

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer



CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA DO INCA
III Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica e
IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica
1º e 2 de Outubro de 2009

ANAIS

RJ, 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA DO INCA
III Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica e
IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica
1º e 2 de Outubro de 2009

ANAIS

Rio de Janeiro, RJ

2009

©2009 Instituto Nacional de Câncer (INCA)/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsm.ms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Assistência (COAS)

Hospital do Câncer I (HCI)/ Serviço de Nutrição e Dietética

Praça Cruz Vermelha, 23 – 5º andar – Centro

20231-130 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2506-6317

www.inca.gov.br

Edição

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO (CEDC)

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20230-092 - Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3970-7818

Equipe Editorial

Supervisão editorial: Letícia Casado

Edição e produção editorial: Taís Facina

Revisão: ATO Training and Translation Center

Capa, projeto gráfico e diagramação: Cecília Pachá

Ficha catalográfica: Eliana Rosa Fonseca (bibliotecária), Esther Rocha (estagiária)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

ESDEVA

FICHA CATALOGRÁFICA

C749a Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica do INCA (2009 : Rio de Janeiro, RJ)

Anais do Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica do INCA, III Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica [e] IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

88 p.

Organização do Instituto Nacional de Câncer.

1. Nutrição. 2. Neoplasias. 3. Oncologia. 4. Congressos. 5. Brasil. I. Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica (3. : 2009 : Rio de Janeiro, RJ). II. Jornada Internacional de Nutrição Oncológica (4. : 2009 : Rio de Janeiro, RJ). III. Instituto Nacional de Câncer. Título.

CDD 613.6081

CARTA DO PRESIDENTE

Prezados,

O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas nacionais de prevenção, controle, assistência, ensino e pesquisa em câncer no Brasil. Nos dias 1º e 2 de outubro de 2009 será realizado o Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica do INCA, a IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica e a III Jornada Luso-brasileira em Nutrição Oncológica, que reunirá os mais renomados profissionais nacionais e internacionais da área de Nutrição em Câncer.

O tema central deste ano será o lançamento do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, documento este que abordará a assistência nutricional do indivíduo adulto e pediátrico com câncer nas diferentes fases do tratamento e da doença. É, na verdade, o primeiro passo para a divulgação deste documento construído por dezenas de profissionais ao longo dos dois últimos anos.

Os temas a serem apresentados envolvem a abordagem nutricional frente à doença e aos diferentes momentos terapêuticos dos indivíduos com câncer, tais como: avaliação nutricional, recomendações nutricionais e terapia nutricional do paciente hospitalizado e em assistência domiciliar.

Serão apresentados em painéis, mesas redondas, conferências e simpósios os temas mais atuais, permitindo assim um ambiente fértil de discussão para definir a melhor conduta terapêutica nutricional ao indivíduo com câncer.

Na expectativa de recebê-lo(a), aceite o nosso caloroso abraço!

Nivaldo Barroso de Pinho

Presidente do Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica do INCA,
da IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica e da
III Jornada Luso-brasileira em Nutrição Oncológica

INFORMAÇÕES GERAIS

CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA DO INCA

III Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica e IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica
1º e 2 de Outubro de 2009

LOCAL:

Centro Empresarial FIRJAN - Sede
Centro de Convenções
Av. Graça Aranha, nº 1/2º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

REALIZAÇÃO:

Instituto Nacional de Câncer
Serviço de Nutrição e Dietética do INCA

DIRETOR GERAL DO INCA

Dr. Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

PRESIDENTE DO CONGRESSO

Nut. Nivaldo Barroso de Pinho

COORDENADOR ADMINISTRATIVO

Nut. Luciana da Silva Marques

Comissão Administrativa

Nut. Ana Cristina de Souza Batalha
Nut. Ana Cristina Kalil
Nut. Ana Maria dos Santos Moreira
Nut. Heloísa Gomes
Nut. Ilka F.Chaves
Nut. João da Silva Almeida
Nut. Mônica Freitas dos Santos
Nut. Samira Kede

COORDENADOR CIENTÍFICO

Nut. Rosilene Lima Pinheiro

Comissão Científica

Nut. Adriana Moreira Villas Bôas
Nut. Analucia Gomes Lopes Oliveira

Nut. Carla S. Alves Pinto
Nut. Cristiane Feldman
Nut. Fabio da Silva Gomes
Nut. Giovanna B.D. Faillace
Nut. Lúcia da Cunha Sampaio
Nut. Márcia Cordeiro
Nut. Mariluce Sochacki Bizetti
Nut. Martha C.O. Madureira
Nut. Mônica O. Benarroz
Nut. Nádia Dias Gruezo
Nut. Rejane C. Pessanha
Nut. Sueli Gonçalves Couto
Nut. Vera Regina Dias
Nut. Viviane Dias Rodrigues

COMISSÃO JULGADORA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Nut. Adriana Santos
Nut. Alice Pinho
Dr. Antonio Cláudio G. Duarte
Nut. Carla S. Alves Pinto
Nut. Cristiane Feldman
Nut. Danielli Catarinozi
Nut. Fabio da Silva Gomes
Nut. Lúcia da Cunha Sampaio
Nut. Luciane Beitler da Cruz
Nut. Márcia Cordeiro
Dra. Maria Cristina Gonzalez
Nut. Mariluce Sochacki Bizetti
Nut. Mônica O. Benarroz
Nut. Mônica Santos de Mello
Dr. Robson Freitas de Moura
Nut. Rosilene L. Pinheiro
Nut. Viviane Dias Rodrigues
Nut. Wilza Arantes Ferreira Perez

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Jornalista Geoffrey Cannon (Reino Unido)
Nut. Inês Saraiva (Portugal)
Nut. Laura Ribeiro (Portugal)
Dr. Luis Nin Alvarez (Uruguai)

Nut. Luiza Kent-Smith (Canadá)
Nut. Maria Paula Castro Ferreira Alves (Portugal)
Nut. Natasha Haskey (Canadá)
Dr. Rafael Figueredo Grijalba (Paraguai)

CONVIDADOS NACIONAIS

Nut. Adriana Villas Bôas (RJ)
Nut. Adriana Santos (RJ)
Nut. Ana Célia Amaral Ayres Delloso (SP)
Nut. Ana Cristina Batalha de Souza (RJ)
Nut. Ana Cristina Matioski (PR)
Nut. Ana Maria Calábria Cardoso (PA)
Nut. Analucia G. Lopes Oliveira (RJ)
Enfª Ângela Coe Camargo da Silva (RJ)
Dr. Antônio Carlos L. Campos (PR)
Dr. Antonio Cláudio G. Duarte (RJ)
Nut. Carin Weirich Gallon (RS)
Dr. Carlos Henrique D. Silva (RJ)
Farm. Carlos Ribeiro (RJ)
Nut. Cristiane Feldman (RJ)
Dr. Dan Waitzberg (SP)
Dra. Débora Wylson F. G. Mattos (RJ)
Nut. Diana B. Dock Nascimento (MT)
Nut. Edna Shibuya (SP)
Nut. Fabiana Félix C. Martins (RJ)
Nut. Fabio da Silva Gomes (RJ)
Nut. Gabriela P. da Costa Oliveira (SP)
Nut. Giovanna B. D. Faillace (RJ)
Nut. Ilka Fernandes Chaves (RJ)
Psc. Illana Gravino (RJ)
Nut. Ignez Alencastro (RJ)
Nut. Ivany Alves Castanho (RJ)
Nut. Jaqueline Migon (RJ)
Dr. José Getúlio M. Segalla (SP)
Dr. José Vicente Spolidoro (RJ)
Dr. Juliano Carlos Sbalchiero (RJ)
Nut. Kátia Cilene Janz (RS)
Nut. Kátia Gomes Baluz (RJ)
Nut. Lisiane Segabinazzi (RS)
Nut. Lúcia da Cunha Sampaio (RJ)
Nut. Luciane Beitler da Cruz (RS)

Nut. Márcia Cordeiro (RJ)
Nut. Maria Amélia Marques Dantas (RN)
Nut. Maria Carolina Gonçalves Dias (SP)
Dra. Maria Cristina Gonzalez (RS)
Nut. Maria Emília Fabre (SC)
Nut. Maria Lúcia Varjão da Costa (BA)
Nut. Mariluce Sochacki Bizetti (RJ)
Nut. Martha C.O. Madureira (RJ)
Nut. Mônica O. Benarroz (RJ)
Nut. Mônica Santos de Mello (RJ)
Nut. Nádia Dias Gruezo (RJ)
Nut. Nivaldo Barroso de Pinho (RJ)
Dr. Pedro Portari (RJ)
Nut. Rejane Pessanha (RJ)
Dr. Roberto Boorhen (RJ)
Dr. Robson Freitas de Moura (BA)
Nut. Rosilene Lima Pinheiro (RJ)
Nut. Ruth de Oliveira Polita (RS)
Nut. Sueli Gonçalves Couto (RJ)
Nut. Tatiana Rocha Peres (MS)
Enfª Tereza Cristina Gianinni (RJ)
Dra. Valéria Abrahão (RJ)
Nut. Viviane Dias Rodrigues (RJ)
Dr. Wanderley Marques Bernardo (SP)
Nut. Wanélia Vieira Afonso (SP)
Nut. Wanise Cruz (RJ)
Nut. Wilza Arantes Ferreira Perez (RJ)
Nut. Yara Baxter (SP)

DIVULGAÇÃO:

Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC/INCA
Divisão de Comunicação Social/INCA

INFORMAÇÕES GERAIS:

Coordenação de Educação (CEDC)
Tel.: (21) 3970-7123 / e-mail: lbsantos@inca.gov.br
Serviço de Nutrição do INCA
Tel.: (21) 2506-6317/2506-6327

PROGRAMA CIENTÍFICO

1º de outubro			
8h - 8h30 - Entrega de material			
8h30 a 9h - Abertura simultânea: “A Rede de Atenção Oncológica” – <i>Dr. Luiz Augusto Maltoni</i>			
Auditório	Centro de Convenções 2º andar	Auditório	Auditório 4º andar
Horário	III Jornada Luso Brasileira em Nutrição Oncológica	Horário	CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA DO INCA “O Paciente Oncológico em Tratamento” – Diretrizes Nacionais em Nutrição Oncológica
9h - 9h30	Alterações metabólicas no câncer Presidente: <i>Nut. Ilka Fernandes Chaves (RJ)</i> Conferencista: <i>Nut. Wilza Arantes Ferreira Perez (RJ)</i>	9h - 9h30	Metodologia da construção do Consenso Coordenador: <i>Nut. Nivaldo Barroso de Pinho (RJ)</i> Palestrante: <i>Nut. Analucia Gomes Lopes Oliveira (RJ)</i>
9h30 - 10h30	A proteção dos alimentos contra o câncer cabe em cápsulas? Presidente: <i>Nut. Martha Madureira (RJ)</i> Moderador: <i>Dr. Robson Freitas de Moura (BA)</i> Comentadora 1: <i>Nut. Maria Paula Castro Ferreira Alves (Portugal)</i> Comentador 2: <i>Nut. Fábio da Silva Gomes (RJ)</i>	9h30 - 10h30	Avaliação nutricional no paciente cirúrgico e clínico: métodos, critérios e frequência Coordenadora: <i>Nut. Lúcia da Cunha Sampaio (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Dra Maria Cristina Gonzalez (RS)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Luciane Beitler da Cruz (RS)</i>
10h30 - 11h	Intervalo		
11h - 11h30	Qualidade de vida e enfrentamento da doença em mulheres com câncer de mama Coordenadora: <i>Nut. Rejane Pessanha (RJ)</i> Palestrante: <i>Psc. Illana Gravino (RJ)</i>	11h - 11h30	Necessidades nutricionais no paciente cirúrgico e clínico: como devo estimar? Coordenadora: <i>Nut. Analucia Gomes Lopes Oliveira (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pediátrico - <i>Dr. José Vicente Spolidoro (RS)</i> • Adulto - <i>Dr. Robson Freitas de Moura (BA)</i>

11h30 - 12h30	<p>Fitoterapia em nutrição oncológica: riscos e benefícios Presidente: <i>Dr. Antônio Carlos L. Campos (PR)</i> Moderadora: <i>Nut. Cristiane Feldman (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plantas medicinais no alívio dos sintomas da terapia antineoplásica - <i>Nut. Jaqueline Migon (RJ)</i> • Fitoterápicos na prevenção do câncer – <i>Dr. Roberto Boorhen (RJ)</i> • Visão do farmacêutico na utilização de fitoterápicos - <i>Farm. Carlos Ribeiro (RJ)</i> 	11h30 - 12h30	<p>Terapia nutricional: indicação, monitoramento e desmame Coordenadora: <i>Nut. Nádia Dias Gruezo (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Maria Lúcia Varjão da Costa (BA)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Carin Weirich Gallon (RS)</i>
12h30 - 13h30	SIMPÓSIO SATÉLITE	12h30 - 13h30	SIMPÓSIO SATÉLITE
13h30 - 14h30	Almoço		
14h30 - 15h30	<p>A multidisciplinaridade no tratamento de feridas oncológicas Presidente: <i>Nut. Nádia Dias Gruezo (RJ)</i> Moderadora: <i>Enf.^a Ângela Coe Camargo da Silva (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceituando a ferida oncológica - <i>Dr. Juliano Carlos Sbalchiero (RJ)</i> • Curativos: do açúcar à biotecnologia – <i>Enf.^a Tereza Cristina Gianinni (RJ)</i> • Terapia nutricional em ferida oncológica - <i>Nut. Inês Saraiva (Portugal)</i> 	14h30 - 16h	<p>Abordagem nutricional no transplante de células-tronco hematopoéticas Coordenadora: <i>Nut. Fabiana Félix Cavalcante Martins (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Viviane Dias Rodrigues (RJ)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Kátia Cilene Janz (RS)</i>
15h30 - 16h	<p>Ácido Graxo Ômega 3 em câncer Presidente: <i>Nut. Márcia Cordeiro (RJ)</i> Conferencista: <i>Dr. Dan L. Waitzberg (SP)</i></p>		
16h - 16h30	Intervalo		

16h30 - 17h	Terapia nutricional em paciente crítico pediátrico Presidente: <i>Nut. Laura Ribeiro (Portugal)</i> Conferencista: <i>Dr. José Vicente Spolidoro (RS)</i>	16h30 - 17h	Seguimento ambulatorial Coordenadora: <i>Nut. Mônica Santos Mello (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Maria Amélia Marques Dantas (RN)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Ruth de Oliveira Polita (RS)</i>
17h - 18h	Bioética e cuidados paliativos em oncologia Presidente: <i>Sueli Gonçalves Couto (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Moderadora: <i>Nut. Giovanna B.D. Faillace (RJ)</i> • Princípios da bioética - <i>Dr. Carlos Henrique D. Silva (RJ)</i> • Adulto – <i>Nut. Ignez Alencastro (RJ)</i> • Pediátrico – <i>Dra. Débora Wylson F. G. Mattos (RJ)</i> 	17h - 17h30	Sinais e sintomas: como tratar? Coordenadora: <i>Nut. Adriana Santos (RJ)</i> <i>Nut. Diana Borges Dock Nascimento (MT)</i>
18h - 18h30	Aplicação da bioimpedância em oncologia Coordenadora: <i>Nut. Nádia Dias Gruezo (RJ)</i> Palestrante: <i>Nut. Kátia Gomes Baluz (RJ)</i>	17h30 - 18h30	TEMA LIVRE

2 de outubro			
Auditório	Centro de Convenções 2º andar	Auditório	Auditório 4º andar
Horário	IV Jornada Internacional de Nutrição Oncológica	Horário	CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA DO INCA “O Paciente Oncológico em Cuidados Paliativos” – Diretrizes Nacionais em Nutrição Oncológica
8h - 8h30	Probióticos na doença infantil Presidente: <i>Nut. Maria Emília Fabre (SC)</i> Conferencista: <i>Nut. Natasha Haskey (Canadá)</i>	8h30 - 9h30	Avaliação nutricional no paciente em cuidados paliativos Coordenadora: <i>Nut. Lúcia da Cunha Sampaio (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Ivany Alves Castanho (RJ)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Wanélia Vieira Afonso (SP)</i>
8h30 - 9h10	Ciência, grandes negócios, política e como prevenir o câncer a partir da infância Coordenadora: <i>Nut. Sueli Gonçalves Couto (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Evidência para ação – <i>Nut. Fabio da Silva Gomes (RJ)</i> • Ação para transformação – <i>Geoffrey Cannon (Reino Unido)</i> 		
9h10 - 10h	A importância do nutricionista em cuidados paliativos Presidente: <i>Nut. Ana Cristina de Souza Batalha (RJ)</i> Moderadora: <i>Nut. Mariluce Sochacki (RJ)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde em cuidados paliativos – <i>Nut. Mônica Benarroz (RJ)</i> • Complementos orais: Quando usar? – <i>Nut. Maria Carolina Gonçalves Dias (SP)</i> • Visita domiciliar e qualidade de vida – <i>Nut. Edna Shibuya (SP)</i> 	9h30 - 10h	Como estimar necessidades nutricionais Coordenadora: Nut. Cristiane Feldman (RJ) <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Wanise Cruz (RJ)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Ana Cristina Matioski (PR)</i>

10h - 10h30	Intervalo		
10h30 - 11h:30	<p>Imunomodulação em oncologia: quando e como usar? Presidente: <i>Nut. Viviane Dias Rodrigues (RJ)</i> Moderador: <i>Dr. Antonio Cláudio G. Duarte (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Transplante de células-tronco hematopoéticas – <i>Nut. Inês Saraiva (Portugal)</i> • Paciente crítico – <i>Nut. Natasha Haskey (Canadá)</i> • Paciente submetido à radioterapia e quimioterapia – <i>Nut. Luíza Kent-Smith (Portugal)</i> 	10h30 - 11h30	<p>Terapia nutricional em cuidados paliativos: as indicações nas diferentes fases Coordenadora: <i>Nut. Rosilene Lima Pinheiro (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Gabriela P. da Costa Oliveira (SP)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Edna Shibuya (SP)</i>
11:30 – 12:00	<p>Síndrome metabólica: fator de risco para câncer? Presidente: <i>Dra. Valéria Abrahão (RJ)</i> Conferencista: <i>Dr. Rafael Figueredo Grijalba (Paraguai)</i></p>	11:30 – 12:00	<p>A importância do seguimento ambulatorial Moderadora: <i>Nut. Ana Cristina Batalha de Souza (RJ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adulto – <i>Nut. Maria Carolina Gonçalves Dias (SP)</i> • Pediátrico – <i>Nut. Wanélia Vieira Afonso (SP)</i>
12h - 13h0	SIMPÓSIO SATÉLITE	12h - 13h	SIMPÓSIO SATÉLITE
13h0 - 14h	Almoço		

14h - 14h30	<p>Nutrição perioperatória no paciente oncológico Presidente: <i>Dr. Pedro Portari (RJ)</i> Conferencista: <i>Dr. Antônio Carlos L. Campos (PR)</i></p>	14h - 15h30	<p>Sociedades e Conselhos: o papel na construção de um consenso Presidente: <i>Nut. Nivaldo Barroso de Pinho (RJ)</i> Moderador: <i>Dr. Robson Freitas de Moura (BA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SBNPE – <i>Dr. José Vicente Spolidoro</i> • AMB – <i>Dr. Wanderley Marques Bernardo</i> • SBOC – <i>Dr. José Getúlio Martins Segalla</i> • SBC – <i>Dr. Robson Freitas de Moura</i> • SBEO – <i>Enf.^a Ângela Coe Camargo da Silva</i> • CFN – <i>Nut. Ana Maria Calábria Cardoso</i> • FELANPE – <i>Dr. Rafael Figueredo Grijalba</i> • IPO – <i>Nut. Maria Paula Castro Ferreira Alves</i>
14h30 - 15h	<p>Complementação alimentar em pediatria Coordenadora: <i>Nut. Lisiane Segabinazzi (RS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaminas e minerais – <i>Nut. Laura Ribeiro (Portugal)</i> • Complementos orais – <i>Nut. Luiza Kent-Smith (Canadá)</i> 		
15h - 15h30	<p>Composição corporal e prognóstico no paciente com câncer Presidente: <i>Dra. Maria Cristina Gonzalez (RS)</i> Conferencista: <i>Dr. Luis Nin Alvarez (Uruguai)</i></p>		
15h30 - 16h	Intervalo		

16h - 17h	<p>Assistência nutricional domiciliar em oncologia – pública e privada Presidente: Nut. Adriana Moreira Villas Bôas (RJ) Moderadora: Nut. Mônica Benarroz (RJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No Brasil – Nut. Yara Baxter (SP) • No Canadá – Nut. Luiza Kent Smith (Canadá) • Em Portugal – Nut. Maria Paula Castro Ferreira Alves (Portugal) 	16h - 17h	<p>Estratégias nacionais de implementação do Consenso Coordenador: Nut. Nivaldo Barroso de Pinho (RJ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líder Sudeste (SP, ES e MG): Ana Célia Amaral Ayres Dellosso • Líder Sudeste (RJ): Nut. Ivany Alves Castanho • Líder Sudeste: Nut. Wanélia Veira Afonso • Líder Norte e Nordeste: Nut. Maria Lúcia Varjão da Costa • Líder Sul: Nut. Luciane Beitler da Cruz • Líder Centro-Oeste: Nut. Tatiana Rocha Peres
17h - 17h30	Premiação trabalhos científicos – Simultânea		
17h30 - 18h30	Encerramento		

PALESTRAS

METODOLOGIA DA CONSTRUÇÃO DO CONSENSO

Analucia Gomes Lopes Oliveira
Cofacilitadora nacional do Consenso Nacional de Nutrição Oncológica
agloliveira@yahoo.com.br

O Consenso Nacional em Nutrição Oncológica foi idealizado em 2004 pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com o objetivo de uniformizar a terapia e a assistência nutricional aos pacientes oncológicos, a fim de garantir equidade e qualidade na assistência a indivíduos com câncer no Brasil. Em outubro de 2007 foi realizado, no INCA, o I Fórum Nacional do Consenso, com a participação de 42 instituições que assistem indivíduos com câncer e sociedades afins. Neste fórum, foram distribuídos entre as instituições participantes os temas relacionados a pacientes oncológicos pediátrico e adulto, nas diferentes fases da doença e do tratamento. As propostas foram construídas por cada instituição participante e seus pares. Nos cinco Fóruns Regionais realizados em 2008 foram discutidas e votadas 334 propostas. Como ferramentas para votação foram utilizados cartões coloridos para os Fóruns Regionais e Nacionais. No Fórum a Distância, as propostas construídas regionalmente foram votadas por todos os participantes do Consenso. As propostas que não foram consensuadas nacionalmente foram submetidas à discussão e votação no II Fórum Nacional, em outubro de 2008, no Rio de Janeiro. As propostas construídas e consensuadas nacionalmente foram enviadas para sociedades internacionais de Portugal, Canadá e da América Latina, que fizeram suas considerações. As estratégias de implementação das Diretrizes Nacionais de Nutrição Oncológica foram discutidas no III Fórum Nacional, em setembro de 2009, no Rio de Janeiro. O documento de Consenso foi registrado em livro e editado pelo INCA/Ministério da Saúde. Este documento é dinâmico e será revisado por todos os participantes do Consenso em Fóruns Nacionais.

ALTERAÇÕES METABÓLICAS NO CÂNCER

Wilza Arantes Ferreira Peres

Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

(UFRJ) – Rio de Janeiro, RJ

wilza@nutricao.ufrj.br

Avanços importantes no entendimento do metabolismo do câncer têm sido registrados desde a primeira metade do século XX, com os estudos pioneiros de Warburg. Pacientes com câncer cursam com redução progressiva de tecido adiposo e massa muscular, resultando em perda de peso e aumento da morbimortalidade. Dentre as anormalidades relacionadas à caquexia do câncer, encontram-se alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. O fator indutor de proteólise, produzido pelo tumor, e o fator de necrose tumoral produzido pelos macrófagos podem induzir atrofia muscular, por aumentar a expressão da via proteolítica ubiquitina proteasoma, que é responsável pela degradação das proteínas miofibrilares, sendo que o aumento da degradação ocorre em paralelo à redução de síntese proteica nesses pacientes. A perda de tecido adiposo tem sido relacionada ao aumento da lipólise pelo fator tumoral conhecido como fator mobilizador de lipídios e por citocinas. Esses fatores ativam a lipase hormônio sensível, por meio do aumento de AMPc via adenilato ciclase, desencadeando hidrólise de triglicerídeos em adipócitos. Tumores de crescimento rápido contêm regiões de hipóxia. Respostas adaptativas à hipóxia são moduladas pelo fator indutor de hipóxia, que induz ao aumento do transporte de glicose para a célula, à conversão de glicose a lactato e ao decréscimo do metabolismo mitocondrial. Sugere-se que essas alterações metabólicas possam ser vantajosas para as células tumorais, por conferir maior capacidade proliferativa e facilitar metástase, propiciando as condições necessárias para progressão de tumores invasivos em humanos.

Referências

AGUSTSSON, T. et al. Mechanism of increased lipolysis in cancer cachexia. *Cancer Research*. 67:5531-5537, 2007.

ARGILÉS, J. et al. The pivotal role of cytokines in muscle wasting during cancer. Intern: *Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 37:2036-2046, 2005.

BODINE, S. C. et al. Identification of ubiquitin ligases required for skeletal muscle atrophy. *Science* 294:1704-1708, 2001.

BOSSOLA, M. et al. Increased muscle proteasome activity correlates with disease severity in gastric cancer patients. *Annals of Surgery* 237:384-389, 2003.

BRAHIMI-HORN, C.; CHICHE, J. Hypoxia and cancer. *Journal of Molecular Medicine*. 85:1301-1307, 2007.

BUI, T. et al. Cancer's sweet tooth. *Cancer Cell* 9: 419 – 420, 2006.

BUSQUETS, S. et al. In the rat, tumor necrosis factor- α administration results in an increase in both UCP2 and UCP3 mRNA in skeletal muscle: a possible mechanism for cytokine-induced thermogenesis. *FEBS Lett* 440: 348–350, 1998.

DIMARCO, S. et al. NF-KB mediated MyoD decay during muscle wasting requires nitric oxide synthase mRNA stabilization, HuR protein and nitric oxide release. *Journal of Molecular Cell Biology* . 25:6533–6545, 2005.

ELEY, H.L.; TISDALE, M.J. Skeletal muscle atrophy, a link between depression of protein synthesis and increase in degradation. *Journal of Biological Chemistry*. 282: 7087–7097, 2007.

HEIDEN, M.; CANTLEY, L. Understanding the Warburg Effect: The Metabolic Requirements of Cell Proliferation. *Science* 324:1029-1033, 2009.

MATRIZ ALIMENTAR E EFEITO QUIMIOPREVENTIVO DOS FITOQUÍMICOS

Fabio da Silva Gomes

Área de Alimentação, Nutrição e Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância Instituto Nacional de Câncer – RJ
fabiog@inca.gov.br

Vários fitoquímicos possuem um efeito protetor contra a carcinogênese e estes compostos podem ser encontrados em quase todas as frutas, legumes e verduras (FLV). Além disso, para cada novo composto encontrado na natureza existe um suplemento a ser desenvolvido para reproduzir a sua proteção. Com o intuito de subsidiar a discussão sobre os mecanismos de ação dos fitoquímicos relacionados à proteção contra o câncer no que diz respeito à matriz alimentar, foi feita uma revisão das evidências científicas da última década, incluindo estudos epidemiológicos e ensaios experimentais. Segundo a literatura, existem mais de 300 estudos epidemiológicos de base populacional mostrando um efeito protetor das FLV contra vários tipos de câncer. Experimentos *in vivo* e *in vitro* também têm elucidado os mecanismos de ações de quimiopreventivos encontrados nas FLV: regulação do ciclo celular; supressão da proliferação celular; proteção contra agentes cancerígenos; entre outros. Por outro lado, os efeitos não foram reproduzidos com sucesso usando suplementos como veículo de ingestão, e várias explicações têm sido propostas: o efeito exige uma ação sinérgica de múltiplos quimiopreventivos, não encontrada em suplementos com compostos isolados; e alguns quimiopreventivos têm um efeito nulo ou adverso quando se encontram em concentrações extremamente elevadas. As evidências destacam a importância de variar a composição das refeições, não suportando a hipótese de efeito protetor de suplementos de quimiopreventivos, e alguns estudos mostram efeitos adversos.

AValiação Nutricional no Paciente Adulto Cirúrgico e Clínico: MÉTODOS, CRITÉRIOS E FREQUÊNCIA

Dra. M. Cristina Gonzalez

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Universidade Católica de Pelotas – RS

cristinagbs@hotmail.com

A avaliação nutricional no paciente clínico e cirúrgico é de extrema importância, uma vez que pode levar a uma redução na qualidade de vida, menor atividade física, aumento das reações adversas e diminuição da resposta ao tratamento, conseqüentemente, reduzindo a sobrevida.¹ Os métodos utilizados na avaliação nutricional podem ser tanto subjetivos como objetivos. Existe uma versão da avaliação subjetiva global especialmente adaptada para este tipo de paciente, a avaliação subjetiva global produzida pelo paciente, na qual sintomas e fatores catabólicos presentes neste tipo de paciente também contribuem no diagnóstico nutricional.² A antropometria, com parâmetros laboratoriais, também pode ser utilizada, sendo complementadas pela anamnese clínica e alimentar, assim como pelo exame físico. Todos os pacientes oncológicos, sejam clínicos ou cirúrgicos, tratados no hospital ou em ambulatório, devem ter seu risco nutricional avaliado inicialmente. São considerados pacientes de risco nutricional aqueles que apresentarem escore ≥ 2 ; pacientes com ingestão $< 60\%$ das suas necessidades; tumores localizados no trato gastrointestinal e pulmão³ e aqueles com perda de peso significativa ou desnutrição moderada ou grave já instalada. A frequência da avaliação nutricional no ambulatório vai ser determinada pela presença ou não de risco nutricional (15/15 dias ou 30/30dias), porém, no hospital os pacientes devem ser monitorados diariamente (com anamnese alimentar, exame físico e clínico) ou semanalmente (peso e avaliação antropométrica). Estes cuidados devem orientar a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional a intervir precocemente nestes pacientes, visando preservar seu estado nutricional e qualidade de vida, assim como melhorar a resposta ao tratamento.

Referências

ARENDS, J.; BODOKY, G.; BOZZETTI, F. et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Journal of Clinical Nutrition*, 2006;25:245-259.

BAUER, J.; CAPRA, S.; FERGUSON, M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2002;56:779-85.

KHALID, U.; SPIRO, A.; BALDWIN, C. et al. Symptoms and weight loss in patients with gastrointestinal and lung cancer at presentation. *Support Care Cance*, 2007;15:39-46.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO PACIENTE PEDIÁTRICO CIRÚRGICO E CLÍNICO: MÉTODOS, CRITÉRIOS E FREQUÊNCIA

Nut. Luciane Beitler da Cruz
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS
lcruz@hcpa.ufrgs.br

A avaliação do estado nutricional (EN) é o primeiro passo no atendimento nutricional da criança e do adolescente com câncer. Envolve antropometria, exame físico, avaliação laboratorial e estimativa da ingestão calórica habitual. A antropometria consiste em peso, estatura, circunferência do braço, circunferência muscular do braço, dobra cutânea tricipital e perímetro cefálico para lactentes, avaliados pelos índices de P/E, E/I, P/I e IMC, em Escore Z ou percentis, classificados segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2006, 2007. Considera-se risco nutricional quando estes índices se encontram entre os desvios padrões -1 e -2 ou entre os percentis 10 e 3 ou quando houver perda de peso recente superior a 5% do peso habitual, acompanhada de algum sintoma gastrointestinal. Quanto aos dados laboratoriais, recomenda-se verificar no mínimo hematócrito, albumina, cálcio, creatinina, ureia, glicose, sódio e potássio, considerando-se fator de risco albumina sérica inferior a 3,2g/dL. Em relação à ingestão calórica habitual considera-se risco um consumo inferior a 70% das necessidades por 3 a 5 dias consecutivos. Os pacientes eutróficos, pré-cirúrgicos ou clínicos, na abertura de prontuário a nível ambulatorial, devem ser avaliados a cada 30 dias, sendo que, se apresentarem risco nutricional, o prazo passa para a cada 15 dias, e, na internação, a cada 7 dias. Os pacientes pós-cirúrgicos eutróficos devem ser reavaliados a cada 15 dias e, em risco, a cada 7 dias. Todos os pacientes pediátricos devem ter avaliação do EN de rotina, utilizando-se preferencialmente estes parâmetros sugeridos pelo Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, com o objetivo de acompanhar o crescimento e corrigir possíveis déficits nutricionais.

Referências

LIPKIN, A. C.; LENSSEN, P.; DICKSON, B. J. Nutrition issues in hematopoietic stem cell transplantation: state of the art. *Nutrition in Clinical Practice*, Aug/2005; 20(4):423-39.

ONIS, M.; ONYANGO, A. W.; BIRGHI, E.; SIYAM, A.; NISHIDA, C.; SIEKMANN, J. Development of a growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007;85(9):660-67.

WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development.

WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

IMPACTO DA MASTECTOMIA E SUAS POSSÍVEIS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS

Illana Gravino da Fonseca Villela
Psicóloga, especialista em psicanálise
Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer – RJ
illanagfv@hotmail.com

A cada dia que passa, a sociedade ocidental estabelece novos padrões de beleza e as mulheres passam a ser escravas para alcançar o corpo perfeito. Muitas vezes, para isso colocam sua saúde em risco com cirurgias desnecessárias e dietas sem qualquer orientação. Estar sempre bela e feliz passou a ser a lei que vigora como um imperativo superegoico. Seja feliz, esteja sempre bem, magra e bela a qualquer preço. Diante deste imperativo imposto pela sociedade o que fazer ao receber o diagnóstico de câncer de mama? Além do forte impacto provocado pelo diagnóstico, tem também os estigmas decorrentes da doença. Sem contar a perda de um órgão que possui várias representações para a feminilidade, e a necessidade de uma cirurgia mutiladora, a mastectomia, que afasta a mulher ainda mais do corpo desejado. Este trabalho tem como objetivo apresentar a rotina pré-cirúrgica realizada pelas pacientes que irão submeter-se a procedimentos cirúrgicos no Instituto Nacional de Câncer (Hospital do Câncer III), a partir de uma visão psicológica respaldada em uma leitura psicanalítica, a fim de apresentar as implicações subjetivas do câncer de mama e da mastectomia para a mulher.

Referências

FREUD, S. Luto e melancolia, 1917-1915. Em Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução.,1914 Em Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas.

LACAN, J. Escritos Em Campo Freudiano no Brasil Editora Jorge Zahar.

TERAPIA NUTRICIONAL NO PACIENTE ADULTO: INDICAÇÃO, MONITORAMENTO E DESMAME

Lúcia Varjão
Hospital Aristides Maltez – BA
nutricao@aristidesmaltez.org.br
lucia.varjao@uol.com.br

A desnutrição calórica-proteica é a mais frequente comorbidade no câncer e a caquexia é inerente às formas disseminadas de quase todas as entidades desta natureza. As enfermidades malignas comprometem o estado nutricional através de múltiplas vias, relacionadas aos mecanismos ligados à doença ou à própria terapêutica utilizada. A Terapia Nutricional tem como objetivo prevenir ou reverter o declínio do estado nutricional, evitar a progressão para um quadro de caquexia, auxiliar no manejo dos sintomas, melhorar o balanço nitrogenado, reduzir a proteólise, aumentar a resposta imune. Uma detecção precoce das alterações nutricionais permite intervenção em momento oportuno, prevenindo ou revertendo o declínio do estado nutricional. As consequências da desnutrição na morbidade e mortalidade dos pacientes neoplásicos estão bem definidas e têm um grande impacto negativo, tanto por suas complicações na tolerância e aceitação dos tratamentos antineoplásicos, como pelo curso evolutivo posterior às intervenções cirúrgicas, assim como por afetar a qualidade de vida e a sobrevivência destes pacientes.

Referências

- CARO, M. M. M. et. al. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition*, v.26, p.289-301, 2007.
- DAVIES, M. Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing*. v.9, p. 564-573, 2005.
- STRATO, R. J.; GREEN, C. J. ELIA, M. Disease-related malnutrition: evidence-based approach to treatment. *Wallingford, UK, CAB International*, 2003.

TERAPIA NUTRICIONAL: INDICAÇÃO, MONITORAMENTO E DESMAME – PEDIATRIA

Carin Weirich Gallon
Fundação Universidade de Caxias do Sul/HG –RS
carin_nutri@terra.com.br

O tratamento do câncer, assim como a própria doença, tem efeitos agressivos para o paciente, deixando o organismo vulnerável e debilitado, aumentando o risco de comprometimento nutricional. Sabe-se que as principais complicações nutricionais no paciente oncológico envolvem a caquexia, a desnutrição associada à alteração da qualidade de vida e redução da sobrevida, as alterações no trato gastrointestinal e as manifestações clínicas orais, tendo como consequências a diminuição da tolerância ao tratamento, aumento da taxa de infecção, aumento da morbidade e mortalidade, diminuição da imunidade, piora do prognóstico e a diminuição da qualidade de vida. Portanto, é necessário que se possa, de forma objetiva, estabelecer a aplicação prática de alguns conceitos baseados em evidências científicas para auxiliar na decisão da terapia nutricional (TN) mais adequada ao paciente. A TN no paciente oncológico pediátrico tem como objetivo reverter a desnutrição, promover o crescimento e desenvolvimento normal da criança e melhorar a resposta imunológica e a tolerância ao tratamento. Deve fazer parte do plano terapêutico de todos os pacientes com risco nutricional e/ou presença de desnutrição, levando-se em consideração a indicação, o início da TN, a escolha adequada da via de administração, o monitoramento como resposta da terapia e o desmame da mesma. A decisão para a TN dependerá da situação que envolve o paciente. Portanto, o melhor método é aquele que, considerando as diferentes circunstâncias, proporciona menor risco e maior eficiência para a obtenção do melhor custo-benefício, além da complacência do paciente e seus familiares e experiência da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN).

Referências

ASPEN. Nutrition Support Practice Manual, 1998.

ESPEN Guidelines on enteral Nutrition. in: Non-surgical oncology. *Journal of Clinical Nutrition*. 2006;25:245-259.

GARÓFOLO, A. Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica. *Review of Nutrition*, Campinas, v. 18, n. 4, jul./ago. 2005.

LADAS, E.J.; SACKS, N.; BROPHY, P.; ROGERS, P.C. Standards of nutritional care in pediatric oncology: results from a nationwide survey on the standards of practice in pediatric oncology. A Children's Oncology Group study. *Pediatric Blood Cancer.*, 2006 Mar; 46(3):339-44.

LOPEZ, F. A.; DIAS, A. L. Nutrição e dietética em clínica pediátrica. Brasil: Atheneu, 2004.

ONIS, M. et al. World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 85, p. 660-7, 2007.

PINHO, N.; PACHECO, S.; BALUZ, K.; OLIVEIRA, A. Manual de nutrição oncológica – Bases clínicas. [S. l.]: Atheneu, 2004.

CONCEITUANDO A FERIDA ONCOLÓGICA

Dr. Juliano Sbalchiero

Médico do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia do INCA – RJ

Médico do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFRJ – RJ

jsbalchiero@terra.com.br

As feridas oncológicas se caracterizam por exposições de tecido conjuntivo e partes moles, podendo atingir estruturas ósseas e neurovasculares, dependendo da gravidade, associadas à doença neoplásica em atividade ou como consequência de seu tratamento. Constituem sempre uma situação de alta complexidade para o tratamento, não apenas pela adversidade das condições locais como também pelo frequente comprometimento clínico do paciente e sua repercussão deletéria nos mecanismos de reparo celular e cicatrização. Os fatores locais que interferem de modo mais importante são a presença de infecção nos tecidos e a história de tratamento radioterápico, sendo este último de efeito permanente e evolutivo, ocasionando um déficit na capacidade do tecido de responder adequadamente ao processo de cicatrização devido ao dano das células endoteliais a nível de DNA. Do ponto de vista sistêmico, são importantes fatores como o aspecto nutricional do indivíduo, usualmente sem condições adequadas de ingesta e aporte proteico, calórico e de oligoelementos como zinco. A concomitância de condições clínicas crônicas como diabetes e obesidade, além do tabagismo, também pode afetar o processo de cicatrização de forma considerável. A conduta no tocante à indicação cirúrgica ou tratamento conservador se baseia na possibilidade de ressecabilidade da lesão, necessidade de reconstrução e capacidade do paciente de responder de forma positiva ao tratamento proposto.

CURATIVOS: DO AÇÚCAR À BIOTECNOLOGIA

Enfermeira Tereza Giannini

Hospital do Câncer I/Instituto Nacional de Câncer – RJ
comcurativos.hc1@inca.gov.br

Na busca de uma metodologia que acelerasse o processo de cicatrização de lesões cutâneas, vários estudos mostraram, nos últimos anos, que a manutenção da umidade do leito de uma lesão facilitaria esse processo, sendo o uso de substâncias tópicas intensamente aprofundado. A limpeza é a etapa principal para iniciar o processo de recuperação de uma lesão cutânea. A ação de limpar pode ser iniciada com a simples irrigação de uma solução, podendo complementar-se com o uso de artifícios mecânicos. O leito da lesão, as margens, a quantidade, o aspecto, a cor e o odor do exsudato devem ser considerados, pois estão ancorados na utilização das coberturas primárias. As coberturas das lesões fechadas por primeira intenção têm por finalidade a proteção contra traumas e devem ser conservadas limpas e secas. As coberturas primárias para lesões em processo de cicatrização por segunda ou terceira intenção devem desempenhar ação de limpeza e acelerar o processo de cicatrização. Ao enfermeiro cabe o cuidado da lesão cutânea, assegurando seu restabelecimento pela realização da avaliação da lesão, e a busca de sinais que possam prejudicar o processo cicatricial, garantindo a qualidade de vida do paciente e sua reabilitação ao convívio social e familiar, agindo atrelado a julgamentos individualizados e ações ponderadas que permitam considerar os recursos materiais disponíveis, a equipe multidisciplinar e as peculiaridades da instituição.

Referências

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras; 3ª ed., São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E.; Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas - São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

ABORDAGEM NUTRICIONAL NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS NO PACIENTE ADULTO

Viviane Dias Rodrigues

Nutricionista do Instituto Nacional de Câncer – RJ

nutrivdias@hotmail.com

Durante o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) ocorrem duas situações distintas e simultâneas: a diminuição da ingestão oral de alimentos e o aumento das necessidades metabólicas, que irão interferir no estado nutricional do paciente. Um exame clínico e um interrogatório simples, assim como avaliação antropométrica e indicadores de risco nutricional, devem ser utilizados para avaliar e detectar este tipo de população, nas diferentes etapas do TCTH. A manutenção de um bom estado nutricional é de extrema importância em todo o processo do TCTH. Para que tal fato ocorra, é necessária uma oferta adequada de nutrientes. Na maioria dos centros de TCTH os protocolos de recomendação energético-proteicas são similares. Segundo critérios do *Fred Hutchinson Cancer Research Center*, centro de referência mundial em transplante, as necessidades energético-proteicas refletem o aumento do requerimento devido ao condicionamento, febre e outras complicações metabólicas, devendo estas serem estimadas a fim de prover substrato, com o objetivo de poupar perda de massa magra. Quanto à terapia nutricional (TN), esta deverá ser indicada imediatamente após diagnóstico de risco nutricional ou desnutrição. Depois de indicada, a TN poderá ser administrada por via oral, enteral ou parenteral, de acordo com a situação clínica do paciente, devendo a resposta desta terapia ser monitorada de forma individualizada e de acordo com os parâmetros da *American Society Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)*. Após o término do transplante faz-se necessário que esta população de pacientes seja acompanhada por um período de tempo, pois significativas diferenças existem na evolução destes pacientes nos diferentes tipos de transplantes.

Referências

AKER, S. N.; LENSSEN, P. Nutritional support of patients with hematologic malignancies. In: HOFFMANN, R.; BENZ, E. J.; SHATTIL, S. J. et al. *Hematology: basic principles and practice*. 2. ed. *New York: Churchill Livingstone*, 1995. p. 413-1482.

ANDERS, J. C.; SOLER, V. M.; BRANDÃO, E. M. et al. Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e serviço social no transplante de medula óssea. *Medicina*, (Ribeirão Preto), vol. 33, p. 463-85, out/dez., 2000.

ASPEN. American Society of Parenteral and Enteral Nutrition., 2002

ASPEN. American Society of Parenteral and Enteral Nutrition., 1998

CHENEY, C. L.; ABSON, K. G.; AKER, S. N. et al. Body composition changes in marrow transplant recipients receiving total parenteral nutrition. *Cancer*, vol. 59, p. 1515-19, 1987.

DICLEHAN, U.; BULEN, M.; MUGE, A. Et al. Evaluation of Nutritional Status in Cancer Patients Receiving Radiotherapy: A Prospective Study. *American Journal of Clinical Oncology*. 29(2):183-188, April, 2006.

Fred Hutchinson Cancer Research Center, BMT/PBSCT. Nutrition Care Criteria, *Seattle, Washington*, 1985

MUSCARATOLI, M.; GRIECO, G.; CAPRIA, S. et al. Nutritional and metabolic support in patients undergoing bone marrow transplantation. *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 75, p. 183-90, 2002.

ROBERTS, S. Bone Marrow Transplantation. In: Nutrition support dietetics, core curriculum. 2° ed. ASPEN, 1993. p.423-32.

SCHLOERB, P. R.; AMARE, M. Total parenteral nutrition with glutamine in bone marrow transplantation and other clinical applications. *Journal Parenteral and enteral nutrition*, vol. 17, p. 407-13, 1993.

WEISDORF, S. A.; LYSNE, J.; WIND, D. et al. Positive effect of prophylactic total nutrition parenteral nutrition on long-term outcome of bone marrow transplantation. *Transplantation*, vol. 43, p.833-38, 1987.

BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Dr. Carlos Henrique Debenedito Silva
Hospital do Câncer IV/Instituto Nacional de Câncer – RJ
chdsilva@inca.gov.br

“Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar”¹. Refere-se às condutas humanas, dependentes das normas morais que existem na consciência individual. Diferentes pontos de vista determinam diferentes respostas das pessoas frente aos semelhantes. Essas normas morais estão sempre presentes nas nossas vidas norteando a análise dos problemas. Os sistemas morais pluralistas permitem análises diferenciadas do mesmo ato. O que para alguns é correto, para outros será imoral. Igualmente, a liberdade humana não é real, pois está condicionada a uma sociedade onde existe pressão social, cultural ou laborativa. A ética e a moral são campos que permitem à pessoa basear seu critério, conservando sua consciência, estando os problemas na incompatibilidade entre a liberdade humana e as normas morais, quer dizer, entre o ser e o dever ser. A tese errônea de que “o fim justifica os meios” explica as “boas intenções” – parte interior das pessoas, mas que descuida das finalidades externas desse ato. O que se faz por obrigação moral perde no mérito e na possibilidade de sermos nós mesmos. A Bioética nasce nas raízes ideológicas das ruínas da Segunda Guerra Mundial, quando estimulou nossa consciência a uma profunda reflexão, no intuito de estabelecer a fronteira entre a ética e o comportamento. Desde então estimulou a exigência de uma ética biomédica, fundamentada nas razões e valores objetivos da vida e da pessoa.

¹Reich W.T. Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillian, 1995:XXI.

SINAIS E SINTOMAS: COMO TRATAR?

Diana Borges Dock Nascimento
Departamento de Alimentos e Nutrição/Faculdade de Nutrição/
Universidade Federal de Mato Grosso – MT
dianadock@hotmail.com

Pacientes em tratamento antitumoral apresentam vários sinais e sintomas que levam à diminuição da ingestão diária de nutrientes, resultando em desnutrição proteico-calórica moderada a grave. A perda de peso antes do diagnóstico da doença maligna atinge de 31% a 87% dos pacientes. Cerca de 20% desses pacientes morrem em decorrência da desnutrição e não do câncer. A desnutrição leva ao aumento da morbimortalidade e da toxicidade causada pela quimio e radioterapia, resultando em aumento no tempo de internação e dos custos hospitalares. Um estudo recente mostrou que 90,7% dos pacientes apresentavam perda de peso e 96,4% manifestavam complicações como anorexia (70,9%), transtornos gastrointestinais (32,6%), disgeusia e disfagia (40,5%). Um outro estudo semelhante mostrou que 54% dos casos apresentava anorexia, 39% náuseas/vômitos, 33% disgeusia/disosmia, 23% disfagia/odinofagia, 50% apresentou diarreia e a saciedade precoce foi a queixa de 41% dos pacientes. Outras complicações como trismo, xerostomia, enterite, mucosite e neutropenia podem estar presentes. Mais da metade dos pacientes necessita de aconselhamento nutricional e controle dos sintomas que interferem na ingestão de alimentos. Pequenas e frequentes modificações, como o aumento da densidade calórica da dieta e o uso de suplementos nutricionais, devem ser encorajados para melhorar a condição clínica e nutricional do doente oncológico. Ravasco *et al.* (2003, 2005a, 2005b) mostraram que o aconselhamento nutricional é fundamental para aumentar a ingestão calórico-proteica e diminuir os sinais e sintomas em pacientes oncológicos.

Referências

AMERICAN SOCIETY OF PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION. The ASPEN Nutrition support core curriculum: a case-based approach- the adult patient. 2. ed. *United States of America: Managing* 2007. 824 p.

BOZZETTI, F. on behalf of the SCRINIO Working Group. Screening the nutritional status in oncology: a preliminary report on 1000 outpatients. *Supportive Care in Cancer*. No prelo.

CHUTE, C. G.; GREENBERG, E. R.; BARON, J.; KORSON, R.; BAKER, J.; YATES, J. Presenting conditions of 1539 population-based lung cancer patients by cell type and stage in New Hampshire and Vermont. *Cancer*, v. 56, p. 2107-2111, 1985.

OTTERY, F. D. Cancer cachexia: prevention, early diagnosis and management. *Cancer Practice*, v. 2, n. 2, p. 123-131, 1994.

RAVASCO, P.; MONTEIRO-GRILLO, I.; CAMILO, M. E. Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? *Radiother Oncology*, v. 67, p. 213-220, 2003.

RAVASCO, P.; MONTEIRO-GRILLO, I.; VIDAL, P. M.; CAMILO, M. E. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, v. 23, p. 1431-1438, 2005a.

RAVASCO P.; MONTEIRO-GRILLO I.; VIDAL P. M.; CAMILO M. E. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head & Neck*, v.27, n. 8, p.659-668, 2005b.

SANZ-ORTIZ, J.; NOGUEIRA, J. A. M.; MATEOS, A. G. L. Protein energy malnutrition (PEM) in cancer patients. *Clinical & Translation Oncology*, v. 10, n. 9, p. 579-582, 2008.

SENESSE, P.; ASSENAT, E.; SCHNEIDER, S.; CHARGARI, C.; MAGNÉ, N.; AZRIA, D.; HÉBUTERNE, X. Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: who could benefit? *Cancer Treatment Reviews*, v. 34, n. 6, p. 568-575, 2008.

WIGMORE, S. J.; PLESTER, C. E.; RICHARDSON, R. A.; FEARON, K. C. H. Changes in nutritional status associated with unresectable pancreatic cancer. *British Journal of Cancer*, v. 75, n. 1, p. 106-109, 1997.

BIOÉTICA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Dra. Débora Wylson F.G. Mattos
Instituto Nacional de Câncer – RJ
deborawylson@hotmail.com

Introdução: a Bioética surgiu há cerca de 30 anos, com objetivos, entre outros, de garantir sobrevivência humana e qualidade de vida frente à tecnologia que se impõe. Trata-se de uma ética aplicada, que visa solucionar os conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde. A Bioética amplia a sua abrangência ao refletir proativamente sobre novas situações, utilizando um amplo referencial teórico para dar suporte às suas discussões. Discutir os dilemas éticos em oncologia pediátrica apresenta particularidades em relação à oncologia clínica, e estas diferenças têm que ser levadas em conta nas importantes decisões médicas, priorizando o paciente e respeitando a sua autonomia. **Objetivo:** descrever a implementação e a dinâmica do fórum de bioética na prática de um serviço de oncologia pediátrica e analisar os temas recorrentes. Em dezembro de 2007 foi criado o grupo de bioética do INCA, com a coordenação do Dr. Fermin Roland Schramm e com a participação de membros da equipe multidisciplinar. Neste período foram realizadas dez reuniões, uma a cada mês, incluindo a apresentação e análise do caso, seu detalhamento e explicação, tendo em vista a construção de uma linguagem comum e o esclarecimento dos conceitos e problemas éticos envolvidos. As principais questões discutidas pelo grupo foram: parar tratamento ativo oncológico X utilização de tratamento fúteis em pacientes terminais e obstinação terapêutica; aspectos relacionados à autonomia da criança (quando a criança pode decidir); decisões visando o melhor interesse da criança; discordância entre pais e médicos/ pais e pacientes; dificuldades dos profissionais no manuseio de determinados casos. Todos os casos apresentados nas reuniões foram discutidos e solucionados de uma maneira lógica, sempre priorizando o paciente, respeitando a opinião de todos os profissionais presentes, mas pautando nos princípios da bioética. Um ponto central nestas discussões tem sido a ponderação entre riscos e benefícios, de várias ordens, feita em conjunto entre o prestador de serviços oncológicos e o paciente, partindo do pressuposto de que os dois atores são, até prova do contrário, pessoas autônomas racional e moralmente. Desta maneira, pode-se evitar preconceitos, a priori indiscutíveis, atitudes paternalistas desnecessárias, decisões autoritárias, dentre outras, ou seja, toda uma série de atitudes frente ao sofrimento e aos pacientes que a bioética secular permite justamente questionar. **Conclusão:** os conhecimentos e discussões gerados pela Bioética contribuíram para ampliar a noção de responsabilidade, ensinando a respeitar a autonomia da criança, lembrar que a criança doente é também vulnerável, necessitando de proteção, mas não é incapaz, e deve manifestar a sua vontade, participando sempre que possível das tomadas de decisões que dizem respeito à sua própria vida. Não podemos esquecer que o diálogo com o paciente e seus familiares é o pilar da boa prática em oncologia pediátrica.

AValiação Nutricional por meio de Bioimpedância Elétrica (BIA): Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH)

Kátia Baluz

Instituto Nacional de Câncer – RJ

katiabaluz@gmail.com

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) envolve, basicamente, quimioterapia e/ou radioterapia. Alterações na função da membrana celular induzidas pela terapia durante o TCTH poderiam limitar a utilização de nutrientes pelo organismo. Estudos mostram maior perda de massa celular corpórea (MCC) e melhor preditor de estado nutricional em adultos pós-TCTH. A avaliação nutricional antropométrica está comprometida neste período, independente do método utilizado, devido à influência de alterações hídricas no peso, na espessura das dobras cutâneas e na condução da corrente elétrica na bioimpedância (BIA). A hiper-hidratação pode existir antes mesmo dos sinais clínicos aparentes. A análise de vetor de bioimpedância (BIVA), método gráfico sofisticado, interpreta as informações da BIA e afere, simultaneamente, alterações hídricas e variações nos níveis de massa magra e da integridade de membrana, independente do estado de hidratação. A partir da identificação do paciente normo-hidratado, este método também autoriza a aplicação das fórmulas padrão e a fidedignidade dos valores de massa magra.

Referências

BARBOSA-SILVA, M. C. G.; BARROS, A. J. D. Bioelectrical impedance analysis in clinical practice: a new perspective on its use beyond body composition equations. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 2005,8:311-317.

LIPKIN, A. C.; LENSEN, P. Nutrition Issues in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: State of the art. *Nutrition in Clinical Practices*, v. 20, p.423-439, 2005.

PICOLLI, A.; NESCOLARDE, L. D.; ROSSEL, J. Conventional and vectoral analysis of bioimpedance in clinical practice. *Nefrologia*, n.XXII, p.228-238, 2002.

CIÊNCIA, GRANDES NEGÓCIOS, POLÍTICA E COMO PREVENIR O CÂNCER A PARTIR DA INFÂNCIA: EVIDÊNCIA PARA AÇÃO

Fabio da Silva Gomes
Área de Alimentação, Nutrição e Câncer/Coordenação de Prevenção e Vigilância
Instituto Nacional de Câncer – RJ
fabiog@inca.gov.br

Evidências epidemiológicas indicam que a alimentação adequada é fator prevenível de câncer, enquanto que a má alimentação contribui para 20% de todos os tipos de câncer em países em desenvolvimento. Evidências cada vez mais consistentes têm demonstrado que é possível prevenir o câncer por meio de mudanças no ambiente e nos modos de vida. A começar pelas primeiras fases do ciclo vital. Nos últimos 30 anos foram reunidas evidências convincentes de que mães que amamentam seus filhos exclusivamente até os seis meses reduzem o risco do amamentado se tornar obeso já na infância. O que aumentaria as chances da criança de se tornar um adulto com excesso de gordura corporal, com maior risco de desenvolver diversos tipos de câncer, conseqüentemente. As lactantes também se beneficiam da amamentação reduzindo seu risco de desenvolver um câncer de mama. Mesmo aquelas mães com forte predisposição genética se beneficiam da amamentação, uma vez que já foram evidenciadas inclusive relações de dose-resposta com o tempo de amamentação exclusiva. A principal inovação no campo da prevenção do câncer por meio da alimentação e nutrição não está na descoberta de um único alimento ou prática alimentar específica, ou de um composto quimiopreventivo especial; está, sim, na diversidade, na variedade e na descoberta e comprovação de mecanismos de ação já disponíveis na natureza, que ainda estavam ou estão por serem descobertos. Logo, as descobertas científicas também ressaltam a complexidade da relação do homem com o alimento e a necessidade de se resgatar práticas tradicionais subjugadas à modernização dessa relação.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ivany Alves Castanho

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)/Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ) – RJ
ivanvac@gmail.com

A avaliação nutricional é um pré-requisito para um cuidado adequado ao paciente com câncer. A desnutrição na doença avançada é multifatorial e envolve interações do tumor com aumento dos requerimentos de energia e/ou perda, a despeito de uma ingestão alimentar normal ou aumentada e está associada com a alteração da qualidade de vida e redução da sobrevida. A avaliação nutricional tem como objetivo principal identificar aqueles que necessitam de cuidados ou planos intervencionais podendo prevenir ou manejar de melhor forma a caquexia do câncer no cuidado paliativo.

Um plano de assistência nutricional somente terá sucesso em pacientes com câncer avançado se houver uma avaliação completa e acurada da situação do paciente e sua família, mediante informações relatadas, somadas com observações realizadas durante o atendimento. A avaliação ideal deve ser confiável, não invasiva, de baixo custo e simples de realizar. O sucesso da avaliação, entretanto, requer a padronização de ferramentas de avaliação, indicadores nutricionais e critérios para intervenção nutricional de acordo com a situação clínica do paciente atrelada à evolução da doença.

Referências

DONNELLY, S.; WALSH, D. Quality of life assessment in advanced cancer. *Palliative Medicine*, 1996; 10(4): 275-283.

FERGUSON, M.; CAPRA, S.; BAUER, J.; BANKS, M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition*. 1999; 15(6): 458-464.

JEEJEEBHOY, K. N.; MEGUID, M. M. Assessment of nutritional status in the oncologic patient. *Surgical Clinics in North America*. 1986; 66(6): 1077-1090.

JEEJEEBHOY, K. N.; DETSKY, A. S.; BAKER, J. P. Assessment of nutritional status. *JPEN Journal of Parenter Enteral Nutrition* 1990; 14(5 Suppl): 193S-196S.

OTTERY, F. D. Rethinking nutritional support of the cancer patient: The new field of nutritional oncology. *Seminars in Oncology*, 1994; 21(6): 770-778.

OTTERY, F. D. Supportive nutrition to prevent cachexia and improve quality of life. *Seminars in Oncology*, 1995; 22(2 Suppl 3): 98-111.

OTTERY, F. D. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*. 1996; 12(1Suppl): S15-S19.

RAVASCO, P.; GRILLO, I. M.; CAMILO, M. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling! *Clinical Nutritional* (2007) 26, 7-15.

SARHILL, N.; MAHMOUD, F. A.; CHRISTIE, R.; TAHIR, A. Assessment of nutritional status and fluid deficits in advanced cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. November/December 2003; V 20, N 6.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Wanélia Vieira Afonso
Centro Infantil Boldrini – Campinas, SP
nutricao@boldrini.org.br

A avaliação nutricional no paciente oncológico pediátrico em cuidados paliativos deve ser realizada com objetivo de manter o estado nutricional da criança em consonância com suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Embora seja comum encontrarmos algum grau de desnutrição neste pacientes em decorrência da agressividade da terapia ao qual foi submetido e da progressão da doença, a reabilitação nutricional não deve ser o foco principal na assistência. É necessário promover primeiramente a sensação de bem-estar e conforto, o alívio dos sinais e sintomas gastrointestinais e a qualidade de vida desta criança. Desta forma, as medidas antropométricas e bioquímicas tornam-se desnecessárias devido às suas condições clínicas, podendo mascarar a depleção ponderal e o estado hipercatabólico presente neste momento. Sendo assim, podem ser poupados desta avaliação. A anamnese clínica e dietética sistemática têm-se mostrado, na prática clínica, como um método bastante adequado no cuidado nutricional no fim da vida, lembrando que a dificuldade para se alimentar pode ser autolimitada. Desta forma é necessário estar atento à capacidade da criança em se alimentar, seu grau de desconforto, dor, nível de consciência e suas preferências alimentares para um planejamento dietético eficaz. Importante ressaltar a necessidade da assistência multiprofissional integrada com paciente e família durante todo o processo de avaliação e condutas nutricionais.

Referências

BEARDSMORE, S.; FITZMAURICE, N. Palliative care in paediatric oncology. *European Journal of Cancer* 2002 Sep;38(14):1900-7

HINDS, P. S.; DREW, D.; OAKES, L. L.; FOULADI, M.; SPUNT, S. L.; CHURCH, C.; FURMAN, W. L. End-of-life care preferences of pediatric patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 23(36): 9146-54.

KLOPFENSTEIN, K. J.; HUTCHISON, C.; CLARK, C.; YOUNG, D.; RUYMANN, F. B. Variables influencing end-of-life care in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 2001; 23(8): 481-6.

KURASHIMA, A. Y.; DE CAMARGO, B. Palliative and terminal care for dying children. *Medical and Pediatric Oncology*. 2003; 40(1): 72.

SANTUCCI, G.; MACK, J. W. Common gastrointestinal symptoms in pediatric palliative care: nausea, vomiting, constipation, anorexia, cachexia. *Pediatric Clinics of North America*, 2007; 54(5): 673-89.

A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Mônica de Oliveira Benarroz
Hospital do Câncer IV/ Instituto Nacional de Câncer – RJ
monicabenarroz@hotmail.com

Desde a década de 1980, o termo “promoção da saúde” tem sido enfatizado na tentativa de implementar um modelo de assistência que transcenda a medicina meramente curativa, com nítido intuito de resgatar a concepção da saúde, a partir de políticas públicas sem um foco direcionado para a prevenção. Seu conceito baseia-se nos determinantes da saúde e não apenas na ausência de doença. Está respaldado nas concepções holísticas das condições de vida individual e coletiva e não nos serviços clínico-assistenciais. Por tratar-se de uma concepção holística, assemelha-se à proposta dos cuidados paliativos, que foi definida como um modelo de assistência que tem foco na qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam uma doença sem possibilidade de cura, atuando através da prevenção e alívio do sofrimento na dimensão física, psicossocial e espiritual. Os cuidados paliativos estão pautados na humanização do atendimento, na capacitação de profissionais e cuidadores para lidarem com o doente, priorizando a qualidade de vida e seu suporte terapêutico até o óbito. A nutrição tem um papel relevante na promoção da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos, auxiliando nas estratégias terapêuticas, possibilitando meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e dando novo significado ao alimento, além de auxiliar no controle de sintomas.

COMO ESTIMAR NECESSIDADES NUTRICIONAIS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Cristina Matioski
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR
acmatioski@yahoo.com.br

Considerando o fato de que a terapia nutricional tem por objetivo manter ou restaurar a saúde, e que no paciente em fase terminal a sua saúde não poderá ser mantida ou restaurada, as recomendações nutricionais para pacientes oncológicos pediátricos em cuidados paliativos servem como parâmetros para a condução do atendimento nutricional, porém, nem sempre como meta a ser alcançada. As condições clínicas do paciente, sua aceitação e tolerância constituem os principais critérios para a determinação da terapia nutricional e seu monitoramento e progressão. No entanto, em pacientes cuja avaliação clínica e dietética permita um planejamento nutricional com base no cálculo das estimativas nutricionais, a terapia nutricional poderá servir como ferramenta válida para o acompanhamento. Assim, para a estimativa das necessidades calóricas pode se tomar por referência a *Dietary Reference Intake 2006* (DRIs) considerando para tal a idade, sexo, fator atividade e ajustes em relação ao peso atual, quando necessário, e Holliday and Segar (1957), cujo cálculo deverá ser realizado com base no peso corporal do paciente. Para as recomendações proteicas, o cálculo considera a faixa etária e as respectivas necessidades proteicas, podendo ser adaptado conforme a sintomatologia apresentada pela criança (ASPEN, 2002). As necessidades hídricas deverão atender ao peso corporal, sendo administrada de acordo com a tolerância e sintomatologia do paciente, acrescentando perdas dinâmicas e descontando retenções hídricas (ASPEN, 2002).

Referências

ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2002; 26S: 1SA-8SA.

HOLLIDAY, M. A.; SEGAR, W. E. The Maintenance Need for Water in Parenteral Fluid Therapy. *Pediatrics* 1957;19; pg 823-832.

Institute of Medicine. Dietary reference intakes; the essential guide to nutrient requirements. *Washington (DC)*: National Academy Press; 2006.

A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Wanélia Vieira Afonso
Centro Infantil Boldrini – Campinas, SP
nutricao@boldrini.org.br

O atendimento nutricional humanizado na prática assistencial ao paciente pediátrico em cuidados paliativos é fundamental para proporcionar relativo equilíbrio, conforto e bem-estar tanto para criança/adolescente como seus cuidadores. O seguimento nutricional individualizado baseado num relacionamento estreito, de confiança entre o profissional de nutrição, família e paciente, é essencial para adequação de uma alimentação satisfatória. A periodicidade do acompanhamento nutricional na fase terminal, aliada ao conhecimento técnico-científico, permite minimizar o desconforto causado pela alternância de sintomatologia apresentada como constipação, diarreia, inapetência, dor oncológica, xerostomia, dispneia, odinofagia, disfagia, náuseas, vômitos e hiperglicemia, trazendo alívio e melhor qualidade de vida a essas crianças. É consenso entre profissionais da área que o acompanhamento nutricional ativo e orientação nutricional com foco no respeito aos princípios da autonomia, e não na recuperação do estado nutricional, tranquiliza pacientes e cuidadores. Sendo assim, a disponibilidade para atendimento ambulatorial, seja por condições clínicas ou pela procura voluntária, deve ser prioridade da equipe que se predispõe a atender indivíduos em cuidados paliativos.

Referências

- BEARDSMORE, S.; FITZMAURICE, N. Palliative care in paediatric oncology. *European Journal of Cancer*, 2002 Sep.; 38(14):1900-7
- GOLAN, H.; BIELORAI, B.; GREBLER, D.; IZRAELI, S.; RECHAVI, G.; TOREN, A. Integration of a palliative and terminal care center into a comprehensive pediatric oncology department. *Pediatric Blood Cancer*, 2008; 50(5): 949-55.
- KLOPFENSTEIN, K. J.; HUTCHISON, C.; CLARK, C.; YOUNG, D.; RUYMANN, F. B. Variables influencing end-of-life care in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 2001; 23(8): 481-6.
- KURASHIMA, A. Y.; DE CAMARGO, B. Palliative and terminal care for dying children. *Medical and Pediatric Oncology*, 2003; 40(1): 72.
- MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos, In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e Cuidados Paliativos. Edições Loyola, 3ª ed., São Paulo, p. 167-180, 2006.
- POSTOVSKY, S.; BEN ARUSH, M. W. Care of a child dying of cancer: the role of the palliative care team in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 2004; 21(1): 67-76.

NUTRIÇÃO PERIOPERATÓRIA NO DOENTE ONCOLÓGICO

Antônio Carlos L. Campos; Alessandra M. Borges
Universidade Federal do Paraná – PR
accampos@ufpr.br

A desnutrição energético-proteica é bastante frequente em pacientes com câncer (30% a 50%). A terapia nutricional no câncer tem como objetivos: prevenir desnutrição, aumentar a eficácia do tratamento e reduzir seus efeitos adversos, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Ela pode ser realizada no câncer mediante suplementação via oral, nutrição enteral, nutrição parenteral ou associação deles. As diretrizes da ESPEN (*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition*) sugerem que pacientes com desnutrição grave deverão receber terapia nutricional por 10 a 14 dias antes do procedimento cirúrgico. Nos pacientes sem desnutrição aparente, porém com ingesta alimentar insuficiente, o suporte deve ser oferecido por 7 a 10 dias no pré-operatório. As dietas imunomoduladoras (enriquecidas com arginina, glutamina, ácidos graxos ômega-3, dentre outros) associam-se à redução das complicações infecciosas pós-operatórias e a um menor tempo de hospitalização, por estimularem o sistema imunológico e melhorarem o estado nutricional. Isto também foi demonstrado por Braga e colaboradores em diversos estudos em pacientes oncológicos. A nutrição parenteral deverá ser indicada nos casos de desnutrição grave, candidatos à cirurgia de grande porte, nos quais a via enteral não seja viável. Sob o ponto de vista prático, sempre que o tubo digestivo for acessível, deve-se preferir a nutrição enteral com dietas poliméricas. Conclui-se que a terapia nutricional atenua a repercussão do câncer sobre o estado nutricional, melhora resultados clínicos pós-operatórios, favorece a terapêutica antitumoral e melhora a qualidade de vida desses pacientes.

Referências

BRAGA, M.; GIANOTTI, L.; RADAELLI, G.; VIGNALI, A.; MARI, G.; GENTILINI, O.; DI CARLO, V. Perioperative immunonutrition in patients undergoing cancer surgery: results of a randomized double-blind phase 3 trial. *Archives of Surgery* 1999;134(4):428-33.

CAMPOS, A. C.; MEGUID, M. A critical appraisal of the use of perioperative nutritional support. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992; 55:117-130.

WEIMANN, A.; BRAGA, M.; HARSANYI, L.; LAVIANO, A. LJUNGQVIST, O.; SOETERS, P.; DGEM (German Society for Nutritional Medicine); JAUCH, K. W.; KEMEN, M.; HIESMAYR, J. M.; HORBACH, T.; KUSE, E. R.; VESTWEBER, K. H.; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clinical Nutrition*, 2006; 25(2):224-4.

VITAMINAS E MINERAIS

Maria Laura Andrade Pereira Ribeiro
Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO) – Porto, Portugal
laura.ribeiro@sapo.pt

As vitaminas e os minerais são micronutrientes essenciais ao bom funcionamento orgânico, desempenhando um papel preponderante no crescimento e desenvolvimento em idade pediátrica. É por isso fundamental garantir um fornecimento adequado destes nutrientes, o que pode ser conseguido através de uma alimentação equilibrada. No entanto, quando isto não é possível, está indicada e torna-se necessária a utilização de suplementos vitamínicos e minerais, de forma a prevenir e/ou tratar eventuais déficits nutricionais daqueles elementos. Os suplementos vitamínicos e minerais são fórmulas específicas que, em idade pediátrica, poderão ser associadas à alimentação oral, integradas em fórmulas entéricas, ou ainda associadas a fórmulas de nutrição parentérica, devendo ser administrados de acordo com as necessidades e recomendações existentes. A utilização destes suplementos deverá ser efetuada sob indicação e vigilância médica/nutricional, de forma a evitar sobredosagens e riscos inerentes, sendo que vários estudos demonstram a utilização indiscriminada e até desnecessária destes produtos na população adulta e pediátrica.

Referências

Guidelines on paediatric parenteral nutrition of ESPGHAN and ESPEN. *JPGN* 2005; 41:S39-S46.

Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. ASPEN BOARD of directors and the clinical guidelines Task Force. *JPEN* 2002; 26 (1): 30 SA - 32SA e 124 SA- 125 SA.

Multivitamin - multimineral supplement: who use them? *American Journal of Clinical Nutrition*, 2007; 85 (suppl): 277S-279 S.

Vitamin and mineral supplement use among US adults after cancer diagnosis. A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 2008; 26: 665-673.

Vitamin and mineral supplement use by children and adolescents in the 1999-2004 National Health and Nutrition Examination Survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2009; 163 (2) : 150.157.

ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE IMPLEMENTAÇÃO DO CONSENSO - LÍDER SUL

Luciane Beitler da Cruz
Hospital de Clínicas de Porto Alegre –RS
lcruz@hcpa.ufrgs.br

Em outubro de 2007 aconteceu o 1º Fórum do Consenso Nacional em Nutrição Oncológica, organizado pela equipe do Serviço de Nutrição e Dietética do INCA, reunindo 43 instituições brasileiras que tratam pacientes com câncer. O Brasil foi dividido em quatro regiões e a Região Sul ficou constituída por três Estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, representada por nove instituições, que são: Instituto do Câncer de Londrina (PR), Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, RS), Centro de Pesquisa em Oncologia (Florianópolis, SC), Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo, RS), Hospital Geral de Caxias do Sul (RS), Hospital São Lucas da PUC (RS), Hospital Erasto Gaertner (Curitiba, PR), Hospital Santa Rita (Porto Alegre, RS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). Também foram sorteados os temas a serem discutidos por região e a Região Sul ficou com o tema: *Paciente Oncológico Pediátrico*, abordando avaliação nutricional, necessidades nutricionais, terapia nutricional e seguimento ambulatorial em cirurgia, em quimioterapia, em radioterapia e em transplante de medula óssea. Cada instituição buscou em média dois pares, totalizando mais 14 instituições envolvidas. Nos dias 12 e 13 de maio de 2008 realizou-se, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o 1º Fórum Regional do Consenso, no qual foram reunidas nove instituições participantes da Região Sul, com os facilitadores e cofacilitadores do INCA, para apresentação, discussão e votação de todas as propostas do tema abordado. Este Fórum teve duração de dois dias e todas as questões propostas foram votadas, concluídas e apresentadas no 2º Fórum Nacional do Consenso de Nutrição Oncológica.

SOCIEDADES E CONSELHOS: O PAPEL NA CONSTRUÇÃO DE UM CONSENSO

Wanderley Bernardo

Associação Médica Brasileira (AMB) – São Paulo, SP
wmbernardo@usp.br - diretrizes@amb.org.br

Podemos considerar o termo Consenso como a ideia de que as Sociedades, os Conselhos e o Sistema de Saúde concordem com recomendações que favoreçam a tomada de decisão de qualidade. Entretanto, o termo Consenso traduz um método de elaboração de Diretrizes Clínicas que se contrapõe à elaboração baseada em evidência científica. O Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) tem utilizado este último método de elaboração desde o seu início, no ano de 2000, e atualmente tem contado com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na avaliação de aplicabilidade e implementação. A sequência de passos na elaboração de diretrizes baseadas em evidência segue as etapas: as Sociedades de especialidade (Projeto Diretrizes) e o Sistema de Saúde (público ou privado) escolhem os temas, que devem ser prevalentes, em diagnóstico, terapêutica ou prevenção. Para cada tema são identificados cenários reais, geradas questões relevantes, que serão respondidas pela diretriz. A questão será estruturada na forma P.I.C.O. (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcome*), e a estratégia de busca elaborada para a revisão sistemática da literatura. A revisão será realizada principalmente nas bases primárias, como Medline e Lilacs. Extrapolação ou versão de *guidelines* internacionais ou consensos de especialidade, abordando o mesmo tema, não devem ser realizadas. Após a avaliação crítica (medidas, grau de recomendação e aplicabilidade) das evidências obtidas, inicia-se o processo de tradução da evidência em diretriz clínica ou recomendações. O texto final, então, é avaliado em conjunto com a Agência Nacional de Saúde (ANS) a fim de considerar os aspectos envolvidos na implementação da Diretriz.

O PAPEL DOS CONSELHOS NA CONSTRUÇÃO DE UM CONSENSO

Ana Maria Calábria Cardoso
Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) – Belém, PA
calabria@cfn.org.br

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) é uma autarquia federal sem fins lucrativos, de interesse público, com poder delegado pela União para normatizar, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício e as atividades da profissão de nutricionista em todo o território nacional, em defesa da sociedade. É um órgão central do Sistema CFN/Conselho Regional de Nutricionistas (CRN). Nos últimos anos, o Sistema CFN/CRN ampliou suas atividades, estabeleceu Projetos de Ação que englobam parcerias diversas, sempre visando à atuação do nutricionista e dos técnicos de nutrição e dietética na prestação de bons serviços à sociedade brasileira e aos países do Mercosul. Para tanto, vem buscando inserir-se como parceiro na criação e implementação de políticas públicas ligadas à área da alimentação e nutrição. Atualmente, o Sistema CFN/CRN participa ativamente, através do seu corpo de conselheiros e colaboradores que o representam, de vários fóruns no qual o Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica foi construído. O CFN assinala como relevante a iniciativa do Serviço de Nutrição e Dietética do INCA/MS na elaboração deste Consenso e não poderia deixar de participar da construção deste trabalho, considerando bastante oportuna a proposta construída de forma coletiva, envolvendo representantes de todas as regiões do país que atuam na área, sendo a maioria de nutricionistas. A participação do Conselho Federal na elaboração deste Consenso ratifica e expressa a sua preocupação com os aspectos técnicos e científicos do exercício profissional, colocando o Conselho como parceiro na perspectiva da qualificação da categoria.

**SCIENCE, BIG BUSINESS, AND HOW TO PREVENT CANCER FROM
CHILDHOOD: THE 2009 WCRF/AICR PREVENTION OF CANCER POLICY
REPORT IN BRAZIL**

Geoffrey Cannon
American Institute for Cancer Research – Washington DC, USA
geoffreycannon@aol.com

Control and prevention of cancer is conventionally seen as a medical and a personal matter. Cancer surveillance, screening, early detection, treatment and palliation, and all the other programmes for which INCA is responsible, will remain essential. But on a population basis, treatment of cancer is not the most rational approach, if only because of the cost of treatment, and the fact that cancer is usually diagnosed at a late stage. The 2009 WCRF/AICR Policy Report examines the physical environmental, economic and social as well as the behavioural and biological determinants of cancer risk. Its recommendations, the responsibility of an expert panel from all the main continents, are derived from the most systematic examination of the literature so far attempted. It is published at a time of unusual international economic and other disturbance, and takes into account climate change, economic globalisation, the impact of transnational corporations on food systems, and other big issues. A special executive summary of the Report for Brazil, being prepared in partnership with INCA, will be launched this November. The Report concludes that concerted collaboration between all relevant actors is needed, in a broad public health context. Seen in this light, the prevention of cancer is as great a global challenge and opportunity as that faced in Europe by public health pioneers of the mid 19th century.

PÔSTERES

IMC, DISTRIBUIÇÃO DE GORDURA CORPORAL E EXPRESSÃO DE RECEPTORES HORMONAIS EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA INVASIVO

Pinheiro, R.L.; Sarian, L.O.; Morais, S.; Costa-Paiva, L.
Hospital do Câncer III/ Instituto Nacional de Câncer – RJ
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – SP

Introdução: Estudos investigando obesidade como fator de risco para câncer de mama, segundo categorias de receptores hormonais do tumor, têm mostrado resultados inconsistentes e contraditórios. Apesar dos avanços nos estudos sobre o tema, a hipótese de que a obesidade possa exercer ação diferenciada na etiologia deste câncer segundo *status* de receptores hormonais ainda não está esclarecida. **Objetivo:** Avaliar associação entre indicadores antropométricos de obesidade e expressão de receptores hormonais do tumor em mulheres com carcinoma de mama invasivo. **Métodos:** Estudo transversal incluindo 473 mulheres matriculadas no Instituto Nacional de Câncer em 2004, diagnosticadas com carcinoma de mama invasivo unilateral, estadiamento clínico I a III, sem tratamento. Realizados cálculos de frequência para descrever a população e teste qui-quadrado ou exato de Fisher para comparação entre variáveis. Associação entre variáveis independentes e dependentes foi testada por regressão linear simples. Visando estimar risco relativo para expressão de receptores hormonais, segundo variáveis antropométricas, realizou-se razão de prevalência. Nível de significância $p < 0,05$. Resultados: Sobrepeso foi encontrado em aproximadamente 70% das mulheres, havendo alta prevalência de adiposidade central (RCQ $> 0,85$: 73,4% e CC > 88 cm: 64,3%), especialmente pós-menopausa. Observada maior prevalência de tumor receptor hormonal positivo. Não houve associação entre IMC, circunferência da cintura e relação cintura quadril com nenhuma das categorias de receptores hormonais. **Conclusão:** Prevalência de sobrepeso e de adiposidade central foi elevada. Houve maior frequência de tumores com expressão positiva para receptores hormonais. Não houve associação significativa entre os parâmetros de adiposidade corporal e expressão dos receptores hormonais.

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE NEOPLASIA MALIGNA NO INÍCIO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO

Araújo, L.L.; Barbosa, J.M; Ribeiro, A.P.G.R; Pedrosa, F.
Serviço de Oncologia Pediátrica/
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – RJ

Introdução: A desnutrição é considerada como fator de risco independente para morbi-mortalidade nos pacientes oncológicos. Além disso, encontra-se associada à menor tolerância ao tratamento quimio/radioterápico e a complicações infecciosas. Na admissão, sua prevalência na população pediátrica varia entre 10% e 50%. **Objetivos:** Avaliar o estado nutricional de menores de 18 anos internados para iniciar tratamento antineoplásico. **Métodos:** Estudo transversal conduzido entre maio e junho de 2009 no Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP, onde foram coletados dados antropométricos e laboratoriais. Os valores de escore Z dos indicadores altura/idade (A/I) e índice de massa corporal/idade (IMC/I) foram calculados com auxílio do programa ANTHROPLUS®, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007). A avaliação da composição corporal foi realizada através da adequação da circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência muscular do braço (CMB), segundo valores propostos por Frisancho (2004). Os parâmetros laboratoriais utilizados foram os níveis séricos de hemoglobina, hematócrito e albumina. **Resultados:** Das 19 crianças avaliadas 75% era do sexo masculino e possuía idade média de 69,8 meses. A neoplasia mais frequente foi a leucemia linfóide aguda, com 35% dos casos. O baixo peso (IMC/I <-2Z) esteve presente em 5,3% dos pacientes e o déficit estatural (A/I <-2Z) em 21%. Além disso, 73,4% possuía depleção de PCT (adeq.<90%), 40% de CB e 20% de CMB. A média geral de hemoglobina foi de 9,1 mg/dL, hematócrito de 27,4% e albumina de 4,3mg/dL. **Conclusão:** Os resultados preliminares apontam que, na admissão, crianças e adolescentes com neoplasia maligna apresentam risco nutricional importante, com comprometimento das reservas de gordura e proteína, e necessitam, portanto, de suporte nutricional precoce.

HIPERCALCEMIA MALIGNA E CONDUTA NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Cardenas, T.C.; Sandrini, A.C.V.; Reis, C.O.; Guindalini, R.S.C.; Camacho-Lima, S.C.T. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira" (ICESP) – SP

Introdução: A hipercalcemia maligna (HM) é descrita em 20% a 30% dos pacientes oncológicos e implica mau prognóstico. Pode ser decorrente da reabsorção óssea, da secreção do peptídeo PTHrP, de hiperparatireoidismo ectópico e da produção de $1,25(\text{OH})_2$ pelo tumor. Os sintomas mais comuns são relacionados ao SNC: fadiga, apatia, depressão, confusão mental e coma. Podem ocorrer alterações renais e gastrointestinais que levam à desidratação e agravo da hipercalcemia. **Objetivo:** Revisar condutas nutricionais para pacientes com HM de acordo com literatura existente. **Métodos:** Consulta em bases de dados: Medline e Uptodate. **Resultados:** A literatura não é conclusiva sobre as medidas nutricionais descritas para correção da HM. Medidas de hidratação e reposição de fosfato são recomendadas. Conclusões acerca da restrição/exclusão de fontes de cálcio para tratamento dessa desordem são conflitantes, exceto para exclusão de cálcio durante a nutrição parenteral, que parece ser consenso entre os estudos analisados. A biodisponibilidade deste mineral em alimentos chega a 30%, semelhante aos sais de cálcio presentes em suplementos orais utilizados como suporte nutricional para esses pacientes. No entanto, essa biodisponibilidade pode ser alterada pela presença de gorduras, proteínas e fósforo. Além disso, sua absorção não é proporcional à quantidade consumida, já que a via de transporte ativo é saturável. Assim, parece que o cálcio dietético nesse quadro clínico não teria relação direta com o aumento do cálcio sérico. **Conclusão:** É necessário estudo clínico para avaliar a necessidade da restrição de cálcio dietético na HM, considerando sintomas e consequências de condutas terapêuticas e nutricionais implantadas.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS COM NEOPLASIA MALIGNA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO TERCIÁRIO

Carlos, M.L.; Martignago F.; Ribeiro R.; Ferrari A.; Targa G.; Preti V.B.
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR

Introdução: É notório que o status nutricional dos pacientes é fator determinante no tratamento de pacientes com as mais diversas patologias. Entretanto, faltam na literatura, estudos epidemiológicos sobre a situação nutricional dos pacientes oncológicos, especialmente no Brasil. **Objetivo:** Avaliar o status nutricional dos pacientes adultos atendidos no Hospital Erasto Gaertner (HEG) por neoplasia maligna. **Método:** Estudo epidemiológico retrospectivo. Pacientes adultos com diagnóstico de câncer atendidos pela primeira vez no HEG entre janeiro de 2007 e dezembro de 2008. Realizado levantamento do CID, peso, altura e idade dos pacientes, através do sistema informatizado de prontuários do HEG. Análise do índice de massa corporal e classificação nutricional. **Resultados:** Encontrou-se 1678 pacientes adultos com diagnóstico confirmado de neoplasia maligna, além de peso, altura e idade registrados na primeira consulta. Com idade média de 48 anos, 48,4% apresentaram-se eutróficos, 43,8% apresentaram sobrepeso ou obesidade e 7,8% estavam desnutridos. A maior taxa de obesidade (69,6%) foi observada entre os pacientes com câncer de próstata. Já os pacientes com câncer de esôfago se apresentaram desnutridos em 38,5% dos casos. Agrupados, os pacientes com tumores de cabeça e pescoço e aparelho digestivo apresentaram obesidade significativamente menor ($p,0,05$), 30,6% *versus* 50,3%, e maior desnutrição, 15,5% *versus* 4,1%. **Conclusões:** Mesmo em pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, que frequentemente apresentam perda de peso, a prevalência de obesidade é significativa. Entre os pacientes com tumores de cabeça e pescoço e do aparelho digestivo ocorre significativa prevalência de desnutrição, o que pode influenciar diretamente no resultado do tratamento destes pacientes.

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO AMBULATORIAL DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

Cardenas, T.C.; Morais, C.A.; Faria, S.O.; Souza, J.L.;
Lima, M.M.F.; Rosa, V.M.; Camacho-Lima, S.T.C.

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira" (ICESP) – SP

Introdução: A desnutrição no paciente oncológico acarreta diminuição da qualidade de vida, da sobrevida e da tolerância ao tratamento, além de aumentar o custo institucional. Geralmente o suporte nutricional é indicado, mas não é realizado por ausência de recursos próprios e/ou institucionais para aquisição/dispensação do suplemento nutricional. **Objetivo:** propor um protocolo para dispensação ambulatorial de suplementação oral para pacientes oncológicos atendidos no ICESP. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica sobre indicações de suporte nutricional em pacientes oncológicos e criado protocolo para dispensação de suplementação oral. **Resultados:** O protocolo elaborado abrange questões relevantes para necessidade de dispensação de suplementos nutricionais, a saber: perda grave e involuntária de peso (>2% em 1 semana, >5% em 1 mês, >7,5% em 3 meses, >10% em 6 meses), dieta líquida mantida por período superior a 15 dias e ingestão alimentar reduzida a 50% do consumo habitual (frequentemente apontadas como causa de desnutrição). Outro critério importante incluído foi o estado nutricional atual do paciente, avaliado pelo IMC (Índice de Massa Corporal), considerando classificação segundo a Organização Mundial da Saúde (1998) para adultos e Organização Pan Americana de Saúde (2002) para idosos. O paciente deve receber gratuitamente o suplemento nutricional e se enquadrar em, pelo menos, duas das condições acima listadas. Os suplementos disponíveis para dispensação são hipercalóricos, hiperproteicos, sendo um sem sabor e outro disponível em 3 sabores. **Conclusão:** A criação de um protocolo com critérios bem definidos pode evitar ou corrigir deficiência nutricional, beneficiando enormemente o paciente oncológico. Além disso, racionaliza a dispensação e utilização de recursos financeiros.

PRESCRIÇÃO DIETOTERÁPICA ENTERAL PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS AVALIADOS PELA EMTN EM UM HOSPITAL GERAL

Lucho, C.L.C.; Oliveira, R.O.; Jatene, L.F.; Vencato, C.E.H.
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre, RS

Introdução: A prescrição dietoterápica deve atender às características qualitativas e quantitativas desejadas a partir da evolução nutricional e tolerância digestiva do paciente. A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) proporciona acompanhamento regular e frequente dos mesmos. Os pacientes oncológicos demandam atenção especial nesse acompanhamento tendo em vista o alto risco nutricional e efeitos colaterais das terapias adjuvantes. **Objetivo:** Analisar as prescrições dietéticas enterais preconizadas para pacientes oncológicos avaliados pela EMTN em um hospital geral. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, realizado em hospital geral, com 470 pacientes oncológicos atendidos pela EMTN cuja prescrição dietoterápica foi dieta enteral, no período de janeiro a dezembro de 2008. As dietas oferecidas foram industrializadas, estéreis e de pronto uso. As variáveis coletadas foram tipo de neoplasia, gasto energético total (GET), kcal/kg peso, proteínas/kg peso, tipo de dieta enteral, volume e frequência da dieta. **Resultados:** Em média foram encontrados GET de 1.691 kcal, 30 kcal/kg peso, 1,3 g proteínas/kg peso. O volume médio oferecido foi de 323 ml de dieta enteral, em intervalos de 4 em 4 horas, sendo a frequência de quatro vezes ao dia predominante (89,1%). As prevalências dos principais tipos de dietas foram de 26,3% hiperproteica e hipercalórica, 20,2% hiperproteica e 9,7% normocalórica e normoproteica. **Conclusão:** Os pacientes oncológicos precisam de maiores ofertas energéticas e proteicas na prescrição dietética, comprovadas nesse estudo através das ofertas médias oferecidas, tanto de kcal/ kg peso, gramas proteína/kg peso e tipo de dieta. Devido ao elevado risco nutricional a EMTN torna-se de suma importância para a prescrição dietoterápica e acompanhamento.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS DIAGNOSTICADOS COM NEOPLASIA MALIGNA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO TERCIÁRIO

Martignago, F.; Carlos, M.L.; Ferrari, A.; Ribeiro, R.; Targa, G.; Galhado, C.A.V.
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR

Introdução: Os idosos são a principal população de risco para neoplasias e também estão mais propensos a distúrbios nutricionais. A avaliação nutricional de pacientes oncológicos idosos é importante uma vez que o status nutricional, além de ter relação com o estado geral de saúde, também é determinante nas decisões terapêuticas. **Objetivo:** Avaliar o status nutricional dos pacientes com mais de 60 anos atendidos no Hospital Erasto Gaertner (HEG). **Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo. Pacientes com mais de 60 anos, diagnóstico de neoplasia maligna, admitidos no HEG entre janeiro/2007 e dezembro/2008. Analisou-se: CID, peso, altura e idade dos pacientes, através do prontuário eletrônico. Análise do IMC e classificação nutricional em eutrofia, sobrepeso ou baixo peso. **Resultados:** Foram selecionados 1.306 pacientes com neoplasia maligna e que apresentavam registro de peso, altura e idade na primeira consulta. Na idade média de 68 anos, 41% dos pacientes apresentaram-se eutróficos, 31,4% sobrepeso e 27,6% baixo peso. A maior porcentagem de sobrepeso (50%) observou-se nas pacientes com câncer de mama, seguida de 49,6% em pacientes com câncer de próstata. Dos pacientes com câncer de esôfago, 57,4% apresentaram-se com baixo peso, seguidos pelos pacientes com câncer de estômago, 51%. Agrupados, os pacientes com tumores de cabeça e pescoço e aparelho digestivo apresentaram obesidade significativamente menor ($p,0,05$), 18,7% *versus* 39,7,3%, e maior desnutrição, 42% *versus* 17,1%. **Conclusões:** Pacientes oncológicos idosos são acometidos por distúrbios nutricionais. Entre os idosos com tumores de cabeça e pescoço e do aparelho digestivo ocorre grande prevalência de baixo peso, exigindo que recebam especial atenção nutricional.

CONTAGEM TOTAL DE LINFÓCITOS PARA ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL E COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO

Martignago, F.; Carlos, M.L.; Santos, B.C. de M.; Polakowski, C.B.; Pereira, C.P.; Silva, R.L.; Ribeiro, R.
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR

Introdução: Estado nutricional (EN) comprometido afeta o sistema imune e as funções cognitivas, tornando-se fator de risco para complicações cirúrgicas e clínicas. **Objetivo:** Avaliar valores de contagem total e linfócitos (CTL) no pré-operatório e as complicações no pós-operatório (PO). **Métodos:** Quantitativo, retrospectivo e descritivo. Paciente admitido entre 2007 e 2008 com diagnóstico de câncer de esôfago, estômago, cólon, reto, retroperitônio, fígado e pâncreas submetidos à cirurgia como primeira opção terapêutica. Análise de prontuário físico e eletrônico. Coletados: sexo, idade, diagnóstico, valores antropométricos, CTL, complicações cirúrgicas e clínicas até 60 dias PO. **Resultados:** Os resultados descritos contemplam 116 pacientes. Destes, 63 homens e 53 mulheres, média de idade de $48 \pm 7,54$. Quanto ao em, na admissão 48,27% eutróficos, 30,17% sobrepeso, 13,35% obesidade e 8,6% desnutrição segundo IMC. Em relação à CTL no pré-operatório, 42,24% depleção leve (DL), 31,8% valores normais (N), 14,6% depleção moderada (DM) e 11,2% depleção grave (DG). Dos eutróficos, 24,91% apresentaram complicações, valor este muito próximo se comparado com os pacientes que complicaram com valores de CTL N (24,31%). Vinte por cento dos pacientes desnutridos, 37,1% dos sobrepesos e 26,64% dos obesos apresentaram complicações no PO. Se avaliarmos os valores de CTL para DL, DM e DG, evidenciou-se, respectivamente, 24,48%, 23,52% e 45,96% das complicações. **Conclusão:** Verificou-se que os valores de CTL que antecedem o procedimento cirúrgico estiveram relacionados com as complicações cirúrgicas apresentadas no PO. Ressalta-se a importância de uma intervenção dietoterápica precoce desde a admissão dos pacientes, visando a minimizar as complicações no PO.

INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (LLA) SOBRE O CRESCIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Rodrigues, F.O.; Cruz, L.B; Brunetto, A.L.

Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Instituto do Câncer Infantil do Rio Grande do Sul (ICI) – RS

Introdução: O déficit no crescimento tem sido reportado como complicação frequente no tratamento de pacientes com LLA. Devido ao aumento nas taxas de sobrevida nos últimos anos, é importante identificar os efeitos tardios do tratamento oncológico. **Objetivo:** Revisar estudos publicados examinando anormalidades do crescimento de crianças submetidas a tratamento oncológico. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica mediante levantamento de publicação no PubMed, Lilacs e Cochrane, utilizando unitermos: leucemia linfóide aguda, déficit de altura, criança, quimioterapia e radioterapia. **Discussão:** Pacientes menores de cinco anos ao diagnóstico são considerados grupo de risco para baixa estatura. Estudos demonstram que a radioterapia na região craniana pode levar a um déficit na estatura final destes pacientes. Atualmente a radioterapia está sendo substituída por quimioterapia e radiação com menor dose. Estudos iniciais sugeriam que o tratamento com quimioterapia exclusiva não era determinante de possível déficit de estatura, somente quando administrada com radiação craniana. Estudos recentes revelam que a quimioterapia também pode ser causa de baixa estatura final. Diversos pesquisadores também demonstram que durante o tratamento ou na fase mais intensa o crescimento pode ser afetado, porém tende a ser recuperado ao final, com alteração de alguns parâmetros hormonais. **Conclusão:** Embora existam estudos demonstrando que a radioterapia craniana está associada a déficit de crescimento, existem dados controversos sobre a influência também da quimioterapia. Desta forma, consideramos importante a publicação de estudos para identificar crianças com maior risco de apresentar déficit de crescimento quando submetidas à quimioterapia.

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SEGUNDO AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PREENCHIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE

Calixto-Lima, L.; Silva, S.A.; Silva, C.P.;

Sousa, B.S.; Assis, P.P.; Andrade, E.M.; Queiroz, W.W.

Divisão de Nutrição/Programa de Residência em Nutrição Clínica/Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE) – Recife, PE

Introdução: O estado nutricional do paciente oncológico hospitalizado está associado com sua evolução clínica. Estudos mostram que pacientes desnutridos apresentam índices elevados de morbi-mortalidade. **Objetivo:** Descrever o estado nutricional de pacientes oncológicos através da Avaliação Subjetiva Global Preenchida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP). **Métodos:** Os dados foram obtidos através de prontuários (idade, sexo e diagnóstico) e aplicação de questionário (ASG-PPP). **Resultados:** Foram avaliados 94 pacientes, com idade média de $48,6 \pm 14,6$ anos. Destes, 70,1% eram do sexo feminino e 69,1% adultos. A ASG-PPP evidenciou 58,5% de eutróficos, 24,5% de desnutridos leves/moderado e 21,3% de desnutridos graves. Os tipos de câncer mais prevalentes foram tumores do trato gastrointestinal (35,1%) e tumores de útero e ovário (19,1%). Em relação à alteração do peso corporal, 21,3% tiveram redução maior que 10%. A ingestão alimentar esteve diminuída em 38,3% dos casos, sendo que em 11,7% ocorreu de forma grave. A capacidade funcional não se alterou em 70,5% dos pacientes. Os principais sintomas presentes foram anorexia (34%) e náuseas (28,7%) e 43,6% não apresentaram sintoma algum. **Conclusão:** A ASG-PPP é um método sensível para verificar os pacientes que apresentam risco nutricional.

PERFIL NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM FORTALEZA/CE

Silva, M.R.; Carvalho, D.V.; Lima Verde, S.M.M.;

Antunes, M.F.R.; Carneiro, P.C.P.D.M.

Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza, CE

Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) – Fortaleza, CE

Introdução: O câncer de mama atualmente é um grave problema de saúde pública por sua elevada frequência e mortalidade em todo o mundo. **Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional e consumo alimentar de pacientes com câncer de mama a nível ambulatorial. **Métodos:** Estudo do tipo retrospectivo, onde foram avaliados prontuários de 35 pacientes atendidas no CRIO com diagnóstico de câncer de mama. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, peso atual, peso habitual, tipo de terapêutica empregada no tratamento (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia), Índice de Massa Corporal (IMC), recordatório alimentar habitual e necessidades nutricionais. **Resultados:** A idade das pacientes apresentou uma variação de 31 a 59 anos, com média de 46,4 anos. Observou-se que a maioria (42,85%, n=15) encontrava-se na faixa de 41 a 50 anos. Quanto ao estado nutricional (42,85%, n=15) apresentava obesidade. De acordo com a terapêutica utilizada, (25,71%, n=9) realizava quimioterapia. Com relação ao consumo alimentar, as pacientes eutróficas apresentaram consumo abaixo das necessidades, enquanto nas pacientes com sobrepeso e obesidade o consumo aproximou-se das necessidades nutricionais. **Conclusão:** Quanto ao perfil nutricional, temos que a maior parte das pacientes apresentava obesidade, fato que pode ser explicado pela redução no gasto energético basal e, conseqüentemente, ao ganho de massa gorda em decorrência dos tratamentos empregados, principalmente quimioterapia. Comparando o consumo alimentar com as necessidades nutricionais e o estado nutricional, verificamos que na maioria dos casos o estado nutricional sofreu interferência dos tratamentos empregados.

PERFIL NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM FORTALEZA/CE

Araújo, L.D.; Carvalho, D.V.; Lima Verde, S.M.M.;

Antunes, M.F.R.; Carneiro, P.C.P.D.M.

Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza, CE

Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) – Fortaleza, CE

Introdução: O comprometimento do estado nutricional é um importante problema associado ao câncer, particularmente naqueles localizados na cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil nutricional de pacientes adultos e idosos com neoplasia de cabeça e pescoço a nível ambulatorial em um serviço especializado. **Métodos:** O estudo foi composto por 24 prontuários de pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 20 anos. Foram analisados os dados de sexo, idade, vícios, diagnóstico nutricional, recordatório alimentar habitual e antropométricos. Os dados de sexo e idade foram comparados com o diagnóstico nutricional. O valor calórico total do recordatório alimentar habitual foi calculado e comparado ao gasto energético total e ao diagnóstico nutricional encontrado através do cálculo do índice da massa corpórea. **Resultados:** Encontrou-se que 70,83% (n=17) dos pacientes eram do sexo masculino e 29,17% (n=7) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 21 a 97 anos. Os principais vícios foram cigarro, bebida alcoólica e bétel. Grande parte dos pacientes tinha preferência por cigarro. Nos adultos e idosos encontrou-se que a maioria tinha o consumo menor do que as necessidades energéticas. De acordo com os dados coletados do diagnóstico nutricional, temos que 58,33% (n=14) dos pacientes apresentavam algum grau de desnutrição. **Conclusão:** Podemos concluir que a maioria dos pacientes encontrava-se com algum nível de desnutrição, fato que pode ser explicado pelo aumento do catabolismo energético dos pacientes. O consumo alimentar estava menor do que as necessidades energéticas tanto nos adultos como nos idosos.

RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL AVALIADO PELA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E A PERFORMANCE STATUS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO AVANÇADO

Bortolon, F.S.; Tartari, R.F.; Rosa, J.M.; Filho, A.F.F.

Hospital Santa Rita – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS

Introdução: A desnutrição é comum em pacientes com câncer de pulmão avançado. A detecção precoce do comprometimento nutricional é um componente essencial no cuidado global desses pacientes. A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PP) é um método simples, confiável e de baixo custo, que pode detectar a desnutrição antes do paciente tornar-se severamente debilitado. **Objetivo:** Identificar o estado nutricional de pacientes com câncer de pulmão avançado (estádio IIIB a IV) e relacionar com a *Performance Status* (PS). **Métodos:** As ferramentas utilizadas foram Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ASG-PP) e avaliação da *Performance Status* pelo Índice de Karnofsky em 49 pacientes com câncer de pulmão avançado. **Resultados:** A média de idade foi de 60 anos, 36 em estágio IV e 13 em estágio IIIB. A média da ASG-PP foi de 15 pontos, sendo 22% eutróficos, 47% em risco nutricional e 31% em desnutrição. O IK teve como média 57%. Foi encontrada forte relação entre a pontuação da ASG-PP e IK ($r = -0.7$, $P < 0.001$). Não houve diferença estatística entre a pontuação da ASG-PP e IK em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos ($P = 0.74$ e 0.94 respectivamente). **Conclusão:** A ASG-PP e o IK são altamente relacionados em pacientes com câncer de pulmão avançado, mostrando que o IK é um importante dado variável na evolução do estado nutricional destes pacientes. O IK é um forte fator prognóstico em pacientes com câncer de pulmão e a ASG-PP deve ser investigada como um possível fator prognóstico nesses pacientes.

PERFIL NUTRICIONAL DO PACIENTE COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM NUTRIÇÃO ENTERAL

Tartari, R.F.; Zortéa, K.; Nunes, C.H.A.; Kirjner, A.;
Janz, K.C.; Leonhardt, L.R.; Kroef, R.G.

Hospital Santa Rita – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre – RS

Introdução: Os cânceres de cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos. Observam-se problemas nutricionais nesses pacientes, os quais se devem ao tratamento, ao tumor e sequelas pós-cirúrgicas que os impedem de serem alimentados oralmente. Para uma melhor intervenção nutricional e, conseqüentemente, qualidade de vida, se faz necessário um adequado diagnóstico nutricional. **Objetivo:** Identificar o perfil nutricional de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em nutrição enteral. **Métodos:** Foi realizada Avaliação Subjetiva Global, pertencente ao Hospital, mensuração da Prega Cutânea Tricipital (PCT) e Circunferência Muscular do Braço (CMB). **Resultados:** Foram avaliados 32 pacientes, sendo 78,1% homens e 21,9% mulheres. O IMC médio encontrou-se dentro dos parâmetros de normalidade ($22,34 \text{ kg/m}^2 \pm 4,33 \text{ kg/m}^2$), sendo 43,8% dos pacientes eutróficos, 28,1% com baixo peso e 28,1% acima do peso. A CMB teve como média $24,68 \text{ mm} \pm 4,10 \text{ mm}$, estando 42% em déficit de massa muscular. Foi observado que 30,8% dos pacientes eutróficos apresentaram depleção muscular. A média de consumo diária prevista foi de $2.100 \text{ kcal} \pm 331,9 \text{ kcal}$ e $83 \text{ g} \pm 18,14 \text{ g}$ de proteína, e a recebida foi $1394 \text{ kcal} \pm 345,4 \text{ kcal}$ e $56 \text{ g} \pm 14,1 \text{ g}$ de proteína. Apenas 21,9% receberam alimentação via oral concomitante, líquida ou pastosa. Observou-se intercorrências em 21,9% dos pacientes, incluindo distensão abdominal (9,4%), constipação (6,3%), diarreia (3,1%) e dor abdominal (3,1%). **Conclusão:** Apesar da baixa ingestão calórica dos pacientes, não foi observada alta prevalência de baixo peso. Contudo, grande parte dos eutróficos apresentou déficit de massa muscular, demonstrando a necessidade de uma avaliação nutricional completa para um melhor diagnóstico nutricional.

UTILIZAÇÃO DOS ÁCIDOS GRAXOS POLI-INSATURADOS ÔMEGA-3 NA CAQUEXIA DO CÂNCER

Mendonça, A.L.¹; Diestel, C.F.²

¹Hospital do Câncer II/ Instituto Nacional de Câncer –RJ

²Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – RJ

Introdução: A caquexia é uma síndrome complexa e multifatorial caracterizada por anorexia, perda de peso, depleção de tecidos muscular e adiposo, anemia, astenia, disfunção imune e alterações metabólicas, sendo frequentemente observada nos pacientes com câncer, envolvendo 30% a 80% dos casos. As citocinas liberadas pelo tumor e pelo organismo através das células imunes são responsáveis pelas alterações metabólicas que interferem no gasto energético e no metabolismo dos macronutrientes, ocorrendo também alterações hormonais e inclusive na resposta inflamatória. Na proposta de melhorar este quadro, inúmeros trabalhos se voltam para a atuação dos ácidos graxos (AGP) ômega-3, que são agentes imunomoduladores, na caquexia do câncer. Evidências científicas têm constatado que AGP ômega-3 apresentam papel importante na resposta inflamatória e metabólica do paciente com câncer, permitindo melhor qualidade de vida, por estimular o apetite, parar a perda ou até mesmo promover o ganho de peso e de massa magra, além de diminuir o tamanho do tumor, diminuir a produção das citocinas e atenuar a degradação proteica e lipídica. **Objetivo:** Analisar a atuação dos AGP ômega-3 na caquexia do câncer. **Metodologia:** Este é um trabalho de revisão bibliográfica. **Resultados:** Estudos demonstram a importância e eficácia dos AGP ômega-3 para prevenir ou minimizar a caquexia do câncer, por atuar na resposta inflamatória. **Conclusão:** Assim, a utilização dos AGP ômega-3 pode contribuir para o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida e também do *Karnofsky performance status* de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

Palavras-chave: ácidos graxos poli-insaturados; Ômega-3; Ômega-6; caquexia; câncer.

INDICADORES DE QUALIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL PARA PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS

Matoski, A.C.; Cichacewski, C.; Araújo, E.; Wasilewski, J.H.S.
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR

Introdução: Indicadores de qualidade são ferramentas para a avaliação da efetividade e evolução das intervenções terapêuticas, favorecendo as adequações necessárias. **Objetivo:** Avaliar os indicadores de qualidade em terapia nutricional enteral (TNE) para pacientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Análise retrospectiva de 283 prontuários de pacientes que utilizaram TNE por pelo menos 48 horas, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008, após instituição das visitas estruturadas pela equipe multiprofissional. **Resultados:** O acompanhamento através das visitas resultou na redução do tempo de jejum, onde em 2006 a média era de 3,1 dias \pm 4,2 evoluindo para 1,7 dias \pm 1,5 em 2008. O tempo médio de permanência em TNE, que em 2006 era de 9,3 dias \pm 10,3, em 2008 passou para 11,2 dias \pm 11,5. O índice de adequação da prescrição dietética ao quadro clínico foi de 89%, 94% e 92% nos anos de 2006, 2007 e 2008, respectivamente. Quanto à ocorrência de complicações que exercem influência sobre a terapia nutricional, registrou-se a prevalência de diarreia, com 58% em 2006, 41% em 2007 e 27% em 2008, seguida por estase gástrica, com 11% em 2006, 26% em 2007 e 36% em 2008. O manejo nutricional frente às complicações foi efetivo em 27% (2006), 63% (2007) e 37% (2008) do total registrado. **Conclusão:** Esta revisão possibilitou a percepção de informações até então negligenciadas, como a frequência de obstipação em pacientes críticos. A redução no tempo de jejum é objetivo constante em uma UTI oncológica.

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES INICIANDO TERAPIA ANTINEOPLÁSICA COM QUIMIOTERÁPICOS

Matioski, A.C.; Paula, M.F.; Martinelli, F.A.
Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, PR

Introdução: A perda de peso pode comprometer a efetividade do tratamento oncológico, além de impactar negativamente sobre a qualidade de vida dos indivíduos. **Objetivo:** Conhecer o estado nutricional de pacientes oncológicos em início de tratamento quimioterápico. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de 352 pacientes (95% de margem de confiança), ambos os sexos, acima de 18 anos, considerando os dados: peso usual (PU), peso atual (PA), perda de peso (PP) e percentual de perda de peso (%PP), tipo de dieta em uso e presença de limitações para a alimentação, obtidos no primeiro ciclo de quimioterapia ou nos dias antecedentes. **Resultados:** A idade média da amostra era de 54 anos \pm 13, sendo que cerca de 21% dos pacientes apresentaram algum grau de desnutrição, 48% eram indivíduos eutróficos e 31% obesos ou com sobrepeso. Quanto à presença de PP, foram acometidos cerca de 72% da população, para os quais a média do PU era de 71,5kg \pm 16,6, PA de 62kg \pm 14,2, PP de 9,5kg \pm 9, %PP de 13 \pm 9,5, e tempo de PP com média de 5 meses \pm 4. Destes, 43% referiram apresentar algum sintoma ou limitação para a alimentação normal, sendo que 24% dos pacientes relataram consumir a dieta com modificação de consistência, 15% afirmaram manter ingestão alimentar inferior ao habitual e 10% faziam uso de terapia nutricional enteral. **Conclusão:** Seja pelo estado nutricional de risco ou pelas limitações que comprometem a alimentação adequada, o acompanhamento nutricional deverá ser instituído precocemente aos pacientes oncológicos.

ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO DA DIETA CONSUMIDA POR PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E ADEQUAÇÃO À INGESTÃO ALIMENTAR DE REFERÊNCIA (DRI)

Pereira, A.C.H.C.; Matioski, A.C.; Morimoto, I.M.I.; Jonhsson, R.R.
Hospital Erasto Gaertner – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: O tratamento quimioterápico pode influenciar a composição da alimentação de pacientes com câncer de mama. **Objetivos:** Avaliar a composição da dieta consumida por mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, confrontando com a DRI. **Métodos:** Estudo prospectivo longitudinal observacional. Aplicação do Recordatório 24 horas preenchido por 28 pacientes, referentes às 24 horas que antecediam cada ciclo de quimioterapia, sem qualquer intervenção nutricional. **Resultados:** A média de ingestão calórica foi de 1.558 kcal/dia \pm 39, consumo médio diário de carboidratos de 210 g \pm 11,4 acima do recomendado pela DRI (130 g/dia). A ingestão de lipídios permaneceu dentro das recomendações, com média de 28%. Ao analisar os tipos de lipídios consumidos, obteve-se a média de gorduras saturadas de 12,3 g/dia \pm 0,83, gorduras monoinsaturadas de 14,6 g/dia \pm 7,8 e gorduras poli-insaturadas de 7 g/dia \pm 0,7. A ingestão proteica situou-se em torno de 18% \pm 2,5 do valor energético total, observando-se redução da ingestão a partir do segundo ciclo. Quanto à ingestão de vitaminas e o índice de adequação à DRI, obtiveram-se os seguintes valores: vitamina E com adequação de 61% \pm 6,5, vitamina D 58% \pm 65,7, vitamina C 81% \pm 11,6, folato de 23,8% \pm 10,1. A adequação do cálcio ficou em 37% \pm 3,1. O consumo médio de fibras alimentares foi de 12,4 g/dia \pm 0,8, sendo o recomendado pela DRI de 21 a 26 g/dia. **Conclusão:** Verificou-se importante desequilíbrio na ingestão de fibras alimentares e nutrientes, cuja dieta apresentava elevado consumo de carboidratos e reduzida ingestão de alimentos fontes de fibras e vitaminas.

IMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES PORTADORAS DE NEOPLASIAS DE MAMA

Calixto-Lima, L.; Silva, S.A.; Silva, C.P.;

Sousa, B.S.; Assis, P.P.; Andrade, E.M.; Queiroz, W.W.

Divisão de Nutrição/Programa de Residência em Nutrição Clínica/Hospital Universitário Oswaldo Cruz/Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE) – Recife, PE

Objetivo: Avaliar as alterações clínico-nutricionais de mulheres portadoras de neoplasia de mama realizando tratamento exclusivamente quimioterápico.

Métodos: Os dados foram obtidos através de questionário de avaliação, no qual foram coletados: idade, sexo, diagnóstico, sintomas associados à quimioterapia e dados antropométricos, este último verificado no momento da admissão e após 3 meses de tratamento. A análise do estado nutricional foi verificada através do Índice de Massa Corpórea (IMC), conforme critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997); e do percentual de perda de peso, conforme critérios da Associação Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (1993). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), adotando-se nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliadas 51 pacientes com idade média de $50,1 \pm 10,7$, sendo 21 adultas e 30 idosas. Os principais sintomas relacionados à QT foram náuseas (66,7%), seguidas por anorexia (64,7%) e xerostomia (41,2%). As médias de peso e IMC encontradas na primeira avaliação foram de $63,79 \pm 11,27$ kg e $26,07 \pm 4,59$ kg/m², e após 3 meses de tratamento quimioterápico tais valores modificaram para $62,91 \pm 11,62$ kg de peso corpóreo e $26,07 \pm 4,59$ kg/m² de IMC, ($p = 0,000$). **Conclusão:** O acompanhamento nutricional de paciente realizando QT antineoplásica deve ser parte integrante no tratamento destas pacientes, visto a significativa perda de peso causada pela terapêutica sistêmica.

AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO ALIMENTAR DAS PREPARAÇÕES OFERECIDAS A PACIENTES EM TRATAMENTO DE CÂNCER EM UM HOSPITAL INFANTIL DE SÃO PAULO

¹Oliveira, V.C.; ²Viani, K.; ²Nascimento, A.G.

¹Serviço de Onco-Hematologia/ Instituto da Criança/ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)

²Instituto da Criança/ Hospital das Clínicas da FMUSP

Introdução: Pacientes oncológicos em tratamento apresentam redução da aceitação alimentar devido a sintomas como anorexia, alteração de olfato e paladar, náuseas e vômitos, entre outros. É importante que sejam respeitadas as preferências alimentares do paciente, permitindo que ele possa escolher o que irá consumir, dentro das possibilidades. **Objetivo:** Verificar a aceitação de determinados tipos de alimentos por crianças com câncer internadas em um hospital pediátrico em São Paulo. **Métodos:** Foram aplicados questionários relativos à aceitação alimentar no almoço e jantar durante 14 dias, preenchidos pelo acompanhante. Os dados foram digitados no software EpiInfo 3.4, para cálculo das porcentagens e porcentagens acumuladas da aceitação alimentar, com relação a cada item da refeição. **Resultados:** Observou-se que os itens melhores aceitos foram os chamados “pedidos extras”, alimentos requisitados pelos próprios pacientes, sendo que 64% a 75% deles consumiam de 50% a 100% do alimento solicitado, enquanto que os outros itens da refeição (arroz, feijão, prato principal, guarnição etc.) tiveram baixa aceitação, de modo que 75% a 88% dos pacientes consumiam de 0 a 50% dos alimentos. **Conclusão:** Os alimentos com maior aceitação pelos pacientes foram aqueles que eles puderam escolher. Tal resultado demonstra a importância de oferecer ao paciente oncológico em tratamento alimentos de sua preferência, de modo a aumentar a aceitação alimentar, melhorar a resposta ao tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

AValiação Nutricional de Crianças em Tratamento Oncológico Segundo Diferentes Indicadores: Um Projeto-Piloto

¹Oliveira, V.C.; ²Viani, K.; ²Lima, P.A.

¹Serviço de Onco-Hematologia/ Instituto da Criança/ Hospital das Clínicas da FMUSP

²Instituto da Criança/ Hospital das Clínicas da FMUSP

Introdução: Sabe-se que pacientes oncológicos em tratamento apresentam maior risco nutricional devido a diversos fatores. Quando se trata de pacientes pediátricos, que estão em fase de crescimento e desenvolvimento, torna-se ainda mais importante atentar para este fator. Neste sentido, é essencial que seja feita uma avaliação nutricional confiável, utilizando diferentes indicadores nutricionais dentro das possibilidades clínicas do paciente, de modo a identificar aqueles em maior risco nutricional. **Objetivo:** Analisar diferentes indicadores de avaliação nutricional de crianças em tratamento oncológico. **Métodos:** O projeto foi realizado no Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP, em São Paulo. Participaram do estudo, até o momento, 12 pacientes entre 2 e 18 anos. A avaliação antropométrica foi realizada através da aferição de peso, altura, prega cutânea tricipital (PCT), circunferência do braço (CB) e circunferência muscular do braço (CMB). As análises estatísticas foram realizadas pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 10.0, com grau de significância $p \leq 0,05$, utilizando-se a correlação de Pearson para as variáveis paramétricas. **Resultados:** Os resultados encontrados demonstraram correlações positivas entre os indicadores antropométricos de Peso e CB ($r=0,753$), IMC e PCT ($r=0,862$) e IMC e CB ($r=0,666$). Não houve significância entre IMC e CMB ($r=0,462$; $p>0,05$). **Conclusão:** Observando a análise dos resultados, constatou-se que alguns indicadores apresentam correlação entre eles. Assim, ao selecionar indicadores de estado nutricional, devem-se eleger aqueles que melhor detectem o problema nutricional e que efetivamente possam ser realizados, dentro das possibilidades clínicas do paciente.

IMPLANTAÇÃO DE UMA ROTINA DE ALIMENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE BOAS PRÁTICAS EM CASA DE APOIO PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO

Rodrigues, F.O; Cruz, L.B; Costa, C.C.; Borges, C. M.; Souza, M.
Instituto do Câncer Infantil do Rio Grande do Sul (ICI) – RS

Introdução: Uma alimentação adequada e segura do ponto de vista microbiológico é de extrema importância para pacientes durante o tratamento oncológico, pois alterações no estado nutricional podem repercutir negativamente no tratamento. A maioria dos pacientes atendidos no Hospital de Clínicas do Rio Grande do Sul é proveniente do interior, e estes dispõem de uma Casa de Apoio que atende às famílias dos pacientes em tratamento ambulatorial, oferecendo a estrutura mantida pelo ICI/RS. **Objetivos:** Implantar uma rotina de alimentação adequada e orientar as boas práticas para o preparo e manuseio de alimentos. **Métodos:** Foram elaborados cardápios semanais de almoço e lanche em sistema de rodízio, assim como orientações de higiene alimentar para o preparo e acondicionamento dos alimentos para evitar contaminações, e adequação da rotina de alimentação e horários de atendimento para Casa de Apoio para pacientes em tratamento oncológico. **Resultados:** O número de almoços servidos na Casa teve um aumento superior a 80%, partindo de 467 no período de março/2007 para 880 no mesmo período de 2009. Nenhuma ocorrência de infecção gastrointestinal foi relatada desde o início das novas rotinas. Todas as alterações foram recebidas com satisfação pelas famílias frequentadoras da Casa. **Conclusão:** Em razão dos resultados positivos que foram alcançados, outras atividades foram adotadas com a participação dos voluntários do ICI, como almoços especiais, oficinas culinárias e distribuição de folder sobre rotinas da casa e dicas de alimentação saudável e segura.

NUTRIENTES IMUNOMODULADORES: APLICAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

Albuquerque, R. M.

Equipe Multidisciplinar em Oncologia do Centro de Alta Complexidade em Oncologia de São Francisco de Assis – Arapiraca, AL

A relação entre estado nutricional e função imunológica tem sido pesquisada envolvendo as funções desempenhadas por determinados nutrientes sobre a melhoria da resposta imune. O interesse atual por pesquisas envolvendo a imunonutrição demonstra expectativas por substâncias que modulem o sistema imune, protegendo o organismo contra infecções, doenças autoimunes ou de outras doenças como o câncer. Para que o sistema imunológico produza células e substâncias que atuem na defesa do organismo, é necessário que haja um adequado suprimento de nutrientes. Esta revisão bibliográfica verificou os principais e mais pesquisados nutrientes com função imunomoduladora: a arginina, a glutamina, nucleotídeos, antioxidantes e os ácidos graxos ômega-3. Estudos evidenciam a importância desses nutrientes na proteção da função da barreira intestinal, no controle dos efeitos do estresse oxidativo, na melhoria da reação das células imunológicas, na cicatrização, entre outros. Mas ainda existem controvérsias sobre os benefícios dos nutrientes sobre a função imune, necessitando de maiores esclarecimentos acerca da suplementação na imunomodulação.

Palavras-chave: sistema imunológico; imunonutrientes; antioxidantes.

CÂNCER NA INFÂNCIA: DA ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL AO DIAGNÓSTICO

Martignago, F.; Carlos, M. L.; Pianovski, M. A. D.; Pavan, C.; Ferrari, A.; Santos, B. C. M.; Lima, L. C.; Yamauchi, E.; Blum, R. R.; Ribeiro, R.
Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR

Introdução: Os tumores na infância diferem dos tumores nos adultos quanto à localização, tipo histológico e comportamento clínico. **Objetivo:** Descrever o estado nutricional dos pacientes pediátricos na admissão no Serviço de Oncopediatria do Hospital Erasto Gaertner. **Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, descritivo. Pacientes pediátricos: casos novos admitidos em 2007 e 2008. Análise prontuário eletrônico. Coletados: data nascimento e admissão; peso e estatura (até 10 dias da admissão); diagnóstico. Para classificar o Estado Nutricional (EN) utilizaram-se critérios da Organização Mundial da Saúde, segundo escores-Z de P/I, P/E, E/I e IMC. Os diagnósticos foram agrupados conforme Classificação Internacional do Câncer na Infância. **Resultados:** Foram avaliados 86 pacientes, conforme critérios de inclusão. Do total, 41 tinham menos de 10 anos (Grupo 1) e 45 apresentavam idade igual ou maior a 10 anos (Grupo 2). No Grupo 1, 63,% eram meninas, prevalecendo o diagnóstico de leucemias (30%), seguido de tumores de sistema nervoso central (20%). A porcentagem de pacientes eutróficos, de acordo com os índices avaliados foi P/E (90%), P/I (78%), E/I (88%) e IMC (78%). No Grupo 2, 66% eram meninos, 36% apresentavam diagnóstico de leucemias, 20% de linfomas e 18% de tumores ósseos. Em relação ao EN no grupo 2, 98% apresentam estatura adequada para idade, 69% IMC adequado para idade, 4% e 16% respectivamente obesidade e sobrepeso e 11% baixo IMC para idade. **Conclusões:** A maioria dos pacientes pediátricos com câncer não se apresenta com comprometimento de EN ao diagnóstico de neoplasia.

STATUS MENOPÁUSICO E CONSUMO DE ÁLCOOL: ESTUDO TRANSVERSAL COM UMA AMOSTRA DE MULHERES GAÚCHAS EM RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA

Müller, C.D.; Manfroi, G.; Hackenback L.; Skonieski G.; Caleffi M.; Cibeira G.H.
Hospital Moinhos de Vento – Porto Alegre, RS

Introdução: O consumo de álcool em diferentes status menopáusicos tem sido relacionado ao risco de desenvolver câncer de mama. **Objetivo:** Avaliar o consumo de bebida alcoólica em uma amostra de mulheres em rastreamento mamográfico para câncer de mama. **Métodos:** Estudo transversal conduzido em mulheres pertencentes ao Projeto Saúde da Mama, Núcleo Mama, Porto Alegre. Foram aferidos peso, altura, circunferência abdominal e dados referentes à história gineco-obstétrica. Foi aplicado um questionário para verificação do consumo de álcool; utilizado o Teste T Student e Anova para variáveis quantitativas e o teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Foi utilizado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de $P = 0,05$. Para o cálculo das análises utilizou-se o programa SPSS versão 14.0. **Resultados:** Foram avaliadas 317 mulheres com idades entre 36 e 79 anos ($52,3 \pm 8,4$). Em relação à abordagem do contato com o álcool, 30,0% ($n=95$) das entrevistadas relataram consumir álcool, 36,6% ($n=116$) se declararam como ex-bebedoras e 33,4 ($n=106$) informaram nunca terem bebido; além disso, 53,2% das mulheres que bebiam apresentaram sobrepeso. Comparando-se o status menopáusico com o consumo de álcool observou-se maior ingestão entre aquelas pré-menopáusicas ($p<0,05$). Além disso, aquelas participantes com maior escolaridade referiram beber mais ($p<0,05$). **Conclusão:** Em vista dos nossos resultados, são necessárias novas medidas de conscientização a fim de reforçar as diretrizes que preconizam o baixo consumo de bebidas alcoólicas, principalmente entre mulheres pré-menopáusicas (mais jovens) e com maior escolaridade.

PERFIL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE UNIDADE DE REFERÊNCIA EM TERAPIA NUTRICIONAL NUM HOSPITAL GERAL

Jatene, L.F.; Lucho, C.L.C.; Oliveira, R.O; Vencato, C.E.H.
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre, RS

Introdução: O ambulatório de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (TNEP) presta atendimento multiprofissional para todos os pacientes com indicação de dieta enteral. Os pacientes oncológicos possuem elevado risco nutricional, sendo necessária adequada orientação dietética na alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. **Objetivo:** Traçar o perfil dos pacientes oncológicos atendidos no ambulatório do TNEP num hospital geral. **Métodos:** Estudo retrospectivo, coleta de dados do prontuário eletrônico de pacientes oncológicos com atendimento nutricional no ambulatório, com prescrição de dieta enteral domiciliar, no período de fevereiro a maio de 2009. As variáveis coletadas foram: tipo de consulta, sexo, idade, procedência e localização da neoplasia. **Resultados:** Foram realizados 174 atendimentos nutricionais, divididos em 47,1% primeira consulta e 52,9% reconsulta, totalizando 38% dos atendimentos desse ambulatório. A distribuição por sexo: 78% masculino e 22% feminino e a idade média foi de 61 anos. A procedência: 43,9% oriundos de Porto Alegre, 36,6% da Grande Porto Alegre e 19,5% do interior do Estado. A prevalência na localização de neoplasias foi de 47,6% cabeça e pescoço, 29,3% aparelho digestivo, 11% pulmão e 12,1% outros. **Conclusão:** Diante das variáveis analisadas o tipo de neoplasia com maior prevalência foi de cabeça e pescoço, justificando o uso de dieta enteral, tendo em vista as complicações apresentadas. Fica evidenciada importante parcela (38%) de pacientes oncológicos atendidos no ambulatório, quando comparada com outras patologias (demências e sequelas neurológicas). Comprovando, assim, a necessidade de orientação e acompanhamento da dieta enteral desses pacientes, reforçando o papel das equipes quanto aos encaminhamentos dos mesmos na alta hospitalar.

TERAPIA NUTRICIONAL IMUNOMODULADORA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS

Sampaio, L.C.¹; Almeida, C.F.²

¹Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, RJ

²Fiocruz – Rio de Janeiro, RJ

Introdução: A desnutrição é frequente tanto no paciente internado em UTI, devido à resposta metabólica ao estresse, quanto no paciente oncológico, pelas alterações metabólicas induzidas pelo tumor. A desnutrição está associada à redução da imunidade, aumento do risco de infecções, demora no tempo de cicatrização de feridas, aumento da morbidade e mortalidade, maior tempo de ventilação mecânica, maior permanência e, conseqüentemente, maior custo hospitalar. A terapia nutricional (TN) é um conjunto de procedimentos terapêuticos empregados para manutenção ou recuperação do estado nutricional que pode ser realizada por meio de nutrição enteral. Esta é considerada um cuidado fundamental para o paciente crítico oncológico, já que traz como benefícios a redução do número de complicações infecciosas, manutenção da integridade da mucosa intestinal e redução da translocação bacteriana, além de diminuir resposta hipermetabólica. Os imunonutrientes são substâncias que têm um efeito positivo sobre o sistema imune e evidências científicas comprovam que a TN com estes imunomoduladores, como a arginina, glutamina, ácido graxo n-3 e nucleotídeos, pode trazer vários benefícios para os pacientes críticos. **Metodologia:** Este é um trabalho de revisão bibliográfica. **Objetivo:** Avaliar os benefícios da utilização de nutrientes imunomoduladores na TN enteral em pacientes oncológicos críticos. **Resultados:** Estudos mostram que esta forma de TN tem a capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. **Conclusão:** Desta forma, a terapêutica nutricional baseada na utilização da imunonutrição pode ser uma estratégia adequada para esta população, podendo ser um coadjuvante na melhora do prognóstico de pacientes oncológicos em terapia intensiva.

Palavras-chave: desnutrição, terapia nutricional, imunomoduladores, paciente crítico e câncer.

FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE

Inumaru, L.E.; Quintanilha, M.I.G.D.; Naves, M.M.V.; Silveira, E.A.
Faculdade de Nutrição/Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiás, GO

Introdução: O câncer é uma enfermidade de origem genética, de ocorrência influenciada por fatores ambientais. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o número de novos casos de câncer de mama esperados para o Brasil, em 2008, foi de 49.400, sendo que em Goiânia a estatística de incidência desta neoplasia foi semelhante à nacional (51 novos casos a cada 100 mil mulheres). **Objetivo:** Investigar os fatores de risco para o câncer de mama em mulheres atendidas no Hospital Araújo Jorge (HAJ), em Goiânia-Goiás, com diagnóstico recente da doença. **Metodologia:** Estudo caso-controle, cujos casos foram entrevistados no Ambulatório de Tecido Conjuntivo do HAJ, e os controles foram selecionados entre as usuárias do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFG. As variáveis investigadas foram: história ginecológica, lactação, medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência da cintura e circunferência abdominal), álcool e atividade física. Para análise dos dados usou-se o programa *Statistical Software for Professional*, versão 7.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética dos dois hospitais. **Resultados:** Foram coletadas informações de 27 mulheres com câncer de mama (casos) e de 52 controles. Houve associação estatisticamente significativa entre história familiar de câncer e neoplasia de mama (OR=2,73, IC 95% 1,03- 7,20 , p=0,04), não tendo sido encontrada associação significativa para as demais variáveis. **Conclusão:** história familiar de câncer constituiu um fator de risco, enquanto que excesso de peso e sedentarismo não foram confirmados como fatores de risco para a neoplasia mamária.

Palavras-chave: câncer de mama, fatores de risco, caso-controle.

PROJETO NÚCLEO MAMA PORTO ALEGRE: MEDIDA EFETIVA PARA PERDA DE PESO EM UMA MOSTRA DE MULHERES

Cibeira, G.H.; Lini, D.S.; Mendes, D.M.; Lubianca, L.M.
Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, RS

Introdução: O estilo de vida da população mundial sofreu mudanças que resultou em alterações nos hábitos alimentares, favorecendo o estilo de vida sedentário. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da intervenção nutricional na melhora da qualidade da dieta consumida e na perda de peso em uma amostra de mulheres. **Metodologia:** Foi realizado estudo experimental, não randomizado, com amostra de mulheres pertencentes ao Núcleo Mama Porto Alegre que se encontram em rastreamento mamográfico para câncer de mama. Foram incluídas participantes com IMC ≥ 25 kg/m². As participantes tiveram peso, altura e circunferência abdominal aferidos. Foi aplicado um recordatório de 24 horas e registro alimentar de 3 dias para aferição do consumo alimentar antes da intervenção e 6 meses após. A intervenção nutricional consistiu na orientação dietética de acordo com os hábitos alimentares, comportamentais e socioeconômicos das mulheres avaliadas. Foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para comparações intragrupos e o teste t-Student para dados pareados. **Resultados:** Foram avaliadas 52 mulheres com média de idade de $51,3 \pm 9,8$ anos. A mediana de renda familiar observada foi de R\$ 750,00. Observou-se que apenas 19,2% das participantes praticavam atividade física regularmente. **Conclusão:** Observamos efetividade do modelo aplicado. São necessários novos estudos para evidenciar melhora da qualidade de vida de indivíduos com excesso de peso e que possuam uma dieta desequilibrada, a fim de reforçar a importância da intervenção nutricional.

PERFIL NUTRICIONAL PRÉ-OPERATÓRIO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA (RECIFE, PE)

Ribeiro, A.P.G.R.; Silva, M.C.B.; Barbosa, J.M.
Hospital do Câncer de Pernambuco – Recife, PE

Introdução: Estudos têm comprovado a eficácia da avaliação nutricional no pré-cirúrgico de pacientes com neoplasia maligna com vistas a minimizar complicações relacionadas à má nutrição. **Objetivo:** Estudar o perfil nutricional de pacientes com câncer de mama pré-cirúrgico, admitidas no Hospital do Câncer de Pernambuco. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado entre maio e junho de 2009. Os dados foram obtidos através da aplicação de questionário contendo variáveis antropométricas e socioeconômicas. Os resultados foram analisados com auxílio do programa Excel® *for Windows*. A avaliação nutricional foi realizada mediante cálculo do índice de massa corporal (IMC) de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995) e a composição corporal através da adequação da CB, PCT e CMB, segundo valores propostos por Frisancho (2004). **Resultados:** A amostra preliminar obtida foi composta de 18 mulheres. A maioria possuía idade entre 40 e 59 anos (55,6%), era procedente da região metropolitana (55,6%), possuía menos de 8 anos de estudo (72,2%) e apresentavam renda familiar maior que 1 salário mínimo (72,2%). Na avaliação antropométrica obteve-se prevalência de 27,8% de baixo peso, 33,4% de eutrofia e 38,8% de excesso de peso (IMC > 25 kg/m²). Segundo parâmetros de composição corporal, houve 94,4% de depleção em relação à PCT (adeq. < 90%), 83,3% pela CB e 72,2% pela CMB. **Conclusão:** Os resultados preliminares apontam que apesar da maior prevalência de eutrofia e excesso de peso nestas mulheres, há comprometimento das reservas de gordura e proteína, e, portanto, esta população encontra-se em risco e necessita de acompanhamento nutricional ainda em período anterior à cirurgia oncológica.

PROTOCOLO NUTRICIONAL PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS COM ÚLCERA POR PRESSÃO

Cardenas, T.C.; Alvarenga, L.N.; Delalibera, F.Y.;
Sandrini, A.C.V.; Camacho-Lima, S.T.C.

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira" (ICESP), SP

Introdução: A úlcera por pressão (UP) é definida como uma lesão cutânea ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica e localizada usualmente sobre uma proeminência óssea. Seu aparecimento pode estar relacionado à idade, estado nutricional, perfusão tecidual, uso de sedativos, entre outros. A UP também é um problema comum em pacientes oncológicos, principalmente os terminais, que passam muito tempo acamados. **Objetivo:** Frente à importância da prevenção e/ou reversão da UP e os custos envolvidos para o tratamento, foi desenvolvido protocolo para utilização de suplementos ou dieta enteral específicos nesse grupo de pacientes. **Métodos:** Revisão da literatura entre os anos de 1997 e 2008. **Resultados:** A partir do instrumento utilizado para triar os pacientes no ICESP (*Nutritional Risk Screening*, 2002), foi desenvolvido um protocolo para suplementação via oral ou utilização de dieta enteral em pacientes com ou em risco de desenvolver UP. De acordo com o escore resultante da triagem, aliam-se instrumentos como Escala de Braden e parâmetros bioquímicos. Quando o escore indica necessidade de suplementação e/ou dieta enteral específicos opta-se por aqueles contendo arginina e zinco, atentando-se para o valor calórico e proteico ofertados e volume hídrico. **Conclusão:** Fica evidente a necessidade e a importância da criação e implementação de protocolos para conduta nutricional, já que não há um consenso dentre as publicações sobre a terapia nutricional adequada para tratamento e/ou prevenção da UP em pacientes hospitalizados. A conduta terapêutica deve ser de enfoque multidisciplinar, já que a lesão tem característica de multicausalidade.

A INFLUÊNCIA DO SUCO DE UVAS PRETAS NA BIODISPONIBILIDADE DA CICLOSPORINA ORAL

Oliveira Freitas, V.L.¹; Dalla Costa, T.²;
Manfro, R.C.³; Cruz, L.B.1; Schwartzmann, G.^{1,3}

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, ²Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, ³Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS

Introdução: A ciclosporina é amplamente utilizada em nosso país como terapia de imunossupressão crônica em transplantes de órgãos e em doenças autoimunes. Há evidências na literatura demonstrando que vários agentes terapêuticos, incluindo a ciclosporina, podem ter a sua biodisponibilidade afetada pela ingestão concomitante de vinho tinto ou suco de pomelo. Devido à sua vocação vitivinícola, é frequente o consumo de suco de uvas pretas na Região Sul. **Objetivo:** Avaliar a influência deste suco na biodisponibilidade da ciclosporina oral após a administração de dose única em voluntários sadios, comparativamente à sua coadministração com água. **Material e métodos:** Doze homens adultos sadios receberam 200 mg de ciclosporina depois de 10 horas de jejum, randomizados em dois grupos: um com o medicamento administrado com suco de uvas pretas e outro com água. Após uma semana, o grupo que recebeu a ciclosporina com suco de uvas, recebeu com água e vice-versa. **Resultados:** O suco de uvas pretas produziu um decréscimo de 30% na área sobre a curva (ASC) da ciclosporina (de 3962 ± 567 para 2771 ± 714 ng·h/mL) e 28% de redução na concentração máxima (C_{max}) (de 943 ± 167 para $679 \pm 152,5$ ng/mL), sem mudanças significativas no *clearance* e no tempo de meia vida. **Conclusão:** O suco de uvas pretas diminuiu significativamente a biodisponibilidade da ciclosporina, podendo comprometer o seu efeito farmacodinâmico. Neste sentido, teríamos um efeito imunossupressor menor. Com esta informação, para tomar a ciclosporina com o suco deveríamos aumentar 30% da dose. Essa observação tem potencial relevância na prática médica.

COMPARAÇÃO DE DOIS DIFERENTES MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM NEOPLASIAS GASTROINTESTINAIS

Rodrigues, F.O.; Pizzato, A.C.

Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI)/ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)

Introdução: A desnutrição proteico-calórica é um indício frequente da presença de tumor maligno, sendo de origem multifatorial. A identificação precoce do estado nutricional de pacientes oncológicos é importante a fim de evitar má resposta ao tratamento e prognóstico negativo. **Objetivo:** Comparar dois diferentes métodos de avaliação do estado nutricional em pacientes com neoplasia gastrointestinal. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional com pacientes internados em um hospital universitário no período de dois meses. A coleta de dados baseou-se na avaliação antropométrica, que constou do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e aplicação da Avaliação Subjetiva Global para Oncologia (ASG). Foram respeitados os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Foram avaliados 19 pacientes com neoplasia gastrointestinal. Ao comparar os dois métodos, a ASG classificou como desnutridos ou em risco nutricional 74% dos pacientes, sendo que 42% apresentavam risco de desnutrição ou desnutrição moderada e 32% estavam severamente desnutridos. Em relação à classificação através do IMC, 16% dos pacientes estavam desnutridos, sendo importante salientar que um alto percentual foi classificado com sobrepeso (58%). **Conclusão:** A desnutrição é comum em pacientes oncológicos. O método de ASG se mostrou mais sensível para detectar a desnutrição nessa população. O ideal na avaliação nutricional de pacientes neoplásicos é a associação de técnicas distintas, a fim de diagnosticar precocemente pacientes em risco nutricional e/ou desnutridos, buscando instituir a terapia nutricional o mais breve possível.

INVESTIGAÇÃO NUTRICIONAL DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO EM SALVADOR (BA): A INFLUÊNCIA DO ESTADO NUTRICIONAL NO SURGIMENTO E PROGNÓSTICO NO CÂNCER

Varjão, M.L.; Rios, T.C.; Lustosa, S.A.T.; Valverde, C.C.;
Motta, R.C.S.A.A.; Peixinho, K.C.; Miranda, R.
Hospital Aristides Maltez – Salvador, BA

Introdução: A avaliação do estado nutricional (EN) do paciente com câncer deve ser o primeiro passo da terapêutica nutricional, pois este pode ser considerado tanto como um fator de risco para desenvolvimento do câncer, como um indicador de mau prognóstico. A coleta de informações no momento da internação, de maneira precisa, visa à identificação do risco de desnutrição e está relacionada às complicações de sua enfermidade. É, ainda, fundamental para adoção de ações de assistência nutricional, medidas para recuperação ou prevenção ao agravamento do EN, com utilização de uma Terapia Nutricional eficiente. **Objetivo:** Investigar o perfil nutricional de pacientes oncológicos e a influência do EN no surgimento e prognóstico do câncer, confrontando com a literatura. **Métodos:** Estudo transversal, de natureza quantitativa, com 935 pacientes admitidos para as clínicas médicas e cirúrgicas, adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos. Para avaliação foram realizados questionários com dados clínicos, antropométricos (IMC e %PP) e ASG. **Resultados:** Verificou que o excesso de peso pode ser considerado um fator de risco para aparecimento de cânceres como mama, ovário, reto e próstata. A desnutrição foi mais evidenciada nos pacientes com câncer gástrico e de cabeça e pescoço, onde esta pode influenciar no prognóstico destes pacientes. **Conclusão:** A terapia nutricional precoce é determinante para uma resposta terapêutica positiva.

TRIAGEM NUTRICIONAL AMBULATORIAL PEDIÁTRICA: PROPOSTA DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Gruezo, N.D.; Pinho, N.B.; Rodrigues, V.D.; Oliveira, A.G.; Cascais, P.M.; Almeida, F.S.; Santos, P.P.; Rasinhas, M.G.S.
Instituto Nacional de Câncer – RJ

Introdução: Os pacientes com câncer pediátrico estão sob grande risco de desenvolver agravo das condições clínicas e nutricionais durante o tratamento neoplásico, especialmente pela maior suscetibilidade do sistema imune e debilidade orgânicas associadas às toxicidades das drogas e outras complicações terapêuticas. O cuidado nutricional na criança com câncer tem como objetivo identificar precocemente risco nutricional, promover crescimento e desenvolvimento normais, melhorar a resposta imunológica e a tolerância ao tratamento. **Objetivo:** Identificar de forma precoce a criança que necessita de um cuidado nutricional, através de um instrumento de triagem ambulatorial pediátrica realizada pela equipe de enfermagem logo após a abertura de prontuário destes pacientes. **Método:** A triagem nutricional é realizada pela equipe de enfermagem mensurando-se o peso da criança, que é comparado a uma tabela contendo as variáveis peso (kg) por idade (meses e anos) de acordo com o sexo. Foram utilizadas na construção deste material as novas curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2007), que representam a melhor descrição do crescimento físico para crianças até 10 anos de idade. **Resultados:** Identificado peso baixo para idade ou peso elevado para idade, a criança é encaminhada para atendimento imediato ou marcação de consulta ambulatorial com o Serviço de Nutrição em até 30 dias. **Conclusão:** A criação deste instrumento permitiu a detecção precoce de risco nutricional em 30% das crianças assistidas pela unidade pediátrica ambulatorial do INCA.

ADESÃO AMBULATORIAL DE PACIENTES PORTADORES DE TUMORES ABDOMINAIS

Gruezo, N.D; Pinho, N.B; Rodrigues, V.D; Feijó, P.M; Virgulino, K.F
Instituto Nacional de Câncer – RJ

Introdução: O acompanhamento nutricional ambulatorial objetiva reabilitar nutricionalmente os pacientes portadores de câncer abdominal, recuperar o estado funcional, normalizar a composição corpórea e melhorar a cicatrização e a função imunológica, e interferir diretamente na qualidade de vida. **Objetivo:** Identificar a adesão dos pacientes com câncer abdominal ao ambulatório do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer I/INCA. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento prospectivo no período de junho/2008 a junho/2009 de todos os pacientes internados para tratamento clínico (22,3%) ou cirúrgico (77,7%) na clínica de abdômen, compreendendo 693 pacientes portadores de tumores abdominais, sendo 47,3% com tumor de cólon e reto, 25,8% com tumor gástrico, 7,9% com tumor de pâncreas e 6,2% com tumor de esôfago. **Resultado:** Verificou-se que antes do início do tratamento oncológico 53,2% dos pacientes receberam atendimento nutricional ambulatorial, sendo que 41% receberam terapia nutricional enteral ou oral (TNEO) e 11,9% orientação nutricional. Setenta e sete por cento dos pacientes que foram atendidos pelo ambulatório de nutrição pré-tratamento receberam TNEO. O percentual de indivíduos que receberam TNEO pré-tratamento oncológico, quanto à localização da doença, foram: 100% dos pacientes portadores de tumor de esôfago, 87,5% com tumores gástricos, 96,3% com tumor de pâncreas, 69,2% com tumores de cólon e reto. **Conclusão:** É reduzido o percentual de atendimento nutricional ambulatorial pré-tratamento oncológico e alto o percentual de pacientes atendidos pelo ambulatório de nutrição com indicação de TNEO (77%). Pacientes com tumores abdominais apresentam redução no consumo alimentar em decorrência de dificuldades absorptivas e mecânicas, o que pode influenciar negativamente a evolução pós-operatória e clínica.

NECESSIDADES NUTRICIONAIS NO PACIENTE CIRÚRGICO E CLÍNICO PEDIÁTRICO: COMO DEVO ESTIMAR?

Spolidoro, J.V.N.

Faculdade de Medicina da PUC-RS – Porto Alegre, RS e Hospital Moínhos de Vento –
Porto Alegre, RS

As recomendações atuais orientam oferta calórico-proteica basal, sem incluir fatores de estresse, evitando o catabolismo. A partir da estabilização das condições clínicas da criança, deveremos buscar uma oferta nutricional maior, que deve focar o crescimento. Nossa recomendação é a de Holliday-Seager. Nas crianças doentes, especialmente em condições clínicas críticas ou em estresse cirúrgico, é recomendado uso de valores maiores de proteína. É importante, em caso de nutrição enteral, a escolha de fórmulas que sejam bem toleradas, sempre utilizando formulações específicas para a faixa etária, que oferecidas em quantidade suficiente, preencherão todas as recomendações para aquele lactente. Nas crianças muito críticas, o uso de uma formulação mais proteica é recomendável (existe fórmula para lactente com 2,6 g proteína/100 kcal e 1 kcal/ml), enquanto na criança estável pode ser utilizada as formulações para lactentes normais. Em nutrição parenteral podemos utilizar valores similares aos descritos acima, procurando respeitar a relação de calorias não proteicas por grama de nitrogênio, que varia conforme a idade. Nos lactentes críticos, especialmente em condições clínicas de choque ou instabilidade hemodinâmica, esta relação deve ser mais baixa (em torno de 80% do valor original). As fórmulas disponíveis no mercado para crianças, que podem conter 1 ou 1,5 kcal/ml, oferecem as necessidades básicas para crianças entre 1 e 4 anos, sendo que as crianças escolares e adolescentes já se beneficiam de formulações isosmolares para adultos. É importante atentar para os micronutrientes, suplementando vitaminas e minerais conforme as formulações utilizadas, em especial o ferro, comprovadamente fundamental para o crescimento corporal e desenvolvimento cerebral. A recomendação de nutrientes para crianças é baseada nas DRIs.

Referências

DUPONT, C. Protein requirements during the first year of life. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003 Jun; 77(6):1544S-1549S.

FALCAO, M. C.; TANNURI, U. Nutrition for the pediatric surgical patient: approach in the peri-operative period. *Revista do Hospital das Clinicas e Faculdade de Medicina de São Paulo*. 2002 Nov-Dec; 57(6):299-308.

SPOLIDORO, J. V.; EPIFANIO, M.; BRANDÃO, I.; BARRETO, A. L. Dietas para nutrição enteral pediátrica. In: *Waitzberg DL*. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4a Edição, São Paulo: Ed. Atheneu, 2009. p. 1433-54.

SPOLIDORO, J. V.; EPIFANIO, M.; BRANDÃO, I. Avaliação e acesso nutricional enteral e parenteral em Pediatria. In: *Waitzberg DL*. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4a Edição, São Paulo: Ed. Atheneu, 2009. p. 1455-72.

U. S. Food and Drug Administration. The Food Label. Available at: <www.fda.gov/opacom/backgrounders/foodlabel/newlabel.html> (Accessed on: January 18, 2006).

TERAPIA NUTRICIONAL NO PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Spolidoro, J.V.N.

Faculdade de Medicina da PUC-RS – Porto Alegre, RS e Hospital Moinhos de Vento –
Porto Alegre, RS

A criança em Unidade de Terapia Intensiva está submetida a uma condição crítica, com frequência previamente desnutrida, e com incapacidade de ingerir alimentos. Nas UTIs brasileiras mais de 50% das crianças que se internam são desnutridas. Elas têm necessidades calórico-proteicas elevadas, com restrição do volume. Grande número dos pacientes possui trato digestivo funcionando, possibilitando uso de sondas. A via de eleição para a administração de alimentos é a digestiva, preferentemente gástrica e oral. Frequentemente não é possível a via oral, a qual deve ser reiniciada tão logo as condições do paciente permitam. A via preferencial é a gástrica para o uso de sondas e raramente a alimentação jejunal se faz necessária, exceção feita ao paciente com alto risco de aspiração pulmonar. Quando houver algum impedimento para a utilização da via digestiva, a mesma deve ser iniciada o mais precocemente possível. Uma mucosa intestinal atrófica, que há alguns anos parecia apenas uma inofensiva consequência do desuso, é considerada hoje a causa de graves problemas no paciente criticamente doente (comprometimento imunológico local, translocação bacteriana). Recomenda-se fórmulas nutritivas com maior densidade calórica, respeitando o limite de 350 mOsm/kg. A NP deve ser instituída quando a via oral ou enteral for impossível, difícil, inadequada, insuficiente, perigosa ou contraindicada. A menor tolerância dos RN prematuros à nutrição enteral, mesmo sem patologias relevantes, deve-se, em parte, ao menor comprimento do intestino, à menor motilidade intestinal, quantidades diminuídas de enzimas intestinais e imaturidade da regulação do fluxo sanguíneo intestinal, aumentando consideravelmente o risco de enterocolite necrosante. Nestes pacientes a NP deve ser iniciada nas primeiras 24 horas de vida, progredindo nutrição enteral conforme tolerância. Os cateteres denominados PICC (cateter central de inserção percutânea) têm seu uso crescente, especialmente na UTI Neonatal.

Referências

ASPEN. Guidelines for the use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. JPEN 2002; 26(Suppl):1SA-137SA.

BORZOTTA, A. P.; PENNINS, J.; PAPASADERO, B. et al. Enteral versus parenteral nutrition after severe closed head injury. *Journal of Trauma* 1994; 37:459-68.

GAZAL, C. H. A.; SILVEIRA, T. R.; MELLO, E. D.; CARVALHO, P. R. A.; STOLZMANN, A. L. The relationship of nutritional status to mortality in critically ill children. *Revista Brasileira de terapia Intensiva* 1991; 3 (3): 64 - 66.

GOTTSCHLICH, M. M.; JENKINS, M.; WARDEN, G. D. et al. Differential effects of three Enteral dietary regimens on selected outcome variables in burn patients. *JPEN* 1990; 14:225-36.

KUDSK, K. A.; CROCE, M. A.; FABIAN, T. C. et al. Enteral versus parenteral feeding: effects on septic morbidity following penetrating trauma. *Annals of Surgery*, 1992; 215:503-13.

SPOLIDORO, J. V. Nutrição Parenteral em Pediatria. *Journal of Pediatrics* (Rio de Janeiro), 2000. 76(Suppl 3):S339-48.

WOJNAR, M. M.; HAWKINS, W. G.; LANG, C. H. Nutritional support of the septic patient. *Critical Care Clin*, 1995; 11:717-33.

