciente em fim da vida todo o portador de doença incurável em estado de declínio com pobre prognóstico de semanas ou alguns meses. As decisões terapêuticas em doentes terminais são das mais difíceis de tomar. Facultar ou não terapia nutricional (TN), ou seja, fornecer nutrientes por via enteral ou parenteral como forma de nutrir pacientes terminais, tem vindo a dividir opiniões entre profissionais de saúde sendo alvo de abordagem diversa de país para país. A TN é actualmente reconhecida como parte integrante do tratamento curativo dos doentes oncológicos, no entanto quando se perspectiva instituí-la na doença avançada deixa de ser uma atitude óbvia sendo frequentes os dilemas clínicos, éticos e morais. A verdade é que instituir TN e a hidratação (TNH) não é consensual nem é considerado de forma sistemática na prestação de cuidados paliativos. Apesar de utilizadas em determinadas populações de pacientes, os estudos efectuados até à data demonstram fraco nível de evidência científica no que respeita aos benefícios que da sua aplicabilidade poderão advir para os pacientes (nível C e B). Tradicionalmente a TNH é aplicada para atingir objectivos terapêuticos os quais incluem aumento da sobrevida, prevenção de aspiração e úlceras de pressão, aumento do conforto por melhoria dos sintomas associados à malnutrição e desidratação. As decisões para início de TN deverão ser tomadas após paciente e família terem sido informados pela equipa de profissionais de saúde sobre todas as opções possíveis. Deve ser dada atenção à capacidade de decisão do paciente, à sua qualidade de vida e à sua perspectiva da nutrição. Os nutricionistas são os conselheiros por excelência no que respeita aos cuidados nutricionais. É sabido que a alimentação nos fornece nutrientes necessários à vida mas também está acompanhada de conotações sociais e emocionais que num doente em fim de vida podem adquirir um sentido especial e por vezes contraditório. A intervenção nutricional deve ser dinâmica e ajustada periodicamente, baseada numa avaliação clínica e nutricional criteriosa de forma a estabelecer a estratégia adaptada à filosofia dos cuidados paliativos (controlo dos sintomas e melhoria da qualidade de vida). O benefício da TN deve superar o desconforto e risco que esta poderá acarretar para o paciente podendo ir da escolha de alimentos da sua preferência a abordagens mais invasivas (NE e NP). É reduzida a aplicabilidade destas duas últimas terapias em doentes paliativos face à reduzida sobrevida esperada. Na doença avançada os benefícios da TN são tanto maiores quanto mais precoce for a sua aplicação. Os nutricionistas deverão explorar as suas próprias capacidades e investir na sua formação contínua principalmente nos aspectos relacionados com a fisiologia da TN e ética no sentido de melhorarem as suas competências no que respeita ao aconselhamento nutricional de pacientes paliativos e seus familiares.

Nota do Revisor: Português de Portugal

Nutrition support in hematopoietic stem cell transplantation

P. Lenssen MS, RD, FADA

Children's Hospital and Regional Medical Center, Fred Hutchinson Cancer Research Center

plenss@chmc.org

Nutrition support during stem cell transplantation for cancer has relied on TPN for over 30 years. High dose chemotherapy and radiation traditionally used to destroy the immune system and cancer cells are toxic to the oral and gastrointestinal mucosa. Few transplant centers attempted tube feeding in the past, and literature suggests that TPN was often used as a "rescue" or to supplement enteral nutrition. Transplant has significantly diversified, and now less intensive regimens are often used. This diversification has created opportunities to use enteral nutrition. No longer is there one single approach to nutrition; the choice and timing of nutrition modality will depend on type of transplant, donor histocompatibility, stem cell source, intensity of conditioning regimen, type of GVHD prophylaxis and treatment, post-grafting "consolidation" treatments, and nutritional status. Candidates for enteral nutrition are patients who: 1- receive reduced intensity regimens or regimens with lower gut toxicity 2- have HLA-matched related donors, 3- are critically ill, ventilated and able to receive trophic feeds, 4- fail to transition to oral diet after healing of gut toxicities, or 5- experience weight loss or malnutrition owing to long-term complications (primarily GVHD). We need to understand the impact of nutrition strategies on the major causes of mortality - GVHD in allografting and disease relapse in autografting. Weight loss, debilitation, anorexia and gut symptoms are frequent findings in GVHD, and nutrition support is often indicated. The impaired immunity associated with GVHD and its treatment lead to frequent infections. The use of TPN during GVHD and its potential relationship to infection has not been studied. However, with the exception of severe gut GVHD, enteral feeding is possible and TPN can be avoided. There is keen interest in the possible role of enteral feeding to decrease the inflammatory response of the conditioning regimen, infections, and GVHD. Glutamine to reduce mucosal toxicity and infections also has been studied with mixed results. The use of alanyl-glutamine dipeptide was associated with significantly more relapses following autografting, raising concern for the effect of glutamine use on long-term survival. The effect of glutamine on GVHD is unknown. As the primary fuel for lymphocytes, glutamine may support lymphocyte function and lower infections, or conversely activate lymphocytes and stimulate GVHD. Energy needs are elevated after high dose conditioning and decrease after engraftment, dependent on activity level and GVHD; acute and chronic GVHD are associated with hyper-metabolism. Protein needs are twice normal requirements following high dose therapy or during corticosteroid treatment. Unless fluid restricted for impaired renal, cardiac or hepatic function, maintenance fluid is given if the patient is not drinking adequately. Other key nutrients often needed in excess are calcium, phosphorus, magnesium and potassium, primarily owing to drug effects. Below outlines the steps and nutrition-related effects.

Nutrição aplicada às pesquisas clínica e experimental com ácido graxo omega 3- a experiência da equipe metanutri

R. S. Torrinas

Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina (LIM 35 - Gastroenterologia)

metanutri@usp.br

Emulsões lipídicas (EL) são utilizadas como fonte de ácidos graxos essenciais e energia para pacientes que fazem uso de nutrição parenteral. Os ácidos graxos provenientes das emulsões lipídicas podem influenciar a resposta imune e inflamatória de maneiras distintas, de acordo com suas características físico-químicas. Recentemente, uma nova EL rica em AG w-3 tornou-se disponível para uso clínico. Sua oferta foi bem tolerada por voluntários saudáveis e seu uso prolongado em pacientes cirúrgicos não foi acompanhado de efeitos colaterais. Há mais de uma década nossa equipe desenvolve estudos que avaliam o efeito de diferentes EL sobre funções imunes. Especificamente em relação à EL rica em AG w-3, estudos desenvolvidos em nosso laboratório, têm oferecido suporte às evidências científicas que sugerem um papel protetor da nova EL na preservação de funções imunes e prevenção parcial de alguns aspectos da resposta inflamatória. Nesse sentido, em estudo que avaliou a capacidade fagocítica de macrófagos de ratos tratados com nutrição parenteral total contendo EL rica em AG w-3, encontramos um aumento do número e índice fagocítico de macrófagos do fígado e pulmão. Considerando-se aspectos inflamatórios, nossa equipe demonstrou que em ratos submetidos à colite experimental a suplementação com EL rica w-3 diminuiu a concentração no cólon de LTB₄, PGE₂ e LTC₄, em relação à ratos com colite e sem tratamento com EL. Sob o ponto de vista dos mecanismos de modulação, em estudo desenvolvido em culturas de células mononucleares humanas nossos achados mostraram uma participação de EL rica em AG w-3 na modulação da expressão de moléculas de superfície com funções imunes, na dependência do estágio de ativação celular. Nesse estudo, a adição de EL rica em AG w-3 não alterou a expressão de moléculas de superfície HLA-DR em monócitos/macrófagos não ativados ou previamente ativados com INF-g, mas inibiu o aumento da expressão de HLA-DR pelo estímulo do INF-g, quando adicionada na cultura no mesmo momento que esta citocina. Atualmente, nossa equipe vem conduzindo um estudo clínico com uso de EL rica em AG w-3 em pacientes candidatos à intervenção cirúrgica para tratamento de câncer gástrico. Esses pacientes apresentam uma susceptibilidade potencial à Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e sepse, importantes complicações pós-operatórias relacionadas ao aumento da morbi-mortalidade. Nossa hipótese de estudo considera que a possível regulação da resposta imunológica pela EL rica em AG w-3 possa prevenir o desenvolvimento dessas complicações por modular, por exemplo, o equilíbrio de mecanismos pró-inflamatórios e antiinflamatórios, visando manter ou restabelecer a homeostase, essencial para evitar a disfunção orgânica, falência múltipla de órgãos e eventualmente a morte.

Finalidade terapêutica da abordagem nutricional no tratamento oncológico do paciente crítico adulto

S. Cabral

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional Oncologia Porto, Portugal

smamc@netcabo.pt

A terapia nutricional deve ser parte integrante nas rotinas de cuidados prestados a todos os doentes críticos, incapazes de se alimentar por um período de 3 a 4 dias, ou que apresentem desnutrição prévia. O estado nutricional é um factor importante na resposta à doença, particularmente na resistência à infecção, na manutenção do funcionamento do tubo digestivo, na cicatrização e na preservação da função pulmonar. O paciente oncológico apresenta frequentemente desnutrição directa ou indirectamente provocada pelos efeitos do tumor, efeitos da cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia e por vezes factores psicológicos. A desnutrição no paciente oncológico está associada a uma diminuição da sua capacidade funcional, com conseqüente redução na qualidade de vida, e a um aumento da morbidade e mortalidade. O paciente oncológico desnutrido tem menor tolerância aos tratamentos oncológicos comparativamente com aqueles que apresentam um bom estado nutricional. A desnutrição predispõe o paciente cirúrgico com cancro a um maior risco de morbidade e mortalidade no pós-operatório. Como resultado dos factores já mencionados, uma percentagem significativa destes pacientes acabam por se tornar pacientes críticos. A resposta catabólica do paciente crítico ao estresse e à lesão promovem a depleção nutricional reflectindo-se num aumento da morbidade e mortalidade. Intuitivamente, torna-se importante uma intervenção nutricional apropriada e atempada para minimizar estes potenciais efeitos adversos. Permanece a incerteza relativamente a "quem", "quando", "como" e "com o quê" alimentar estes pacientes. Para além da bibliografia disponível com fortes graus de evidência, o sentido crítico e o "bom senso" também devem fazer parte da prática clínica. "*It is not known how long critically ill patients can survive without food.*"

Nota do Revisor: Português de Portugal; cancro = câncer

Abordagem nutricional no paciente cirúrgico oncológico

S. Cabral

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional Oncologia Porto, SA
smamc@netcabo.pt

O paciente submetido a cirurgia sofre alterações metabólicas e fisiológicas que comprometem o seu estado nutricional. Assim sendo, o estado nutricional prévio à cirurgia é de extrema importância porque irá condicionar a resposta, relativamente à reversão catabólica própria do trauma cirúrgico, cicatrização e prevenção de complicações frequentes como a infecção. Os pacientes desnutridos no pré-operatório têm um risco significativamente mais elevado de complicações no pós-operatório e mortalidade, comparativamente a pacientes com bom estado nutricional. A desnutrição é um problema comum à maioria dos pacientes oncológicos submetidos a cirurgia. Cerca de 50% apresenta perda de peso aquando do diagnóstico, permitindo que ocorra uma diminuição da resposta ao tratamento cirúrgico, tornando estes pacientes uma população com um risco aumentado de morbilidade e mortalidade. Este risco torna-se evidente e fisiologicamente explicado uma vez que o estado nutricional deficitário compromete o normal funcionamento de diversos órgãos, nomeadamente, coração, pulmões, rins e aparelho digestivo. A função imune e a força muscular também se encontram alteradas, o que torna estes pacientes mais vulneráveis a complicações infecciosas e a cicatrização mais lentificada. A terapia nutricional (TN) enteral e parenteral é hoje possível na maioria destes pacientes, no entanto, e tendo em atenção as complicações associadas à desnutrição no período peri - operatório, é de certa forma surpreendente que a TN nem sempre interfira positivamente na melhoria clínica. Os riscos associados com a TN podem-se sobrepor aos benefícios sendo importante haver orientação quanto a: 1º identificar precocemente os pacientes que beneficiarão de uma intervenção nutricional; 2º quando iniciar essa TN; 3º que via de administração utilizar (sensibilidade do cirurgião); 4º qual a mistura óptima de nutrientes a administrar e 5º monitorizar a adequação da TN instituída e relacioná-la com a evolução clínica. Existe pouca ou nenhuma evidência que sirva de orientação nos 5 pontos atrás citados. Recentemente foram publicadas pela A.S.P.E.N. normas de orientação clínica que com alto grau de evidência clínica dão resposta aos pontos 1 e 2.

Nota do Revisor: Português de Portugal

Efeito do óleo de peixe nos níveis de citocinas e leptina em pacientes com câncer

S. F. M. Salles
University of Surrey - Roehampton
sonjasalles@hotmail.com

Pacientes com câncer hipermetabólico têm uma alta incidência em desenvolver a síndrome da caquexia causada por uma super produção de citocinas. A anorexia é uma das principais manifestações clínicas desta síndrome. Particularmente as citocinas IL-6, TNF e seus receptores são os mais envolvidos com a anorexia por provocarem uma liberação de leptina do tecido adiposo. Estudos recentes apontam a IL-6 como a citocina responsável pelo aumento da leptina circulante devido ao seu papel em mimicar a leptina. Esta mímica seria reconhecida pelos receptores de leptina em nível hipotalâmico contribuindo conseqüentemente para anorexia e perda de peso. O ácido eicosapentaenóico (EPA) vem sendo apontado como mediador destas citocinas levando a uma menor liberação de leptina do tecido adiposo e contribuindo para a redução da anorexia. Neste estudo foram analisados os soros sanguíneos de treze pacientes com câncer de pâncreas usando dois gramas de EPA diariamente durante três semanas. No final do estudo constatamos que o EPA apresentou significativa moderação do receptor da citocina TNF e significância na concentração de leptina. O presente estudo teve como objetivo investigar o efeito do óleo de peixe nos níveis de citocinas e leptina em pacientes com câncer hipermetabólico.

Avaliação nutricional através do protocolo de avaliação subjetiva global e frequência de complicações pós-cirúrgicas

C.Cohen¹, A.P.Dinis¹, G.P. Novello¹, B. D'Alegria², R. Tominaga³, F.J.Medeiros⁴, P.E. Portari⁵

1 - Curso de Graduação em Nutrição da UNIRIO e Membro da Comissão de Terapia Nutricional do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), 2 - Comissão de Terapia Nutricional do HUGG, 3 - Clínica Cirúrgica do HUGG e Comissão de Terapia Nutricional, 4 - Escola de Nutrição do UNIRIO e Comissão de Terapia Nutricional do HUGG, 5 - Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO e Comissão de Terapia Nutricional do HUGG.

E-mail: fernandamedeiros@ig.com.br

Introdução: A desnutrição protéico-calórica é uma doença endêmica na população hospitalar brasileira, acredita-se que cerca de 50% dos pacientes internados em hospitais tenha algum grau de desnutrição segundo a pesquisa do IBRANUTRI (1997). **Objetivo:** Avaliar de maneira rápida, sucinta e eficaz o estado nutricional de pacientes internados em enfermaria cirúrgica relacionado com o aparecimento de complicações pós-operatórias. **Metodologia:** Foram avaliados pela Avaliação Subjetiva Global (ASG) (Detsky, 1987) 286 pacientes de 11/2001 a 09/2004 na 2ª Clínica Cirúrgica do HUGG, no primeiro dia de internação. As complicações decorrentes do tratamento cirúrgico foram relacionadas com o estado nutricional. Os testes estatísticos utilizados foram o Teste t de Student e o teste qui quadrado. **Resultados:** 119 pacientes apresentavam risco nutricional (RN) e 167 eram eutróficos. 66 apresentaram complicações e 88 tinham câncer. Dos 119 com RN 48 apresentaram complicações e 55 tinham diagnóstico de câncer. Os pacientes classificados com risco nutricional pela ASG têm 5,59 vezes mais chance de desenvolver complicações no pós-operatório ($p < 0,001$) e os pacientes com câncer têm 2,75 vezes mais chance de desenvolver complicações no pós-operatório ($p < 0,001$). O grupo classificado com RN teve medidas antropométricas menores do que o grupo sem RN ($p < 0,001$). **Conclusão:** a ASG é uma boa ferramenta para avaliar os pacientes no ato da sua internação devido a sua praticidade e eficácia comprovadas. Nesta amostra os pacientes não eutróficos apresentaram maior taxa de complicações e óbitos, sendo o câncer um fator determinante na incidência de mortalidade.

Estado nutricional relativo ao zinco plasmático em pacientes com câncer

A.G. Fernandes¹, D.S. Vaitsman², H.B. Novaes³, L.H.C. Guedes⁴, D. Mafrá⁵

1-Faculdade de Nutrição - UFF, 2-Departamento de Química Analítica - UFRJ, 3-LADA - Departamento de Química Analítica - UFRJ, 4-Oncologia Clínica do HUAP - UFF, 5-Depto de Nutrição Clínica e Dietética - Faculdade de Nutrição - UFF.
aliciag@nitnet.com.br

Introdução: O zinco (Zn) tem importante papel na fisiologia humana, sendo co-fator de diversas enzimas que atuam na replicação celular, imunidade, combate aos radicais livres, manutenção da integridade do ácido desoxirribonucleico, paladar, entre outras. Com o intuito de aprofundar os conhecimentos sobre a relação entre o estado nutricional relativo ao Zn e o processo de carcinogênese, diversos pesquisadores publicaram trabalhos analisando a concentração de zinco plasmático e comparando com outros indicadores, onde um achado comum é a hipozincemia apresentada pelos pacientes com câncer. **Objetivo:** Avaliar a concentração de zinco plasmático (CZnP) de pacientes com câncer, atendidos no ambulatório de oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, antes do tratamento radio ou quimioterápico e verificar se este tem alguma relação com o estado nutricional avaliado a partir de dados antropométricos e ingestão de zinco e outros nutrientes. **Metodologia:** Foram coletadas amostras de sangue de 11 pacientes e 11 indivíduos saudáveis. As CZnP foram analisadas por espectrometria de absorção atômica com chama. As dietas dos pacientes foram analisadas a partir do inquérito alimentar habitual, pelo Software Virtual Nutri (FSP-USP). A avaliação antropométrica foi baseada no IMC, PCT e AMB. **Resultados:** A média da ingestão de Zn pelos pacientes foi de $9,0 \pm 5,6$ mg/dia, a ingestão de proteínas foi de $1,5 \pm 0,6$ g/kg/dia e a ingestão energética foi de $23,4 \pm 8,7$ Kcal/Kg/dia. Segundo o IMC, 27% dos pacientes estavam desnutridos. De acordo com PCT, 72,7% dos pacientes apresentavam déficit grave e, 54,5% apresentavam algum déficit segundo análise da AMB. Os pacientes apresentaram CZnP significativamente mais baixa ($57,4 \pm 9,5$ mg/dL), comparada ao grupo de indivíduos saudáveis ($69,4 \pm 8,8$ mg/dL) ($p < 0,008$). **Conclusão:** Os pacientes com câncer apresentam deficiência de zinco plasmático, e a maioria apresenta algum déficit nutricional. Não houve correlação significativa entre o estado nutricional, ingestão de nutrientes, e o zinco plasmático. Mais estudos são necessários para investigar a causa da hipozincemia em pacientes com câncer e a necessidade de suplementação deste mineral.

Avaliação da relação do câncer gástrico com os hábitos alimentares pregressos em pacientes em tratamento em um centro de terapia oncológica na cidade de Petrópolis

J.P. Silva, V.C.S. Furtado
Faculdade Arthur Sá Earp Neto - Petrópolis, RJ
prijeronimo@yahoo.com.br

Introdução: Existem evidências científicas da relação entre uma alimentação pobre em frutas e vegetais frescos, com alto consumo de nitrato, alimentos defumados, enlatados, com corantes ou conservados no sal e o alto risco de desenvolvimento de câncer gástrico. **Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo avaliar o consumo alimentar pregresso ao aparecimento do câncer gástrico e associar os hábitos alimentares pregressos com o aparecimento do câncer em pacientes em tratamento em um Centro de Terapia Oncológica, em Petrópolis, RJ. **Metodologia:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, em que foram avaliados 30 pacientes adultos, de ambos os sexos, com média de idade de $64,6 \pm 11$ anos, com diagnóstico de câncer gástrico, em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, em maio de 2004. Para a obtenção das informações sobre hábitos alimentares utilizou-se um questionário de frequência de consumo alimentar validado para ser aplicado em investigações sobre a associação entre dieta e câncer. Utilizou-se um formulário padronizado com perguntas referentes a padrões alimentares, hábitos de vida, intercorrências clínicas, história familiar de câncer e características pessoais de cada indivíduo. Para a análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2000. Os resultados foram expressos como média aritmética, erro padrão da média e porcentagem. **Resultados:** Os resultados obtidos mostraram alto consumo de café por 90% dos pacientes. A banha de porco era utilizada por metade da população, o churrasco era consumido na frequência mensal por 46,6% dos pacientes e os produtos industrializados eram utilizados com pouca frequência pela maioria deles. As bebidas alcoólicas eram ingeridas diariamente por mais da metade da população. O consumo de frutas e vegetais não era diário, e sim semanal, pela maior parte dos indivíduos avaliados. A geladeira era utilizada como método de conservação dos alimentos por 80% dos estudados. Quarenta e seis por cento da população estudada possuía história familiar de câncer e 63% eram tabagistas. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo sugerem que os hábitos alimentares possam estar associados com a etiologia do câncer gástrico, de acordo com os dados comparados na literatura.

Estado nutricional e evolução dietética de pacientes com tumores de esôfago em tratamento anti-neoplásico combinado

S.M. Guerreiro¹, C.F. Almeida¹, C.R.A. Ferreira¹, I.F. Silva², C.C. Carmo³

¹Serviço de Nutrição, ²Núcleo de Estudos e Pesquisa, ³Serviço de Oncologia Clínica
Hospital do Câncer II - Instituto Nacional de Câncer - MS
calmeida@inca.gov.br

Introdução: A desnutrição em pacientes apresenta alta prevalência e está significativamente associada ao risco de complicações no tratamento antineoplásico. **Objetivo:** Identificar a evolução nutricional e dietética de pacientes com tumores de esôfago em tratamento combinado, quimioterapia (QT) e radioterapia (RXT), no INCA. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo de pacientes tratados no período de 2003 a 2004. Os dados utilizados foram: idade, sexo, tipo histológico, índice de massa corporal (IMC), avaliação dietética e perda de seguimento do tratamento. Os pacientes foram classificados como desnutridos (D), eutróficos (E) e sobrepeso (S) de acordo com os pontos de corte do IMC, segundo OMS, 1997. Os resultados foram expressos na forma de média, desvio padrão e em percentual. Este trabalho foi aprovado pelos comitês de Pesquisa e Ética do INCA. **Resultados:** Foram analisados 51 pacientes, com idade média $59,5 \pm 10,6$ anos, 86% do sexo masculino, e o tipo histológico mais freqüente foi epidermóide (85%). Em relação à avaliação do estado nutricional, inicialmente 50% dos pacientes eram eutróficos, 32% desnutridos, 18% sobrepeso. Do grupo D inicial, 6,3% migraram para o grupo E, e apenas 56,3% do grupo D concluíram o tratamento. Em relação ao grupo E, 44% mantiveram-se eutróficos e 24% tornaram-se desnutridos. No grupo S, 66,7% mantiveram o estado nutricional. As perdas de seguimento acumuladas nos grupos D, E e S foram 43,8%, 32% e 11,1%, respectivamente. Quanto à avaliação dietética, o grupo D apresentou maior percentual de pacientes com Ne+Vo, e um aumento percentual crescente de Vo exclusiva ao longo do tratamento. Os grupos E e S apresentaram maior percentual de pacientes com Vo exclusiva, com 52,9% e 100% no 4º ciclo, respectivamente. **Conclusão:** Este estudo sugere que pacientes com tumores de esôfago em tratamento combinado sofrem interferência negativa em seu estado nutricional. Os pacientes eutróficos necessitam de intervenção nutricional precoce e agressiva tanto quanto os desnutridos.

Estudo do perfil nutricional de pacientes com câncer avançado

G. B. D. Faillace, I. F. Chaves, R. L. Pinheiro
Hospital do Câncer IV- Instituto Nacional de Câncer - MS
nutri.hl@inca.gov.br

Introdução: Segundo dados da literatura, em torno de 80% de pacientes com câncer avançado cursam com a "Síndrome Consuptiva Crônica". Esta, a caquexia, manifestação comum do câncer, é um fenômeno complexo, multifatorial, que leva à perda progressiva de peso e à deficiência de nutrientes. Fatores relevantes propiciam meios para o desencadear da desnutrição. A anorexia é induzida por fatores mecânicos, bem como uma possível ingestão reduzida de nutrientes, além de perdas anormais no organismo. Fatores anoréticos são produzidos pelo tumor ou hospedeiro. Alterações no metabolismo intermediário ocorrem através de vias metabólicas anormais, onde alterações no metabolismo energético são propostas como um dos fatores envolvidos à perda de peso no câncer; e o tipo de tumor é quem vai determinar o gasto energético, se hipo, normo ou hipermetabólico. Modalidades de tratamento intermediário, bem como efeitos correlacionados, são mais umas das causas potenciais de desnutrição no câncer. Em algum estágio da doença, esta síndrome conhecida como caquexia, composta por uma série de anormalidades metabólicas, está presente na maioria dos pacientes. Desnutrição protéico-calórica é uma grande causa de morbi-mortalidade em pacientes com câncer. **Objetivo:** Identificar o estado nutricional de pacientes com câncer avançado, em nível ambulatorial, quando encaminhados à Unidade de Cuidados Paliativos. **Metodologia:** Levantamento retrospectivo onde foram utilizadas fichas de avaliação do estado nutricional, por dados antropométricos, na 1ª consulta multiprofissional. A classificação nutricional foi obtida por IMC. Dos 100% de pacientes de 1ª vez, 81% compareceram à consulta de nutrição. Este estudo avaliou o perfil nutricional no ano de 2003. **Resultados:** Do total de pacientes avaliados (496 pacientes/ 50,7%), 51,2% encontravam-se eutróficos, 13,1% com pré-obesidade, 10,7% com baixo-peso grau I, 9,7% com baixo-peso grau III, 7,7% com baixo-peso grau II, 4% com obesidade leve, 2,4% com obesidade moderada, 1,2% com obesidade severa. **Conclusão:** 51,2% dos pacientes encontravam-se eutróficos. Algum grau de baixo-peso propriamente dito acometeu, no 1º momento, 28,1% dos pacientes, em paralelo com um total de 20,7% de sobrepeso, onde 13,1% encontravam-se com pré-obesidade. A frequência significativa de eutrofia caracteriza o paciente de cabeça e pescoço, bem monitorado; assim como os pacientes das clínicas de abdômen e tórax, com gasto energético satisfatório. As clínicas ginecológica e de mastologia cursam com pacientes eutróficas ou com algum grau de sobrepeso, principalmente pré-obesidade, confirmados pela literatura.

Implantação do serviço de nutrição oncológica no Hospital Universitário João de Barros Barreto, Belém - PA

F. C. Vasconcelos
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
fcvnutri@yahoo.com.br

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública nacional, constituindo a segunda causa de óbito no país e a terceira no Estado do Pará. Além disso, observa-se que a assistência oncológica no Brasil prestada pelo SUS apresenta baixa cobertura da população, principalmente na Região Norte. Estes fatos estabeleceram a criação do Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE) pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), mediante a implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Neste contexto, o Hospital Universitário João de Barros Barreto foi contemplado com o projeto, que visa a integralidade de ações assistenciais, preventivas, educacionais e de pesquisas. **Objetivo:** Garantir a assistência nutricional ao paciente oncológico no Hospital Universitário João de Barros Barreto. **Metodologia:** Sistematização do funcionamento e diretrizes do serviço de nutrição em oncologia. **Resultados:** Algoritmos das condutas nutricionais que padronizam e normatizam o fluxo do paciente oncológico na fase de internação hospitalar e ambulatorial, estabelecendo critérios de avaliação e intervenção nutricional. **Conclusão:** Esta sistematização ajudará a garantir a qualidade do atendimento ao paciente oncológico e nortear a padronização de condutas nutricionais dentro do Serviço de Nutrição Oncológica. Logo, estabelecerá um direcionamento no controle das intercorrências clínicas desencadeadas pela doença, tratamento antineoplásico e distúrbios nutricionais.

Evolução do estado nutricional de um paciente oncológico durante as diversas fases de seu tratamento: relato de caso

C.F. Diestel, F.A.M. Nogueira, M.R. Guedes, B.D. Matzke, F.C. Simões, N.L. Horst, M.S.Oliveira
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) - UERJ
cdiestel@terra.com.br

Introdução: A doença maligna normalmente está acompanhada por perda de peso e desnutrição, que pode evoluir para sua forma mais grave, a caquexia. A melhor forma de tratá-la é curando o câncer. Entretanto, enquanto este objetivo não puder ser atingido, a outra opção razoável seria o aumento do consumo de nutrientes, que nem sempre é efetivo. **Objetivo:** Caracterizar a resposta orgânica de um paciente portador de adenocarcinoma de cárdia frente à terapia nutricional (TN) empregada nas diversas etapas de seu tratamento durante a sua internação hospitalar. **Métodos:** Os dados foram obtidos durante o acompanhamento nutricional do paciente C.M., 45 anos, masculino, no período de 30/03 a 30/08/04, enquanto esteve internado na enfermaria de cirurgia torácica do HUPE. Para avaliação do estado nutricional (EN) foram utilizados: a história de perda de peso recente, de acordo com os parâmetros da Associação Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN,1993); o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,1998) e a dosagem de albumina sérica. As diretrizes para prescrição nutricional seguiram as recomendações da ASPEN, 2001 e foram calculadas com o peso teórico. **Resultados:** No momento da internação, o paciente relatava perda de peso de 24% em 3 meses, encontrava-se com IMC de 15,09 kg/m² e albumina de 2,4 g/dl, parâmetros que diagnosticavam desnutrição grave. Neste momento, a TN prescrita foi de 35 kcal/kg/dia e 1,5 g de proteína /kg/dia. A TN foi evoluída até 42 kcal/kg/dia, mantendo-se a cota protéica, sem resposta nos parâmetros nutricionais. No dia 13/05, início da radioterapia (RxT) neoadjuvante, seu IMC era de 14,37 kg/m² e albumina de 2,4 g/dl. No dia 03/06, final da RxT, seu IMC era de 16,50 kg/m² e albumina de 3,1 g/dl. A avaliação nutricional na véspera da cirurgia (15/07) mostrava um IMC de 18,7 kg/m² e albumina de 4,2 kg/m². Após a esofagectomia total, o paciente passou um período de 1 mês na Unidade de Terapia Intensiva por diversas complicações pós-operatórias. No retorno para a enfermaria (17/08), o paciente apresentava IMC de 16,2 kg/m² e albumina 3,4 g/dl. O paciente teve alta no dia 30/08 com um IMC de 16,5 kg/m² em bom estado geral. **Conclusão:** A TN empregada, mesmo seguindo as diretrizes recomendadas na literatura, não melhorou o EN do paciente até que o tratamento da doença neoplásica fosse iniciado. A piora nutricional final ocorreu, provavelmente, devido ao estresse cirúrgico e às complicações pós-operatórias.

Abordagem nutricional no paciente oncológico com doença avançada

K. Figueira, K. Baluz
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
nutricaohc@inca.gov.br

Introdução: o objetivo da abordagem nutricional no paciente oncológico com doença avançada sem possibilidades terapêuticas é o controle dos sintomas gastrintestinais decorrentes da progressão da doença ou do tratamento, visando qualidade de vida, baseado nos princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. **Objetivo:** descrever os dilemas e princípios éticos que envolvem as condutas nutricionais em cuidados paliativos. **Metodologia:** relato de caso de dois pacientes oncológicos com doença avançada, internados em uma unidade de cuidados paliativos, cuja abordagem nutricional envolveu situações de extremos opostos. **Resultados:** Caso 1: J.C.C.M, sexo masculino, 46 anos, solteiro, tumor em base de língua T4 N3. Mora sozinho em casa com um cômodo cedida por vizinho, sem banheiro, sem esgoto, com água encanada e luz. Cuidador não identificado, família pouco participativa. Rebelde, agressivo, isolamento familiar. Irmãos alcoólatras e desempregados. Em uso de sonda naso enteral, internado por sangramento nasal e por traqueostomia, caquético, hipohidratado. Identifica não ter condições de realizar autocuidados, receptivo à ida para instituição de apoio após alta hospitalar. Familiares não respondem às tentativas de contato da equipe. Progressivamente menos receptivo à abordagem do nutricionista, rejeitando alimentação através de gestual intensificado. Constatado óbito antes do contato com familiares. Caso 2: J.J.S, sexo feminino, 80 anos, solteira, tumor de ovário estágio IV. Pensionista, reside sozinha em casa alugada, com saneamento básico. Família participativa, sobrinha é a cuidadora. Gostava de sair à noite, de festas e "boa comida", vida social intensa. Internada por sub-oclusão intestinal. Em dieta líquida restrita com pouco volume. Solicita, constantemente, alimentos "saborosos" a toda a equipe. A alimentação desejada é parcialmente liberada. Óbito 45 dias após. **Conclusão:** em cuidados paliativos o nível de intervenção nutricional não é óbvio e pode apresentar dilemas éticos e clínicos. Mesmo que um paciente esteja próximo do processo de morrer, ainda está vivo e é uma pessoa com desejos. O resgate deste desejo favorece uma significação desta vida. A alimentação é um dos poucos meios de expressão do paciente internado. Comer é sobrevivência, negá-la pode ser manifestação de desistência (desistir da existência). Na dietoterapia convivem representações da comida, da doença e da terapia que participam do objeto de trabalho do nutricionista, além da relação nutriente/enfermidade. Nossa missão principal deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo.

Suporte nutricional pré-operatório em pacientes portadores de câncer de esôfago

E.C. Andrade, A.R.D.Sampaio
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
elcran@uol.com.br

Introdução: O câncer de esôfago é considerado uma patologia de prognóstico ruim e é um dos mais letais tipos de cânceres. As dificuldades em se chegar a um consenso na literatura com relação às indicações e ao uso do suporte nutricional pré-operatório nestes pacientes se deve a vários fatores. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo a atualização de conceitos referentes à terapia nutricional no período pré-operatório de pacientes portadores de câncer de esôfago. **Metodologia:** revisão de literatura, ressaltando os possíveis benefícios do suporte nutricional, a eficácia das vias de suporte nutricional atualmente utilizados e os parâmetros de avaliação nutricional mais indicados. **Resultados:** Os estudos encontrados para avaliação da eficácia do suporte nutricional são conflitantes, em decorrência da estratificação inadequada dos pacientes quanto ao grau de desnutrição, tipo e extensão do tumor e até mesmo quanto à complexidade cirúrgica, além disso, poucos estudos avaliam somente pacientes com câncer de esôfago. O suporte nutricional enteral vem sendo recomendado quando o trato gastrointestinal estiver íntegro, porém quando o tratamento cirúrgico for precoce e quando se tratar de pacientes severamente desnutridos, indica-se o suporte nutricional parenteral. **Conclusão:** O reconhecimento da importância e benefício da intervenção nutricional no pré-operatório de pacientes com câncer de esôfago têm estimulado o uso do suporte nutricional como adjunto à terapia anticâncer.

A relação do binômio fatores dietéticos e câncer de mama

PC. Padilha¹, L.P. Pinheiro²

1-Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ

2-Hospital do Câncer III - Instituto Nacional de Câncer - MS
paticpadilha@yahoo.com.br ; rosilenelp@yahoo.com.br

Introdução: O câncer de mama é um problema de grande magnitude em todo o mundo e, no Brasil representa a neoplasia maligna mais incidente entre mulheres, refletindo significativamente nos índices de mortalidade por câncer. Os fatores etiológicos relacionados ao câncer de mama ainda não estão totalmente esclarecidos, assim como os fatores protetores, e a abordagem terapêutica adequada. Porém, a literatura vem sugerindo que os constituintes da dieta têm um papel relevante na carcinogênese mamária. Portanto, os hábitos alimentares, analisados através do consumo de gorduras, carnes, produtos lácteos, frutas e vegetais, fibras e outros componentes da dieta, parecem representar fatores ambientais de impacto na abordagem preventiva e durante a reabilitação, visando evitar-se a recorrência da doença. **Objetivo:** Trabalho objetivou investigar na literatura o papel dos fatores dietéticos relacionados à prevenção e controle deste tipo de neoplasia. **Metodologia:** A metodologia aplicada compreendeu buscas às bases de dados Medline e Lilacs, sendo selecionados artigos dos últimos 10 anos, e com ênfase em trabalhos epidemiológicos e experimentais. Foram analisados também manuais do Ministério da Saúde e livros acadêmicos. **Resultados:** É fato, que alguns componentes alimentares emergem como um importante instrumento neste contexto, sugerindo mecanismos de ação anticarcinogênicos, antioxidantes, antiinflamatórios, anti-hormonais, antiangiogênicos, dentre outros, embora os estudos muitas vezes sejam controversos, e fracamente sustentados por evidências epidemiológicas. Os principais fatores dietéticos relacionados a este tipo de câncer são o consumo de ácidos graxos poliinsaturados n-3, fitoquímicos (isoflavonas, lignanas e outros compostos não-nutrientes), fibras, vitaminas e minerais, e mais recentemente também, o consumo de ácido linoléico conjugado (CLA). **Conclusão:** Finalizando, uma dieta equilibrada, rica em frutas e vegetais, e com baixo teor de gordura saturada é preconizada, entretanto, mais estudos devem ser realizados a fim de elucidar e compreender uma possível estratégia adjuvante desta às medidas de prevenção e durante a reabilitação.

Manejo nutricional da aversão alimentar no paciente oncológico

K. Figueira, K. Baluz
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
nutricaohc@inca.gov.br

Introdução: um dos efeitos do tratamento antitumoral é a aversão alimentar. Estudos apontam as alterações do paladar e um mecanismo serotoninérgico que envolve o trato solitário como fatores causais. **Objetivo:** estudar a aversão alimentar no paciente oncológico submetido à radioterapia ou quimioterapia através da identificação da fisiologia da ingestão e da aversão alimentar, da descrição das alterações do comportamento alimentar associadas à aversão e da descrição do manejo nutricional da aversão alimentar. **Metodologia:** revisão de literatura utilizando consulta a livros acadêmicos, bancos de dados *Medline*, *Bireme* e *Pub Med* com as seguintes palavras chaves: câncer, aversão alimentar, estado nutricional. **Resultados:** características psicológicas individuais, estímulos presentes no ambiente e alterações nos sentidos da visão, gustação ou olfação afetam o comportamento alimentar de modo significativo. O sabor dos alimentos resulta de aportes provenientes de todos os sistemas sensitivos. A variação, inata ou adquirida, em qualquer uma das fontes de aporte provocará alterações da percepção do sabor global de um alimento. As respostas antecipatórias a uma refeição são mediadas pelo sistema nervoso central. Estímulos sensoriais dos olhos, nariz, ouvidos e boca enviam sinais ao mesencéfalo, onde podem ser integrados e transmitidos a órgãos do trato gastrointestinal através de nervos vagais. Uma vez que a refeição entra no trato gastrointestinal, o sistema nervoso entérico se torna ativo e trabalha em conjunto com o sistema nervoso central, havendo liberação dos hormônios envolvidos no processo digestivo. O sistema nervoso entérico está conectado ao sistema nervoso central através da transmissão ao longo de axônios do trato gastrointestinal ao cérebro, e do cérebro ao sistema nervoso entérico. Os efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia são decorrentes da destruição de células com maior capacidade proliferativa como, por exemplo, as do trato digestório, alterando os estímulos sensitivos decorrentes da estimulação das células nervosas presentes ao longo de todo o sistema digestório. Itens alimentares com alto teor de proteína são particularmente problemáticos, mas qualquer item pode ser um alvo para a formação de aversão, inclusive a água. Segundo alguns autores, as aversões são específicas e passageiras, possuindo pouco significado nutricional. **Conclusão:** a exposição de pacientes a alimentos 'bode expiatório' imediatamente antes do tratamento, reduziu a incidência de aversões. Apesar dos poucos estudos nesta área e de suas contradições, a evitação alimentar, em geral, tem pouca implicação nutricional, porém pode afetar a qualidade de vida do indivíduo, sendo prudente uma intervenção nutricional.

A humanização como eixo norteador das práticas de atenção nutricional aos pacientes oncológicos

C. Feldman, K. Baluz
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
cristianefeldman@yahoo.com.br

Introdução: a formação cada vez mais especializada e tecnicista dos profissionais de saúde dificulta o relacionamento com o paciente, colocando em segundo plano a sua singularidade, que envolve suas emoções, crenças e valores. O profissional precisa desenvolver sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar junto com ele estratégias que facilitem a aceitação, a compreensão da doença e a adaptação a modificações dietéticas necessárias. **Objetivo:** refletir sobre a importância do atendimento humanizado na prática nutricional ao paciente oncológico, a partir da discussão dos princípios éticos e da influência da humanização na adesão ao tratamento. **Metodologia:** revisão da literatura utilizando consulta a livros acadêmicos, bancos de dados *Medline*, *Bireme* e *Pub Med*, referente ao período de 1992 a 2004, com as seguintes palavras chaves: câncer, humanização, nutrição, qualidade de vida. **Resultados:** o diálogo humanizado é fundamental para proporcionar o equilíbrio emocional, onde a confiança no profissional será um fator importante e proporcionará relativa tranquilidade ao paciente, além de adesão ao tratamento. A qualidade de vida está intimamente relacionada com a nutrição, em relação aos sintomas que interferem na ingestão, capacidade de exercer atividades diárias, auto-imagem e aspectos globais de satisfação. A humanização compreende a atenção integral voltada para o indivíduo e a família através de ações multidisciplinares desenvolvidas em unidades de saúde, no domicílio e na comunidade. **Conclusão:** a intervenção nutricional será sempre efetiva, no sentido de promover adesão ao tratamento proposto e qualidade de vida, quando houver um relacionamento estreito, de confiança, entre profissional e cliente. Para que isso ocorra, é essencial que o atendimento seja individualizado e realizado sempre pelo mesmo profissional. É preciso avaliar os pensamentos e sentimentos do indivíduo em relação às orientações nutricionais, pois fatores como medo, ansiedade, preocupação e expectativa podem afetar a motivação.

Abordagem nutricional oncológica na transição entre tratamento curativo e paliativo

M. S. Mello, K. Baluz
Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer - MS
nutricaohc@inca.gov.br

Introdução: O câncer é a 2ª causa de morte no Brasil e na maioria das vezes diagnosticado tardiamente, na fase avançada. Por isso, com certa frequência há um momento de transição do tratamento curativo, onde a cura é possível, para o cuidado paliativo, quando ocorre o 2º diagnóstico, de que não há mais possibilidade terapêutica anticâncer. Nesta fase os objetivos terapêuticos estão pouco definidos, contraditórios ou ambivalentes. O papel do tratamento na fase paliativa não é mais vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e aliviar a dor. **Objetivo:** otimizar a abordagem nutricional ao paciente oncológico no momento da transição entre cuidado curativo e paliativo abordando avaliação, recomendação, intervenção e conduta nutricionais, baseado nos princípios éticos, em fatores psicológicos e em técnicas de comunicação, desmistificando o sentimento de que "não se tem mais nada a fazer". **Material e método:** descrição de condutas e abordagens nutricionais utilizando revisão da literatura utilizando consulta a livros acadêmicos, bancos de dados *Medline*, *Bireme* e *Pub Med* com as seguintes palavras chaves: câncer, nutrição, cuidados paliativos e bioética. **Resultados:** a avaliação nutricional compreende percepção de sinais clínicos, sintomas gastrintestinais e capacidade funcional, não priorizando alterações do peso corporal. A oferta exacerbada de nutrientes não está relacionada a melhora do estado nutricional e funcional, portanto deve-se adotar orientações alimentares flexíveis. Preocupações excessivas com hidratação, suporte calórico e restrições dietéticas não são recomendadas. Conduta nutricional envolve decisões pautadas nos princípios éticos e compartilhadas entre paciente, familiares e equipe. **Conclusão:** a abordagem nutricional deve compreender a representação da comida, do comer, da doença, da terapia, além da relação nutriente/doença. O ponto chave é proporcionar qualidade de vida, possibilitando ao paciente com câncer, ser alimentado o quanto possível, tendo em mente que para alguns, será atender os requerimentos nutricionais, para outros, será ofertar alimentos e bebidas preferidos. O nutricionista deve fazer uma abordagem cautelosa, passo-a-passo, tentando melhorar o estado de ânimo e aumentar a auto-estima, sempre atento aos sinais não verbais. Nesta fase, criatividade nas refeições é muito importante. Deve-se focar uma avaliação ampla do problema, inserindo não apenas qualificação científica, mas também humanização do tratamento, para que se trate do paciente com a dignidade que ele merece.

Percentual de perda de peso comparado com índice de massa corporal (IMC) como fatores de risco nutricional pré-operatório de pacientes oncológicos cirúrgicos

C.F. Diestel, N.L. Horst, A.R.D. Sampaio, I. C. Mannarino, B.D. Matzke, F.C. Simões
Divisão de Nutrição - Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) - UERJ
cdiestel@terra.com.br

Introdução: O IMC é um índice bastante utilizado na prática clínica para obtenção do diagnóstico de desnutrição. Porém, recentemente, a perda de peso significativa ou severa em um curto espaço de tempo também tem sido considerada como um indicativo de desnutrição e de mau prognóstico cirúrgico, uma vez que o organismo, tendo sofrido um déficit nutricional agudo, não consegue desenvolver mecanismos de adaptação imediatos. **Objetivo:** Comparar o percentual de perda de peso (%PP) recente com o diagnóstico nutricional obtido pelo IMC na avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos das clínicas de cirurgia geral e torácica do HUPE, no momento de sua internação hospitalar. **Métodos:** Para a obtenção dos dados foram consultados os prontuários dos pacientes internados nas enfermarias masculina e feminina das clínicas de cirurgia geral e torácica do HUPE, no período de 01/04/03 a 30/08/04. Para classificação do estado nutricional pelo IMC foram utilizados os padrões propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 1998: < 18,5kg/m², desnutrição; 18,5 - 24,9 kg/m², eutrofia e > 24,9 kg/m² sobrepeso ou obesidade. Para classificação do %PP, foram utilizados os pontos de corte propostos pela Associação Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN), 1993. **Resultados:** Foram estudados 142 indivíduos com média de idade de 62,46 ± 1,11 anos (19-83), dentre os quais 56 eram mulheres (39,45%), e 86 eram homens (60,55%). O IMC médio foi de 23,74 ± 0,3 kg/m² (14,52-42), sendo que, no momento da internação 33,8% dos pacientes encontravam-se com sobrepeso ou obesidade, 50,7% estavam eutróficos e somente 15,5% eram desnutridos. Em contrapartida, 55,63% dos pacientes tinham história de perda de peso significativa ou severa e destes 74,68% encontravam-se eutróficos, com sobrepeso ou obesidade pela classificação do IMC. O %PP significativo ou severo foi importante e semelhante em todos os tipos de câncer: 45,65% em pulmão, 58,98% em colorretal, 70% em esofágico, 66,67% em pancreático, 62,07% em gástrico e 41,67% nos outros tipos de câncer. **Conclusão:** Neste trabalho, evidenciamos perda de peso significativa ou severa em mais da metade da população estudada, a despeito de apenas 15,5% dos pacientes terem apresentado IMC insatisfatório. Assim, a avaliação da perda de peso recente em comparação com o diagnóstico nutricional pelo IMC, parece ser mais sensível na detecção de risco nutricional, ou mesmo, de um quadro de desnutrição aguda.

Avaliação nutricional de doentes admitidos na unidade de cuidados paliativos do IPOFG-CROP, S.A.

P. Alves, I. Pinto, F. Gonçalves, I. Costa, C. Monteiro, L. Kent-Smith
UCP-IPOFG- CROP, S.A., Portugal
palves@ipoporto.min-saude.pt

Introdução: Diversos indicadores de risco ou déficit nutricional podem ser utilizados para a avaliação do estado nutricional em doentes com cancro avançado incluindo a antropometria, determinações laboratoriais e cálculo de vários índices nutricionais. **Objetivo:** Caracterizar o estado nutricional e o padrão alimentar dos doentes admitidos na UCP do IPOFG-CROP, S.A. **Metodologia:** A amostra estudada inclui 171 doentes admitidos na UCP do IPOFG-CROP, S.A em regime de internamento e ambulatório, de Março de 1998 a Setembro de 2001. A avaliação nutricional foi efetuada no momento da admissão. Os parâmetros antropométricos e laboratoriais avaliados foram: estatura, peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro do braço (PB), prega cutânea tricipital (PCT), perímetro muscular do braço (PMB), proteínas totais, triglicédeos, colesterol total, albumina, pré-albumina, proteína C-reativa, transferrina e contagem total de linfócitos. Os doentes foram submetidos a um inquérito alimentar qualitativo e foi ainda recolhida a sua história alimentar. **Resultados:** Após cálculo do IMC (n=138) verificou-se que 65,2% dos doentes apresentavam magreza. Constatou-se que 25,9% dos doentes tinham PCT abaixo do percentil 5 (n=135) e 58,0% possuíam PMB abaixo do percentil 5 (n=131). No que diz respeito, a alterações das variáveis bioquímicas 72,8% dos doentes possuíam pré-albumina <20g/L(n=114), 50,9% apresentavam albumina <38 g/L(n=163), 39,9% tinham triglicédeos >1,71mmol/L(n=143), 69,1% possuíam transferrina <200mg/dl(n=162) e 82,0% proteína C-reativa >0,8mg/dl(n=161). Ao nível do peso, 55% dos doentes apresentaram perda de peso superior a 5% nos últimos 6 meses, 27 doentes perderam mais que 20% do seu peso habitual e 46 perderam entre 10 e 19,9%. Os sintomas gastrointestinais mais frequentes (n=170) foram xerostomia (74,7%), saciedade precoce (46,8%), obstipação (45,9%) e alteração do paladar (33,5%). No que concerne ao aporte alimentar (n=171), 73,1% dos doentes apresentavam alterações do seu aporte alimentar, 56,8% dos quais apresentavam um aporte sub-ótimo. **Conclusões:** A identificação e avaliação deste tipo de parâmetros fornece uma informação válida e útil do estado nutricional dos doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Paliativos. Os resultados encontrados alertam para a necessidade de criar rotinas de avaliação e acompanhamento nutricional e implementação de protocolos de investigação, que aprofundem o impacto do estado nutricional na qualidade e tempo de vida dos doentes com cancro avançado.

Nota do Revisor: Português de Portugal; cancro = câncer