



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**ESTADO NUTRICIONAL E NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO****NUTRITION STATUS AND NEED FOR NUTRITIONAL INTERVENTION IN WOMEN WITH BREAST CANCER IN CHEMOTHERAPY TREATMENT**Antonia Lucas de Oliveira Cordeiro<sup>1</sup>Renata Costa Fortes<sup>2</sup>**RESUMO**

**Introdução:** O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum no sexo feminino e representa uma das principais causas de morte entre as mulheres no mundo. No Brasil, esse tipo de câncer é responsável por cerca de 25% de novos casos a cada ano. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional e a necessidade de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado no Ambulatório Oncológico do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Brasília-DF, no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015, com mulheres adultas e idosas com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Para avaliação do estado nutricional aplicou-se a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP). **Resultados:** A amostra foi composta de 153 mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, num hospital público de Brasília-DF. Observou-se que 64,05% (n = 98) das pacientes estavam acima do peso pelo índice de massa corporal, porém, 75,81% (n = 116) foram classificadas com desnutrição moderada (ou risco nutricional) e 9,80% (n = 15) desnutrição grave por meio da ASG-PPP, sendo que 74,51% (n = 114) possuíam necessidade crítica de intervenção nutricional. **Conclusão:** Os resultados obtidos por meio da ASG-PPP indicam que mais de 85% das mulheres com câncer de mama apresentaram algum grau de desnutrição (ou risco nutricional) e necessidade de intervenção nutricional, tornando-se imprescindível a implantação de uma intervenção nutricional precoce e adequada para recuperar ou prevenir o agravamento do estado nutricional das pacientes e obter uma resposta positiva do tratamento medicamentoso ou cirúrgico.

**Descritores:** Neoplasias da Mama. Avaliação Nutricional. Estado Nutricional.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Breast cancer is the most common malignancy in women and is a leading cause of death among women worldwide. In Brazil, this type of cancer is responsible for about 25% of new cases each year. **Objective:** To evaluate the nutritional status and the need for nutritional intervention in women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study conducted at the Oncological Clinic of the Base Hospital of the Federal District (HBDF), Brasilia-DF, from October / 2014 to December / 2015 with adult and elderly women with breast cancer chemotherapy. To assess the nutritional status applied to Subjective Global Assessment Produced by the Patient Self (ASG-PPP). **Results:** The sample consisted of 153 women with breast cancer undergoing chemotherapy treatment in a public hospital in Brasilia-DF. It was observed that 64.05% (n = 98) of patients were overweight by body mass index, however, 75.81% (n = 116) were classified with moderate malnutrition (or nutritional risk) and 9.80% (n = 15) severe malnutrition

---

<sup>1</sup> Graduanda em Nutrição da Universidade Paulista, Campus Brasília - DF.

<sup>2</sup> Professora Doutora em Nutrição da Universidade Paulista, Campus Brasília - DF.



through ASG-PPP, and 74.51% (n = 114) had a critical need for nutritional intervention. **Conclusion:** The results obtained by ASG-PPP indicate that over 85% of women with breast cancer had some degree of malnutrition (or nutritional risk) and the need for nutritional intervention, making it essential to implement an early nutritional intervention and appropriate to recover or prevent the deterioration of the nutritional status of patients and get a positive response from the medical or surgical treatment.

**Keywords:** Breast Neoplasias. Nutritional Assessment. Nutritional Status.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum no sexo feminino e representa uma das principais causas de morte entre as mulheres em todas as nações<sup>1</sup>. No Brasil, ele é responsável por cerca de 25% de novos casos a cada ano e acomete mais as mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste<sup>2</sup>.

A etiologia do câncer de mama é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, idade avançada, menarca precoce e tardia, multiparidade, reposição hormonal, uso de contraceptivos, primeira gestação após os 30 anos, não amamentação, excesso de peso ou obesidade, inatividade física, dentre outros<sup>3</sup>.

Essa neoplasia mamária reduz a autoestima e desenvolve sentimentos negativos relacionados à sensação de mutilação total ou parcial da mama, causando sofrimento e alterações no estilo e na qualidade de vida das mulheres, principalmente quando a doença é diagnosticada em estágio avançado<sup>4</sup>. É uma doença que causa traumas, como distúrbios do humor, medo da morte, de sofrer discriminação social ou da própria família, além da insegurança em relação ao tratamento e ao prognóstico<sup>5</sup>.

O tratamento do câncer de mama depende de fatores relacionados a qualidade da assistência prestada, condição clínica e psicológica da paciente, tipo histológico e grau de diferenciação tumoral, extensão da doença e sensibilidade à terapêutica. Atualmente os tratamentos incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica que podem ser utilizados de forma isolada ou combinada<sup>6</sup>.

A maioria dos pacientes com câncer apresenta algum grau de desnutrição em função do desequilíbrio entre ingestão dos alimentos e as necessidades nutricionais, devido aos efeitos dos tratamentos instituídos e às alterações metabólicas, imunológicas e inerentes ao próprio tumor<sup>7</sup>.

Logo, para avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos, métodos rápidos, de fácil aplicabilidade e de baixo custo são utilizados no intuito de identificar o risco nutricional ou a desnutrição e de intervir com a terapêutica nutricional o mais precocemente possível<sup>8</sup>. Destaca-se, nesse sentido, a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) que é um método essencialmente clínico que inclui informações sobre sintomas, capacidade funcional e perda de peso específicos dessa doença<sup>9</sup>.



O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e a necessidade de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, assistidas em um hospital público do Distrito Federal, em Brasília-DF.

## MÉTODOS

A pesquisa consiste em um estudo transversal descritivo e analítico realizado em um hospital público de Brasília-DF, no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP), Campus Indianópolis-SP, sob o parecer número 837.956 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 36608214.5.0000.5553.

A amostra foi constituída de mulheres com câncer de mama assistidas no Ambulatório de Oncologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Foram incluídas, no estudo, pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, em tratamento quimioterápico, sendo excluídas as analfabetas, aquelas que apresentavam déficit cognitivo, em processo de metástase e mulheres com deficiência visual.

Todas as mulheres que atenderam aos critérios de seleção e aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, após as informações detalhadas sobre o objetivo do estudo e os procedimentos utilizados, sendo garantido o anonimato e o sigilo de todas as informações, respeitando a Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Para a identificação do estado nutricional foi utilizada a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) que consiste em um questionário produzido por Oterry<sup>10</sup> a partir da Avaliação Subjetiva Global (ASG) para aplicação em pacientes oncológicos, sendo constituído por duas etapas. Na primeira etapa o paciente se auto avalia e, na segunda etapa, o questionário é preenchido pelo nutricionista. Ao final, o paciente é classificado em: A (ASG-PPP “A”) = bem nutrido, B (ASG-PPP “B”) = moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido ou C (ASG-PPP “C”) = gravemente desnutrido<sup>11,12</sup>.

A auto avaliação considera aspectos como perda ponderal involuntária, alterações na ingestão alimentar, presença de sintomas com impactos nutricionais e alterações na capacidade funcional. Todas as seções são pontuadas com valores pré-estabelecidos a cada item. Na segunda etapa, atribuem-se, pelo profissional, pontos para a doença, o estresse metabólico e o exame físico<sup>10</sup>.

Como na prática clínica, o Índice de Massa Corporal (IMC), razão entre o peso atual em quilogramas pela estatura em metros quadrados ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), é comumente utilizado para avaliar o estado nutricional. Os resultados obtidos pela ASG-PPP foram comparados com os encontrados no IMC, no intuito de determinar se a ASG-PPP é capaz de identificar precocemente a desnutrição.



Os seguintes procedimentos foram realizados para a classificação das mulheres com câncer de mama por meio do IMC:

- 1) O peso atual foi aferido por meio de uma balança com estadiômetro científico da marca Welmy®, com escala de 100 g e capacidade de 150 kg, previamente calibrada, instalada em local afastado da parede, com superfícies planas, firmes e lisas;
- 2) A estatura foi medida por meio de um estadiômetro, marca Welmy®, com o paciente em pé, descalço, com os pés unidos e em paralelo, costas eretas, braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça ereta olhando para o horizonte no plano de Frankfurt;
- 3) Calculou-se o IMC considerando a classificação da OMS<sup>14</sup>:  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$  = baixo peso, de 18,5 a 24,9  $\text{kg/m}^2$  = eutrófico, de 25 a 29,9  $\text{kg/m}^2$  = sobrepeso e  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  = obesidade.

O estado nutricional também foi agrupado, para fins de comparação, em três classificações: (1) Desnutrição: ASG-PPP “B”, ASG-PPP “C” e  $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ; (2) Eutrofia: ASG-PPP “A” e IMC de 18,5 a 24,9  $\text{kg/m}^2$  e; (3) Excesso de peso:  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ .

Para avaliar a necessidade de intervenção nutricional, após a classificação pela ASG-PPP, considerou-se a seguinte pontuação: sem necessidade de intervenção (0-1 ponto), educação nutricional (2-3 pontos), intervenção nutricional (4-8 pontos) e necessidade crítica de intervenção nutricional ( $\geq 9$  pontos)<sup>10,13</sup>.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software Microsoft® Excel 2014 e o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS Inc, Chicago, EUA) para Windows, versão 19.0. Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva com medidas de tendência central e dispersão. A ASG-PPP e o IMC foram comparados utilizando-se o Teste McNemar e correlacionados por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman, considerando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 153 mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, com média de idade de 51,12 anos (desvio padrão de 11,27), IMC de 27,20  $\text{kg/m}^2$  (desvio padrão de 5,75), estatura de 1,59 m (desvio padrão de 0,08) e peso de 68,69 kg (desvio padrão de 15,67).

Os principais sintomas apresentados pelas mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico foram: dor pelo corpo, 72,25% ( $n = 111$ ), xerostomia, 69,28% ( $n = 106$ ), disgeusia, 67,97% ( $n = 104$ ), disosmia, 61,44% ( $n = 94$ ) e náuseas, 52,94% ( $n = 81$ ), como mostra a Tabela 1.

Quanto à capacidade funcional, observou-se que 89,54% ( $n = 137$ ) das pacientes tiveram algumas limitações em realizar suas atividades cotidianas, sendo que 58,82% ( $n = 90$ ) tinham condições de realizar razoavelmente as atividades usuais e 18,30% ( $n = 28$ ) não se sentiam em condições de realizar a maioria das atividades, conforme a Tabela 2.



Ao avaliar o estado nutricional pela ASG-PPP, observou-se que a maioria das mulheres (85,62%, n = 131) apresentou desnutrição, sendo que 75,81% (n = 116) foram classificadas como moderadamente desnutridas – ASG-PPP “B”, 9,80% (n = 15) gravemente desnutridas – ASG-PPP “C” e 14,37% (n = 22) bem nutridas – ASG-PPP “A”, como pode-se perceber na Figura 1.

Ao verificar o estado nutricional pelo IMC, observou-se que 32,02% (n = 49) das mulheres foram classificadas como eutróficas, 36,60% (n = 56) com sobrepeso, 27,45% (n = 42) como obesas e 3,92% (n = 6) com desnutrição. Ou seja, 64,05% (n = 98) da amostra estavam acima do peso, tal como mostra a Figura 2.

Ao comparar a ASG-PPP com o IMC, observou-se que muitas mulheres classificadas com desnutrição segundo a ASG-PPP apresentaram eutrofia ou excesso de peso pelo IMC. A ASG-PPP identificou a desnutrição em 85,62% (n = 131) dos casos, enquanto o IMC identificou apenas 3,92% (n = 6) de mulheres desnutridas (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>), sendo essa diferença estatisticamente significativa (p = 0,0001), como se observa na Figura 3. Observou-se, também, a existência de correlação negativa entre a classificação do estado nutricional determinada pela ASG-PPP e pelo IMC (r = 0,589; p = 0,001).

Ao avaliar o escore da ASG-PPP, constatou-se que 20,26% (n = 31) das mulheres com câncer de mama necessitavam de intervenção nutricional e 74,51% (n = 114) de necessidade crítica de intervenção. Ou seja, a maioria (94,77%, n = 145) das pacientes necessitava de intervenção nutricional, como mostra a Tabela 3, por meio de suplementação oral, nutrição enteral, nutrição parenteral ou a combinação de ambas.

## DISCUSSÃO

Observou-se, no presente estudo, que as mulheres com câncer de mama possuíam uma média de 51 anos de idade. Esses resultados são plausíveis com a literatura, visto que o câncer de mama, no Brasil, possui maior incidência na faixa etária de 40 a 69 anos<sup>15</sup>.

A média de IMC foi de sobrepeso, o que corrobora com o estudo de Oliveira et al<sup>16</sup> que encontrou excesso de peso nas mulheres com neoplasias malignas mamárias. Foi observado ainda que o ganho de peso é intensificado pela quimioterapia, uso de corticoides, inatividade física, hábitos alimentares inadequados e com o próprio processo de envelhecimento.

Zanchinet al<sup>17</sup> também constataram que a maioria (72%) das mulheres com câncer de mama encontrava-se com sobrepeso e obesidade, além da forte presença do sedentarismo. Na avaliação do consumo alimentar perceberam baixo consumo de frutas, vegetais, fibras e nutrientes antioxidantes (selênio e vitaminas A,C e E). Porém, no presente estudo, o consumo alimentar e a prática de atividade física não foram avaliados.

Karinet al<sup>18</sup> e Garcia et al<sup>4</sup> observaram que mulheres com baixa escolaridade apresentam menos oportunidade de diagnóstico precoce do câncer e que a associação entre a baixa escolaridade e o baixo



nível socioeconômico dificulta ainda mais o rastreamento das neoplasias malignas e, conseqüentemente, o diagnóstico e tratamento precoces. Mencionaram que 80% das participantes possuíam um rendimento inferior a três salários mínimos e que mais de 52% cursaram menos de cinco anos de estudo.

Os principais sintomas apresentados pelas mulheres com câncer de mama neste estudo foram dor pelo corpo, xerostomia, disgeusia, disosmia e náuseas. Em um estudo conduzido por Palmiere et al<sup>19</sup> observou-se prevalência de xerostomia, náusea, disgeusia, constipação intestinal, incômodo com o cheiro da comida, falta de apetite, saciedade precoce, disfagia e vômito. Os autores ressaltaram que os sintomas apresentados são decorrentes do próprio tumor e da terapia antineoplásica, podendo culminar com reduzida ingestão alimentar e, conseqüentemente, desnutrição.

Neste estudo, aproximadamente 90% das mulheres com câncer de mama apresentaram limitações na realização das atividades cotidianas. A dificuldade em realizar as tarefas diárias está associada com a fadiga e a indisposição provocada pelos efeitos colaterais do tratamento, pela limitação de movimentos do lado da mama enferma e pelo câncer, podendo atingir o estado emocional, físico e psíquico do paciente<sup>5,20</sup>.

A maioria das mulheres (85,62%) foi classificada com algum grau de desnutrição, segundo a ASG-PPP. Araújo et al<sup>21</sup> encontraram desnutrição pela ASG-PPP em 100% dos pacientes com câncer do aparelho digestório, sendo que 61% foram classificados como gravemente desnutridos.

De acordo com a classificação do IMC, constatou-se sobrepeso e obesidade na maioria da amostra (64,05%). Rubin et al<sup>22</sup> encontram sobrepeso e obesidade em 57,13% das mulheres adultas e sobrepeso em 63,4% das idosas com câncer de mama por meio do IMC. Os autores relataram que a obesidade é um fator relevante do prognóstico negativo para a sobrevida de mulheres com câncer, pois tem associação ao avanço da doença ou recidiva da mesma. Já Ribeiro et al<sup>23</sup> relataram que o aumento de peso nas pacientes com neoplasia mamária maligna não tem causa definida e pode estar relacionado, direta ou indiretamente, à quimioterapia.

Ao comparar a ASG-PPP com o IMC, observou-se que a maioria das mulheres classificadas com desnutrição, segundo a ASG-PPP, apresentaram eutrofia, sobrepeso ou obesidade pelo IMC. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) entre as classificações de desnutrição pelos dois métodos utilizados, sugerindo que a ASG-PPP é mais sensível em detectar a desnutrição quando comparada ao IMC, o que foi comprovado no estudo de Linberger et al<sup>24</sup>.

Segundo Ferreira, Guimarães e Marcadenti<sup>25</sup>, o IMC apresenta algumas limitações, visto que não é capaz de identificar edema, massa magra e perda de peso involuntária. E, de acordo com Biângulo e Fortes<sup>26</sup> e Peres et al<sup>27</sup>, a ASG-PPP, além de ser de fácil aplicação e de baixo custo, possui alta especificidade e sensibilidade em relação a outros métodos de avaliação nutricional, pois considera as especificidades inerentes à doença e tratamento, como sintomas, perda involuntária de peso, alterações



na capacidade funcional, além de permitir que o paciente se sinta mais participativo e de reduzir o tempo gasto pelo profissional para finalizar a avaliação.

A correlação entre a classificação do estado nutricional por meio de ASG-PPP e IMC foi negativa e estatisticamente significativa. A explicação para esse achado se dá porque a classificação da ASG-PPP varia de “bem nutrido” a “gravemente desnutrido”, enquanto que a classificação do IMC oscila de “gravemente desnutrido” a “bem nutrido”.

Ao avaliar o escore da ASG-PPP, observou-se que a maioria das mulheres (94,77%) necessitava de algum tipo de intervenção nutricional, sendo 74,51% das mulheres consideradas em situação crítica para a intervenção. Resultados superiores aos encontrados neste estudo foram descritos por Araújo et al<sup>21</sup>, que detectaram a necessidade crítica de intervenção nutricional em 99% dos pacientes oncológicos.

A identificação precoce da desnutrição ou risco nutricional possibilita estabelecer, em tempo hábil, um tratamento adequado aos pacientes, com resultados positivos, tais como: amenização dos sintomas, redução da perda de massa magra e diminuição dos déficits nutricionais, redução do risco de complicações, do tempo de permanência hospitalar e da morbimortalidade<sup>13</sup>.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao viés de memória, visto que algumas mulheres não souberam responder com exatidão sobre a real perda de peso nos últimos seis meses e outras apresentaram dificuldades em especificar a ingestão alimentar durante o último mês. Porém, essas limitações não invalidam os resultados encontrados e representam desafios a serem alcançados por pesquisas futuras.

## CONCLUSÃO

Observou-se, neste estudo, elevada prevalência de desnutrição (ou risco nutricional) por meio da ASG-PPP e necessidade crítica de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, tornando-se imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar composta por nutricionistas, oncologistas, enfermeiros e psicólogos, dentre outros.

Em virtude da alta prevalência de câncer mamário na população feminina, seguida da desnutrição ou risco nutricional, faz-se necessária uma atenção especial das políticas públicas de saúde com ações específicas de rastreamento e detecção precoce da doença por meio da mamografia, avaliação nutricional e oferta de tratamento adequado, enfatizando a terapia nutricional.



## REFERÊNCIAS

1. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(6):1269-82.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA; 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.
3. Pinotti M, Cardoso EB, Boratto MG, Santos Filho LFG, Sahium RC, Ribeiro IM, et al. Programa integrado de controle do câncer mamário: experiências do sistema único de saúde na região leste da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. de Mastologia* 2013; 23(1):19-21.
4. Garcia SN, Jacowski M, Castro GC, Galdino C, Guimarães PRB, Kalinke LP. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamaria. *Revista Gaucha de enfermagem* 2015; 36(2):89-96.
5. DeCarvalho SMF, et al. Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama. *Journal of Human Growth and Delevopment* 2015; 25(1):68-74.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. p.55. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
7. Smiderle CA, Gallon CW. Desnutrição em Oncologia: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica* 2012; 27 (4):250-56.
8. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(1):59-77.
9. Santos ALB, Marinho RC, Lima PNM, Fortes RC. Avaliação nutricional subjetiva proposta pelo paciente *versus* outros métodos de avaliação do estado nutricional em paciente oncológicos. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica* 2012; 27(4):243-49.
10. Oterry FD. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. *Nutrition* 1996; 12(1):15-9.
11. Barbosa M C G S, Barros A J D. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq. Gastroenterol.* 2002; 39(3):181-87.
12. Candela C G, Peña G M, Cos Blanco A I de, Rosado C I, Rabaneda R C. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. *Suporte Nutricional em el Paciente Oncológico* 2004; 4(1):43-56.
13. Colling C, Duval PA, Silveira DH. Pacientes submetidos à quimioterapia: avaliação nutricional prévia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(4):611-17.
14. OMS. Norma Técnica da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2008. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas\\_sisvan.html](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html).



15. Pereira, B.C.S.; Guimarães, H.C.Q.C.P. Conhecimento sobre câncer de mama em usuárias do serviço público. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*2008; 26(1):10-5.
16. Oliveira DR, Carvalho ESC, Campos LC, Leal JÁ, Sampaio EV, Cassali GD. Avaliação nutricional de pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*2014; 19(1):1573-80.
17. Zanchin FC, Siviero J, Dos Santos JS, Da Silva ACP, Rombaldi RL. Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de mastologia no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. HCPA* 2011; 31(3):336-44.
18. Karin SS, et al. Conhecimento nutricional de mulheres com câncer de mama e sua relação com o estado nutricional. *Revista bras. em prom. da saúde*2013; 26(1):71-8.
19. Palmieri BN, Moulatlet EM, Buschinelli LKO, Pinto-e-Silva MEM. Aceitação de preparações e sua associação com sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21(1):2-9.
20. Santos J dos, Mota DDC de F, Pimenta CAM. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Rev. Esc. Enferm USP* 2009; 43(4):909-14.
21. Araujo E de S, Duval PA, Silveira DH. Sintomas relacionados à diminuição de ingestão alimentar em pacientes com neoplasia do aparelho digestório atendidos por um programa de internação domiciliar. *Revista Brasileira de Cancerologia*2012; 58(4):639-46.
22. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(3):303-9.
23. Ribeiro NB, Ramos T, Terração VCF, Rocha AAP, Alves RP. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. de Oncologia Clínica*2009; 6(17):15-20.
24. Limberger VR, Pastore CA, Abib RT. Associação entre dinamometria manual, estado nutricional e complicações pós-operatórias em pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014; 6(2):135-41.
25. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein* 2013; 11(1):41-6.
26. Biangulo BF, Fortes CR. Métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos. *Com. Ciências Saúde.* 2013; 24(2):131-44.
27. Peres GB, Valim GS, Silva VL da, El-Kik RM. Comparação entre métodos de avaliação subjetiva global em oncologia. *Revista Ciência & Saúde*2009, 2(1):37-42.



**Tabela 1** - Sintomas mais prevalentes em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, atendidas em um hospital público do Distrito Federal (n = 153). Out/2014-Dez/2015.

Sintomas	n	Fp(%)
Sem problemas na alimentação	48	31,37
Sem apetite; não sente vontade de comer	61	39,87
Vômito	32	20,91
Náusea	81	52,94
Obstipação	64	41,83
Diarreia	29	18,95
Feridas na boca	47	30,72
Boca seca	106	69,28
Os alimentos têm sabor esquisito ou não têm sabor	104	67,97
Problemas para engolir	21	13,72
Odores incômodos	94	61,44
Dor pelo corpo	111	72,55
Sensação de saciedade em curto tempo	73	47,71

Nota: n = número de participantes para cada sintoma. Fp (%) = frequência percentual.

**Tabela 2** - Capacidade funcional de mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, atendidas em um hospital público do Distrito Federal (n = 153). Out/2014-Dez/2015.

Capacidade funcional	n	Fp (%)
Normal, sem limitações	16	10,45
Não no meu normal, mas em condições de realizar razoavelmente as atividades usuais	90	58,82
Não me sinto em condições de realizar a maioria das atividades, permanecendo na cama	28	18,30
Menos da metade do dia	6	3,92
Estou apto a fazer pouca atividade e passo a maior parte do dia na cama ou na cadeira	13	8,49

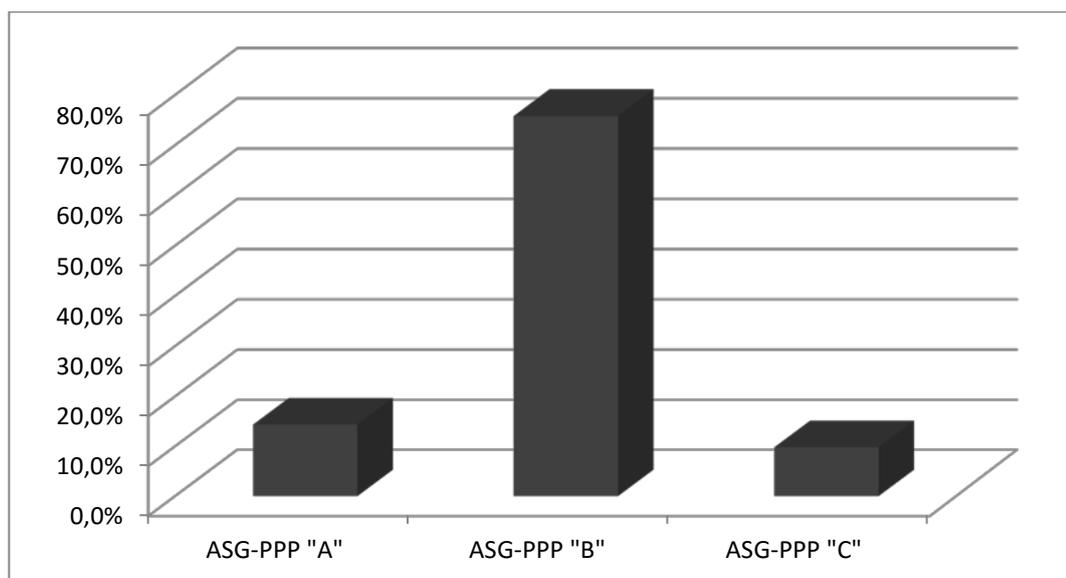
Nota: n = número de participantes em cada nível de capacidade funcional. Fp (%) = frequência percentual.



**Tabela 3** – Estado nutricional classificado por meio da ASG-PPP e necessidade de intervenção nutricional em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, em hospital público do Distrito Federal (n=153). Out/2014-Dez/2015.

Variáveis	n	Fp (%)
<i>Estado nutricional (classificação categórica)</i>		
Bem nutrido (A)	22	14,37
Desnutrição moderada ou risco nutricional (B)	116	75,81
Desnutrição grave (C)	15	9,80
<i>Intervenção nutricional (pontuação total)</i>		
Sem necessidade de intervenção (0-1 ponto)	1	0,65
Educação nutricional (2-3 pontos)	7	4,58
Intervenção nutricional (4-8 pontos)	31	20,26
Necessidade crítica de intervenção nutricional ( $\geq 9$ pontos)	114	74,51

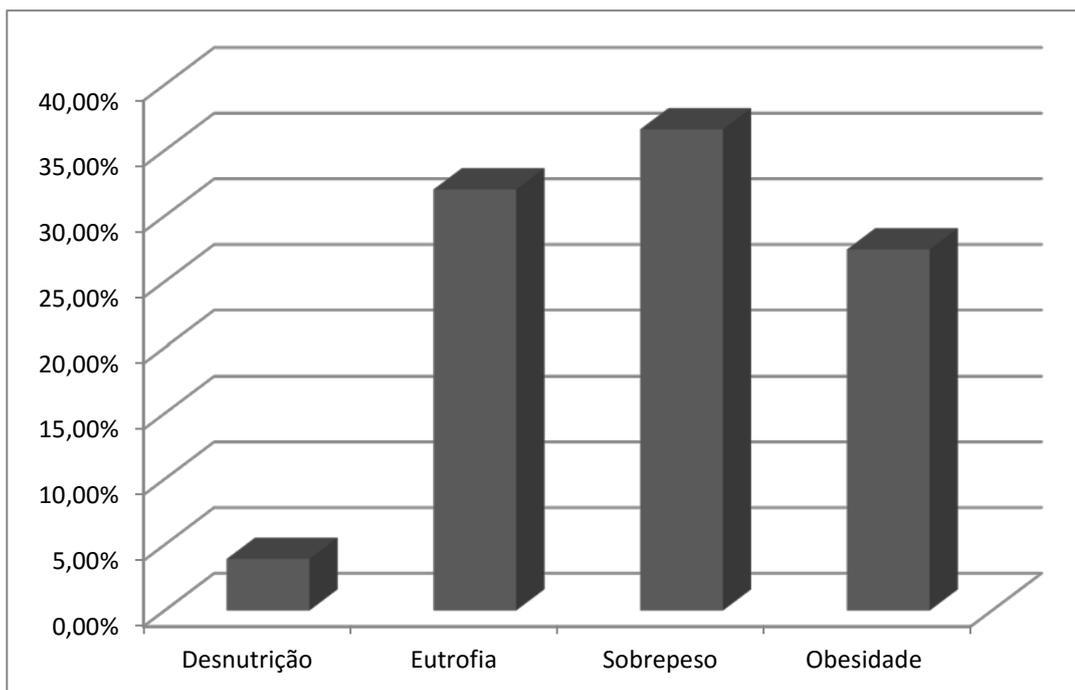
Nota: ASG-PPP = Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente. n = número de participantes. Fp (%) = frequência percentual.



**Figura 1** – Avaliação do estado nutricional por meio da ASG-PPP de mulheres com câncer de mama,

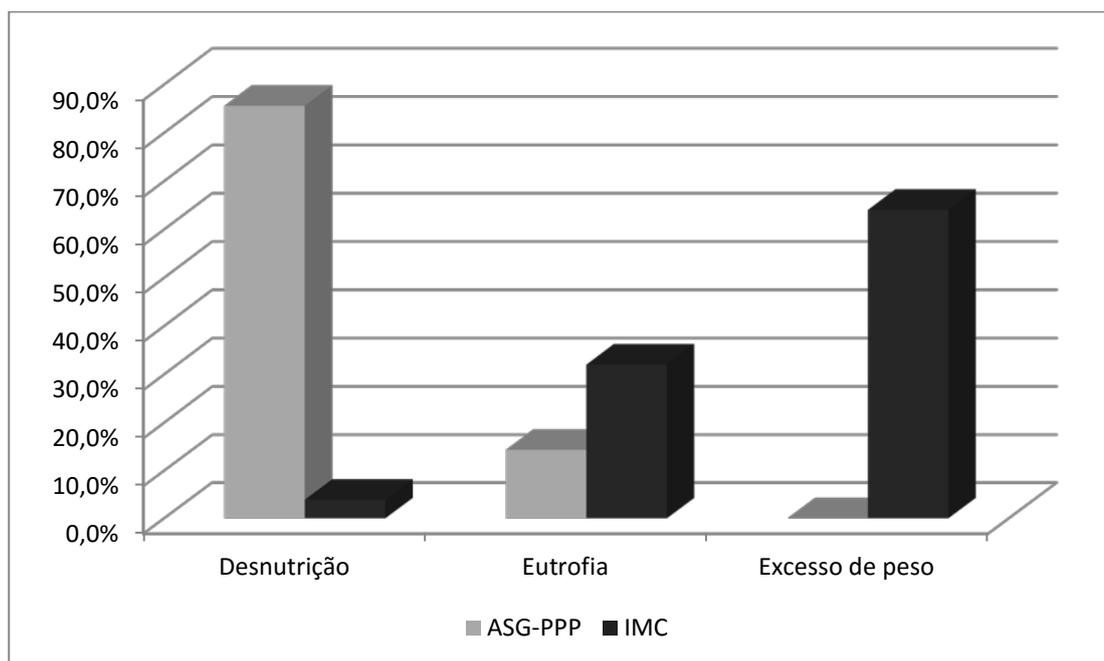
em tratamento quimioterápico, assistidas em hospital público do Distrito Federal (n = 153). Out/2014-Dez/2015.

**Nota:** ASG-PPP = Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente, sendo ASG-PPP “A” = Bem nutrido; ASG-PPP “B” = Moderadamente desnutrido (ou suspeita de ser); ASG-PPP “C” = Gravemente desnutrido<sup>10</sup>.



**Figura 2** – Avaliação nutricional por meio do índice de massa corporal (IMC) em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, assistidas em um hospital público do Distrito Federal (n = 153). Out/2014-Dez/2015.

**Nota:** Classificação do IMC segundo OMS<sup>14</sup>: Desnutrição =  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>, Eutrofia = 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>, Sobrepeso = 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>, Obesidade =  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.



**Figura 3** – Comparação do estado nutricional por meio dos métodos subjetivo (ASG-PPP) e objetivo (IMC) de avaliação nutricional, em mulheres com câncer de mama, em tratamento quimioterápico, assistidas em um hospital público do Distrito Federal (n = 153). Out/2014-Dez/2015.

**Nota:** ASG-PPP<sup>10</sup> = Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente, sendo Eutrofia = ASG-PPP “A” e Desnutrição: ASG-PPP “B” e ASG-PPP “C”. IMC<sup>14</sup> = Índice de Massa Corporal (kg/m<sup>2</sup>), sendo: Desnutrição ≤ 18,5 kg/m<sup>2</sup>, Eutrofia = 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup> Excesso de peso ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>, Obesidade = ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. Teste McNemar (p = 0,0001).