

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE SAÚDE E BIOTECNOLOGIA
CURSO DE NUTRIÇÃO**

JULLYANI SANTOS NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS: PERFIL, ESTADO NUTRICIONAL E
ALIMENTAÇÃO**

Coari-AM

2020

JULLYANI SANTOS NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS: PERFIL, ESTADO NUTRICIONAL E
ALIMENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Nutrição da Universidade Federal do
Amazonas como parte dos requisitos exigidos para
a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Regina Coeli da Silva Vieira

Coari-AM

2020

Ficha Cartográfica

N972a Nunes, Jullyani Santos
Acompanhamento nutricional em pacientes oncológicos: perfil, estado nutricional e alimentação. / Jullyani Santos Nunes . 2020 31 f.: 31 cm.

Orientadora: Regina Coeli da Silva Vieira
TCC de Graduação (Nutrição) - Universidade Federal do Amazonas.

1. neoplasia. 2. avaliação nutricional. 3. estado nutricional. 4. antropometria. I. Vieira, Regina Coeli da Silva. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

JULLYANI SANTOS NUNES

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS: PERFIL, ESTADO NUTRICIONAL E
ALIMENTAÇÃO**

Este trabalho foi apresentado, julgado e aprovado como quesito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Amazonas.

Banca Examinadora:

Amanda Foster Lopes Hanada- Universidade Federal do Amazonas- ISB

André Bento Chaves Santana- Universidade Federal do Amazonas- ISB

Brenner Kássio Ferreira de Oliveira – Universidade Federal do Amazonas- ISB

DATA DE APRESENTAÇÃO: 09/11/2020

AGRADECIMENTOS

O estudo possibilita, de acordo com as escolhas de cada um, uma vida nova. Nesse sentido, agradeço a Deus por ter sido meu sustento e força. Ele foi:

O meu consolo, quando estava longe da minha família;

Meu reto caminho, apontando para onde eu devia seguir para me tornar aquilo que sou hoje;

Minha inspiração para ultrapassar meus limites;

Minha quietude e sabedoria

MEU TUDO.

Agradeço a minha família, que mesmo longe, me apoiou, espiritualmente e financeiramente, e vibrou com cada vitória e consolou nas derrotas:

Reynaldo Nunes (Papai), Joselene Santos (Mamãe), Jonise Santos (Titia), Josevane Santos (Titia), Regina Nunes (Titia), Maria de Nazaré e Joselito Santos (Avós maternos), Jacirema e Humberto Nunes (Avós paternos), Maria Eduarda (Irmã), Marcio Antônio (Irmão) e Marlem (Prima).

Em memória a Rafaela Santos Nunes (irmã) e Gleissiane Alves (madrinha), vítimas precoces do câncer, que me motivam a lutar e a cuidar das pessoas que passam por aquilo que elas passaram.

Agradeço aos amigos que deixei em Belém, mas que nunca me abandonaram, apesar da distância, vácuos frequentes e defeitos:

Izabelly Oliveira e Gabriel Marruáz.

Agradeço aos amigos reais que Coari me apresentou, foi com eles que esses últimos 5 anos se tornaram inesquecíveis, suportáveis e insuportáveis, agradáveis, fecundos, agora na reta final, saudosos:

Grupo de Oração:

Jéssica Trindade, Kaio Trindade, Ronaldo Dias, Victor Matheus, Reinaldo Oliveira, Beatriz Freitas, Junior Barbosa, Maria de Jesus Martins, Bianca Martins, Bruno, Euzilene Medeiros, Kaliandra Medeiros, Paulo Mitouso, Paulo Cesar Rodrigues, Angela, Jean Rodrigues, Marcos Oliveira, Gisélia Oliveira, Cristhiane Zurra, Mayco, Felipe Oliveira, Luan, Daniele.

UFAM

Aline Pereira, Iamilys Braga, Kendria Silva, Jamille Monteiro, Emily Vilhena, Marcos Vinicius, Erivelton, Francisca.

Agradeço aos meus professores, os responsáveis pela minha formação como profissional e pessoal:

Prof. Tiago de Jesus - orientador/ amigo- desde o 1º período, me ensinou a ser proativa no universo acadêmico, o que resultou em uma menção honrosa (2018) e um prêmio de melhor trabalho (2019).

Prof. Marduce Marques - além de ensinar a disciplina técnica, ensina humanidade. É privilegiado sim, quem teve a oportunidade de conhecê-la.

Prof. Brenner Kássio - educador dedicado e amigo preocupado. Seus seminários me ensinam ser detalhista e uma aluna aplicada.

Prof. Karoline Freitas - os “gritos” podem ser de cuidado também. Mulher e professora de muita luz.

Prof. Daiane Castro - eu não sei quem era a pupila, eu ou ela. Sempre dedicada ao ato de ensinar.

Prof. Gustavo Fanaro - exigente, engraçado e melhor coorientador da vida.

Finalmente, agradeço a minha orientadora Prof. Regina Coeli S. Vieira, parceira das fisiopatologias da vida. Juntas desbravamos as dificuldades do projeto e da luta da saúde contra o câncer.

Agradeço a ciência da Nutrição que me possibilitou a ferramenta para o cuidado com o próximo, finalidade da minha profissão.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, em breve farás o impossível”

São Francisco de Assis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODOS	14
3 RESULTADOS	15
4 DISCUSSÃO	18
6 REFERÊNCIAS	22
ANEXO A- NORMAS DA REVISTA	25
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	31

**ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
PERFIL, ESTADO NUTRICIONAL E ALIMENTAÇÃO**

**NUTRITIONAL FOLLOW-UP IN CANCER PATIENTS: PROFILE, NUTRITIONAL
STATUS AND FEEDING**

**SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER: PERFIL,
ESTADO NUTRICIONAL Y ALIMENTACIÓN**

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL-PACIENTES ONCOLÓGICOS

JULLYANI SANTOS NUNES¹

Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Coari-AM, Brasil.

Declaração de conflitos de interesses:

Nada a declarar

Fontes de financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, a partir do Programa PIBIC/PAIC 2019/2020.

¹ Jullyani Santos Nunes. Endereço para correspondência (institucional): Estrada Coari/Mamiá, 305 – Bairro: Espírito Santo – CEP: 69.460-000 – Coari - AM. (92) 99355-2259 e-mail: jullyaninunes@outlook.com. <https://orcid.org/0000-0003-0264-7919>.

RESUMO

O câncer é uma doença multifatorial, que tem como principal característica uma rápida e desordenada multiplicação de células, com seu sistema de apoptose defeituoso. Pacientes com câncer tem um grande risco de definhamento nutricional. A identificação do estado nutricional desses pacientes, assim como a preservação de um estado nutricional adequado é um grande aliado para a recuperação e melhor qualidade de vida. O objetivo do trabalho foi analisar o estado nutricional e a alimentação de pacientes oncológicos, a partir dos dados antropométricos, ASG-PPP e frequência de consumo alimentar. Trata-se de estudo transversal com pacientes diagnosticados com câncer no Município de Coari-AM. Foram avaliados 12 indivíduos com média de idade de 51,6 anos, dos quais 91,6% eram do sexo feminino. Os resultados mostram que os tumores relacionados ao aparelho reprodutor são os mais prevalentes (83,3%). A maioria dos indivíduos apresenta excesso de peso (de acordo com IMC), mas 41,6% apresenta déficit nutricional segundo a PCT, relacionando-se com categorias B e C da avaliação subjetiva global. Muitos (41,6%) apresentam problemas em se alimentar com a ingestão afetada por sintomas que afetam o trato gastrointestinal. Positivamente o consumo de vegetais costuma ser de 6 vezes ou mais na semana, entretanto o de alimentos ultraprocessados também é elevado. A maioria (91,6%) necessita de intervenção nutricional em algum grau, contudo, nenhum dos pacientes avaliados tiveram acompanhamento nutricional até a coleta. Os resultados demonstram a importância da efetivação de acompanhamento nutricional a fim de contribuir para melhoria do hábito alimentar e do estado nutricional desse grupo populacional.

Palavras-chave: Neoplasia; Avaliação Nutricional; Estado Nutricional; Antropometria.

ABSTRACT

Cancer is a multifactorial disease, which has as its main characteristic a rapid and disordered multiplication of cells with its faulty apoptosis system. Cancer patients have a high risk of nutritional wasting. The identification of the nutritional status of these patients, as well as the preservation of an adequate nutritional status is a great ally for recovery and better quality of life. The objective of this study was to analyze the nutritional status and feeding of cancer patients, based on anthropometric data, ASG-PPP and frequency of food intake. This is a cross-sectional study with patients diagnosed with cancer in the municipality of Coari-AM. We evaluated 12 individuals with a mean age of 51.6 years, of which 91.6% were female. The results show that tumors related to the reproductive system are the most prevalent (83.3%). Most individuals are overweight (according to BMI), but 41.6% present nutritional deficit according to PCT, relating to categories B and C of the subjective global assessment. Many (41.6%) have problems feeding with ingestion affected by symptoms affecting the gastrointestinal tract. The consumption of vegetables is usually 6 times or more per week, as well as that of ultra-processed foods. The majority (91.6%) requires nutritional intervention to some degree, however, none of the patients evaluated had nutritional follow-up until collection. The results demonstrate the importance of nutritional monitoring in order to contribute to improve the eating habits and nutritional status of this population group.

Keywords: Cancer; Nutrition Assessment; Nutritional Status; Anthropometry.

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad multifactorial, que tiene como característica principal una multiplicación rápida y desordenada de células con su sistema de apoptosis defectuoso. Los pacientes con cáncer tienen un alto riesgo de pérdida nutricional. La identificación del estado nutricional de estos pacientes, así como la preservación de un estado nutricional adecuado es un gran aliado para la recuperación y una mejor calidad de vida. El objetivo de este estudio fue analizar el estado nutricional y la alimentación de los pacientes con cáncer, basándose en datos antropométricos, ASG-PPP y frecuencia de ingesta de alimentos. Se trata de un estudio transversal con pacientes diagnosticados con cáncer en el municipio de Coari-AM. Evaluamos 12 individuos con una edad media de 51,6 años, de los cuales el 91,6% eran mujeres. Los resultados muestran que los tumores relacionados con el sistema reproductivo son los más frecuentes (83,3%). La mayoría de las personas tienen sobrepeso (según el IMC), pero el 41,6% presenta déficit nutricional según el PCT, en relación con las categorías B y C de la evaluación mundial subjetiva. Muchos (41,6%) tienen problemas para alimentarse con la ingestión afectada por síntomas que afectan el tracto gastrointestinal. Positivamente el consumo de verduras suele ser 6 veces o más a la semana, sin embargo, el consumo de alimentos ultraprocesados también es alto. La mayoría (91,6%) requiere intervención nutricional hasta cierto punto, sin embargo, ninguno de los pacientes evaluados tuvo seguimiento nutricional hasta su recolección. Los resultados demuestran la importancia del monitoreo nutricional para contribuir a mejorar los hábitos alimenticios y el estado nutricional de este grupo poblacional.

Palabras clave: Neoplasia; Evaluación Nutricional; Estado Nutricional; Antropometría.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é uma doença complexa que a cada ano vem ganhando espaço, principalmente, devido sua alta taxa de mortalidade e, considerando suas especificidades é o principal problema de saúde pública no mundo¹. O câncer ou neoplasia é uma patologia multifatorial que consiste em mais de 100 doenças², apresentando como característica comum a multiplicação desordenada de células, com tendência invasiva de tecidos e órgãos, que tem seu sistema de apoptose defeituoso, estimulando um descontrole celular, em relação a células normais.

As células cancerosas têm característica de se dividirem de forma rápida, agressiva e descontrolada, por esse motivo, as consequências dessa doença são altamente prejudiciais para o organismo³, e destaca-se pela formação de um tecido constituído por células autônomas com habilidades e capacidades bem diferentes das que a antecedem, a possibilidade de invasão tecidual e metástases são marcas reconhecidas das neoplasias malignas⁴. Os tipos de câncer mais incidentes no mundo são de pulmão (2,1 milhões), mama (2,1 milhões), colón e reto (1,8 milhões) e próstata (1,3 milhões), sendo que, o percentual de novos casos é mais alto em homens do que em mulheres, contando com percentual de 53% e 47%, respectivamente⁵. Vale destacar, que países com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentam um percentual de incidência elevado, comparado a países com baixo e médio IDH⁵.

No Brasil, o cenário não é diferente, as taxas de morbimortalidade de câncer vêm aumentando cada vez mais. Esse crescimento relaciona-se com a transição demográfica e o aumento da expectativa de vida que o país passou nas últimas décadas, que engloba o aumento do aparecimento e agravamento de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos mais idosos, com altos níveis de mortalidade e morbidade⁶.

As estimativas para o ano de 2020⁷, indicam que no Brasil haverá 625 mil novos casos de câncer, em que os mais incidentes serão o câncer de pele não melanoma (177 mil), próstata (66 mil), mama (66 mil), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Na região Norte, o percentual de incidência será elevado em canceres de próstata (28,7%) e estômago (11,5%), em homens e de mama (21%) e colo do útero (20,6%) em mulheres.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-INCA³, a elevação da incidência dos casos de câncer deve-se pela maior exposição da população aos fatores de risco: poluição química, etilismo, tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, radiação, exposição excessiva à radiação solar, agentes infecciosos, além de sobrepeso e

obesidade, que são estados nutricionais nos quais, estudos comprovam que também são fatores de risco para o desenvolvimento de câncer (3,8). Os fatores de risco são classificados como modificáveis - tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, inatividade física, agentes infecciosos, exposição à radiação, poluição, estado nutricional defasado, situação socioeconômica - e não modificáveis - idade, gênero, etnia, hereditariedade⁶.

Pacientes diagnosticados com tumores malignos, também chamados de pacientes oncológicos, apresentam uma série de alterações metabólicas que afeta diretamente seu estado nutricional e qualidade de vida, entre elas pode se citar alteração no metabolismo dos macronutrientes, perdas significativas de músculo esquelético, prejuízo nas funções do sistema imune e alterações no aspecto psicológico e emocional⁹. Além disso,

“a agressividade, a localização do tumor, os órgãos envolvidos, as condições clínicas e imunológicas, o diagnóstico tardio e a magnitude da terapêutica contribuem para o agravamento nutricional com implicações prognósticas”¹⁰.

O próprio tratamento antineoplásico convencional - quimioterapia, radioterapia, cirurgia - com seus efeitos colaterais e fatores associados com a possibilidade ou não da cura, gera sinais e sintomas, tais como dor, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, causando intenso desconforto ao paciente e um impacto negativo para a qualidade de vida, que deixa seu organismo vulnerável e debilitado (11,12).

Essas condições podem ser mudadas por um acompanhamento nutricional individualizado, levando em conta o estado nutricional, ingestão alimentar e qualidade de vida. O acompanhamento nutricional, também chamado de terapia ou tratamento nutricional é uma forma de cuidado que atende as necessidades nutricionais do paciente, a partir da identificação de seu estado nutricional, requerimento energético e fisiologia², ofertando uma alimentação balanceada que proporcione uma melhora no quadro clínico. Estudos confirmam que uma boa alimentação associada com a melhora do estado nutricional do paciente oncológico é eficaz para a reabilitação do paciente (3,13).

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi analisar o estado nutricional e alimentação dos pacientes diagnósticos com câncer no município de Coari, Amazonas.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal exploratório que foi realizado com pacientes com câncer do município de Coari-AM, parte de um projeto maior denominado “ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DE COARI-AM” que ocorrerá até 2024.

Os critérios de inclusão utilizados foram indivíduos com diagnóstico positivo de tumor maligno, que realizaram ou realizam tratamento antineoplásico ou cirúrgico, maiores de 18 anos de idade, ambos os sexos. Os critérios de exclusão são indivíduos com câncer com idade menor de 18 anos e que estejam em cuidados paliativos.

A seleção dos indivíduos foi feita pelo banco de dados que a secretária de saúde do município de Coari disponibilizou, contendo nome, endereço, tipo de neoplasia e número de telefone. A partir disso, foi realizada visita domiciliar durante 2 semanas, no turno da manhã e da tarde, aplicando o questionário para a caracterização dos dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, religião, perfil ocupacional, renda) e clínicos (presença ou ausência de determinado tipo de câncer, tratamento adjuvante, data da cirurgia e outras doenças associadas), e realizado a avaliação antropométrica e aplicação do ASG-PPP.

O questionário era composto pelos seguintes dados:

1. Socioeconômicos: sigla do nome, data de nascimento, idade, nacionalidade, raça/etnia, endereço, quantas pessoas residem na casa, escolaridade, renda familiar e renda *per capita*, que será classificada através do estrato sócio econômico da ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁴.

2. Antropométricos: peso atual, peso habitual, % de perda de peso, adequação de peso e peso ideal, altura, IMC, distribuição de gordura corporal, adequação da dobra tricipital. Para a realização da antropometria foi utilizado trena antropométrica de fibra com trava, adipômetro clínico Sanny® com faixa de medição de 0 a 55 mm e tolerância de ± 1 mm em 55 mm, balança com capacidade total para 150kg e sensibilidade de 100g e estadiômetro portátil com capacidade de medição de 115 cm a 210 cm, com tolerância ± 2 mm em 210 cm e resolução em centímetros. A gordura corporal foi analisada considerando método¹⁵ que leva em conta 4 dobras cutâneas.

3. Frequência de consumo alimentar. Foi utilizado o questionário adaptado, elaborado pelo Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar – GAC¹⁶. Esse questionário é

composto pelo relato de mudanças na alimentação, uso de suplementos e alimentos por grupos alimentares, fazendo o indivíduo relatar o número de vezes que consome tal alimento e definindo a porção e a medida caseira. A frequência alimentar foi utilizada para estimar o consumo de vegetais e alimentos ultraprocessados entre os participantes.

4. Condições de saúde geral: o diagnóstico e localização do tumor primário e ASG-PPP¹⁷. Essa avaliação é dividida em duas partes. A primeira é preenchida pelo paciente que relata informações sobre seu peso e altura, ingestão alimentar, sintomas, atividade e função. A segunda parte é feita pelo profissional de saúde que relata sobre a doença e sua relação com requerimento nutricional, demanda metabólica e exame físico. Para a classificação, soma os pontos e escore total. O paciente é classificado em ASG A- bem nutrido, ASG B- desnutrição moderada ou suspeito de desnutrição e ASG C- gravemente desnutrido. Além disso, de acordo com a parte feita pelo paciente, é possível definir com o total do escore, qual intervenção nutricional é indicada para o paciente.

Os formulários foram aplicados pelo entrevistador independentemente da escolaridade do participante, a fim de padronização.

Para a tabulação dos dados foi utilizado Microsoft Excel®. Foi realizada a análise descritiva dos dados os quais foram expostos em medidas de tendência central (média e desvio-padrão), além de frequência percentual. Para comparar as frequências de quem estava com estado nutricional adequado ou inadequado com as variáveis independentes usou-se o teste Exato de Fisher. Sendo considerado diferença estatística quando $p\text{-valor} < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, parecer número: 4.059.997. Foram esclarecidos aos participantes os objetivos e os métodos da pesquisa, assim como a liberdade de participar ou não do estudo, e os que optaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 12 indivíduos com média de idade de 51,6 anos, 91,6% desses são do sexo feminino, morando em zona urbana com média de 6 pessoas na residência (amplitude: 2 a 18). A maioria com baixa escolaridade: 25% de analfabetos e 20,8% com ensino fundamental incompleto, apenas 20,8% apresentou ensino médio completo, e 8,3% com ensino superior completo. De acordo com a classificação econômica ABEP, não houve nenhum dos indivíduos

avaliados incluídos nas classes A e B1, somente nas classes B2 (16,6%), C1 (8,3), C2 (33,3%) e D-E (41,6%).

Os tipos de tumores mais prevalentes foram os do aparelho reprodutor, mas especificamente ginecológico (tabela 1) e 66,6% dos indivíduos realizaram tratamento cirúrgico prévio.

Localização	n	%
Trato gastrintestinal	1	8,3
Ginecológico (útero e/ou ovário)	9	75,0
Próstata	1	8,3
Tireoide	1	8,3
Outra localização	1	8,3

Tabela 1: Caracterização da localização do tumor/nódulos (Coari-2020)

A tabela 2 descreve os indivíduos de acordo com a avaliação nutricional. A maioria dos indivíduos apresenta sobrepeso, com média do IMC de 29,3 kg/m² e com gordura corporal classificado como muito alto. Contudo, cinco (41,6%) dos indivíduos avaliados mostraram desnutrição leve a grave, de acordo com a prega cutânea tricipital (PCT).

Variáveis	Média ± (DP)	Mínimo	Máximo
Índice de massa corporal (IMC: kg/m ²)	29,3 ± (11,2)	21,6	42,7
Peso atual (kg)	68,9 ± (10,8)	52,6	97,4
Estatura (em metros)	1,53 ± (0,06)	1,41	1,71
Peso habitual (kg)	68,9 ± (10,8)	60	80
Peso ideal (kg)	51,7 ± (7,2)	41,7	71,6
Peso ajustado (kg)	51,6 ± (5,6)	46,4	60,2
Adequação de peso (%)	135 ± (25,8)	102,9	203,7
Distribuição de gordura corporal (%)	39,4 ± (3,4)	33,2	43,9
Adequação da dobra tricipital (%)	104,4 ± (41,3)	44	174

Tabela 2: Dados antropométricos de pacientes oncológicos. (Coari-2020)

A ASG-PPP demonstrou que a maioria (58,33%) dos indivíduos se encontram em nutrição adequada e em estado anabólico, e sem nenhum sintoma que afeta a alimentação normal (tabela 3). As principais características dos indivíduos que estão classificados em ASG B e ASG C é uma ingestão alimentar em menor quantidade afetada por sintomas que afetam o

trato gastrointestinal, os sintomas relatados foram inapetência, náuseas, diarreia, dores abdominais e feridas na boca.

AVALIAÇÃO GLOBAL		n	%
ASG A		7	58,33
ASG B		3	25
ASG C		2	16,66
PRINCIPAIS SINTOMAS		n	%
Sem problemas para se alimentar		7	58,33
Com problemas para se alimentar		5	41,66
NÍVEL DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL		n	%
Sem necessidade		1	8,3
Educação nutricional		3	25
Intervenção nutricional		4	33,3
Necessidade crítica de intervenção nutricional		4	33,3

Tabela 3: Estado nutricional pela ASG-PPP de pacientes oncológicos. (Coari-2020)

Diante disso, foi possível relacionar o ASG-PPP com algumas variáveis, demonstrando a relação do estado global de cada paciente. Foi verificado que 41,6% indivíduos que apresentavam ASG adequado tinha idade menor que 59 anos, e que 33,3% pertencem às melhores classes econômicas (A, B e C). Pacientes com ASG-PPP inadequado apresentavam um consumo frequente de alimentos ultraprocessados (33,33%) - embutidos em geral, sucos artificiais, bebidas açucaradas, biscoitos, macarrão. Na Tabela 4 é apresentado a associação de variáveis demográficas, antropométricas e de ingestão alimentar pela prevalência do estado nutricional obtido pelo ASG-PPP.

Variáveis	Estado nutricional adequado (ASG-PPP)		Razão de prevalência	p-valor*
	Sim N (%)	Não N (%)		
Idade (em anos)				
≤ 59 anos	5 (41,6)	3 (25,0)	1,25 (0,4-3,8)	0,57
≥ 60 anos	2 (16,6)	2 (16,6)		
Adequação de peso (%)				
Adequado (Eutrofia)	0	2 (16,6)	indefinido	1,0
Inadequado (sobrepeso/obesidade)	7 (58,3)	3 (25,0)		
Distribuição de gordura corporal (%)				

Adequado (ideal)	0	0	indefinido	1,0
Inadequado (alto muito alto)	7(58,3)	5 (41,6)		
Adequação de PCT (%)				
Sem déficit (Eutrofia/obesidade)	6 (50,0)	1 (8,3)	4,28 (0,7-25,4)	0,68
Com déficit (Desnutrição)	1 (8,3)	4 (33,3)		
Consumo de vegetais				
Adequado ($\geq 6x$ na semana)	6 (50,0)	4 (33,3)	1,20 (0,3-5,2)	0,68
Inadequado ($< 5x$ na semana)	1 (8,3)	1 (8,3)		
Consumo de alimentos ultraprocessados				
Adequado (=0 não consome)	1 (8,3)	1 (8,3)	0,83 (0,2-3,6)	0,68
Inadequado (> 1 vez por semana)	6 (50,0)	4 (33,3)		
Classe econômica				
C, B-A	4 (33,3)	3 (25,0)	0,95 (0,4-2,5)	0,69
D-E	3 (25,0)	2 (16,6)		
Nível de intervenção nutricional				
Sem necessidade/ educação nutricional	4 (33,3)	0	2,67 (1,1-6,5)	0,70
Intervenção nutricional/ necessidade crítica de intervenção nutricional	3 (25,0)	5 (41,6)		

Tabela 4: Prevalência de (in)adequação do estado nutricional pela ASG-PPP de acordo com dados demográficos, antropométricos e de alimentação. (Coari-2020) *teste Exato de Fisher

4 DISCUSSÃO

Os cânceres ginecológicos foram os mais encontrados, isso corrobora com estimativas do INCA¹⁸, que indicaram que os cânceres prevalentes entre mulheres é o de mama, colón e reto e de colo uterino. Contudo, o câncer de mama apresenta uma maior taxa de prevalência em tal estimativa. No presente estudo, não houve nenhum caso de tumor maligno na mama, podendo estar relacionado com a baixa cobertura de exames que o identifique, o número reduzido de participantes e o tempo da coleta.

Um estudo realizado com mulheres em sua primeira consulta em ambulatório de mastologia demonstrou que mesmo com uma alta adesão ao exame de Papanicolau, a maioria delas não realizavam mamografia e nem o autoexame mamário regularmente, resultando em um atraso significativo do diagnóstico de tumor mamário¹⁹. Vale ressaltar, que estimativas mais específicas para o estado do Amazonas prevê uma incidência maior em câncer de colo de útero, próstata, mama e estômago³.

A pesquisa mostrou que 74,9% dos indivíduos estão classificados nas classes C2 e D-E, ou seja, menor poder aquisitivo. Filho et al.²⁰, faz a relação do fator de baixa condição

econômica relacionada com câncer e relata que devido à falta de assistência em saúde aos mais pobres, os predispõe a maiores cargas de doenças e a piores prognósticos, e que tumores malignos localizados no colo do útero e de cabeça e pescoço são os mais comuns na população em vulnerabilidade econômica. O nível de escolaridade também é um fator importante para evolução da doença, Carvalho e Queiroz²¹, ao entrevistar 120 mulheres com câncer no colo do útero verificou que a maioria dessas apresentavam ensino fundamental incompleto, destacando que baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico é um fator para o desenvolvimento desse tipo de tumor.

A avaliação do estado nutricional, de acordo, com os dados antropométricos revelou, no presente estudo, uma elevada prevalência de excesso de peso (83,3%), a partir da adequação do peso, e um alto percentual de gordura. Contudo, ao analisar a prega cutânea tricípital (PCT) isoladamente, observou-se que 41,6 % estavam com déficit. Souza et al.²² verificou o estado nutricional de pacientes com câncer e identificou a prevalência de eutrofia, de acordo com IMC, contudo, 52% dos pacientes estavam com déficit, quando avaliados pela PCT. Cogol et al.²³ em seu estudo com pacientes oncológicos, demonstrou que 48,6% apresentaram excesso de peso e 39% eutrofia, com um IMC médio de 25,7 kg/m², e ainda mais da metade não tiveram perda de peso, apenas mantiveram ou ganharam peso na época.

O Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica²⁴ revelou que 33% dos pacientes avaliados apresentavam déficit na reserva de gordura. Contudo, vale ressaltar, que mulheres com câncer no útero, vagina e vulva (69,7%) e nos ovários e anexos (59,1%) não apresentaram déficit de gordura, segundo a PCT, assemelhando-se ao estudo, visto que prevalece indivíduos sem déficit de gordura (58,4%). Sabe-se que a composição corporal se altera de acordo com a fase de vida. O processo do envelhecimento gera o aumento da massa de gordura, principalmente na região abdominal diminuindo a concentração de gordura nos membros e a diminuição da massa muscular²⁵. Além disso, outro estudo revela que a localização da gordura é um preditor de risco, seus resultados mostram que a maioria dos pacientes estudados apresentam maior concentração de gordura na região abdominal, resultando assim em sobrepeso²⁶.

A ASG-PPP é uma ferramenta padrão ouro para a identificação do risco nutricional em pacientes com câncer. Suas variáveis de avaliação são variação do peso, ingestão de alimentos, os sintomas gastrintestinais baseados na percepção do próprio paciente, e ainda é possível realizar exame físico, verificar condições catabólicas e capacidade funcional²⁴.

Colling et al.²⁷ realizou um estudo transversal com o instrumento ASG-PPP em pacientes que não tinham realizado sessões de quimioterapia e verificou que 73,5% desses não tinham reduzido o peso corporal e os principais sintomas relatados foram anorexia, dor, saciedade precoce e disgeusia. Na classificação da avaliação global, houve uma prevalência de 51,8% de ASG A, resultado semelhante ao presente estudo. Contudo, para aqueles com sintomas- inapetência, náuseas, diarreia, dores e feridas na boca- pode-se relacionar aos tratamentos quimioterápico e cirúrgico. O estudo de Mota et al.²⁸ destacou que os principais sintomas relacionados aos tumores de próstata e colo de útero entre os pacientes avaliados foram náuseas, vômitos e odores que enjoam. Dos pacientes avaliados, 3,8% estavam bem nutridos contra 55,1% precisando de intervenção nutricional.

Dallacosta et al.²⁹ revela em seu estudo, que mesmo tendo 83% dos pacientes avaliados em ASG B e C, o estado nutricional não estaria ligado a localização do tumor, mesmo sabendo do alto risco de desnutrição de indivíduos com câncer gastrointestinal, e sim da má alimentação, da falta de assistência nutricional e estilo de vida dos pacientes. Dos pacientes avaliados, 91,5% apresentavam má alimentação ou alimentação regular, 8,6% tinham a alimentação adequada e 81,4% não tem acompanhamento nutricional. Um trabalho epidemiológico observacional relacionou IMC e ASG-PPP e demonstrou que pacientes classificados como eutrofico e sobrepeso/obesidade apresentaram risco de desnutrição ou desnutrição moderada (ASG B), e ainda 1,1% gravemente desnutrido. Além disso, a maioria dos pacientes avaliados com IMC < 18,5 kg/m² estavam em ASG B e ASG C, contudo 9,1% desses apresentaram uma classificação de ASG A, ou seja, bem nutrido³⁰. Esses dados evidenciam, ainda mais, o ASG-PPP como instrumento essencial e preditor de risco nutricional em pacientes com câncer e que o IMC sozinho não revela o estado real do paciente.

Sales et al.³¹ avaliou mulheres sobreviventes do câncer de mama que não receberam orientação nutricional em nenhuma fase do tratamento e nem após. Das 100 mulheres que participaram da pesquisa, 80% estavam com excesso de peso, com IMC médio de 28,8 kg/m² e possuíam renda familiar inferior a 1 salário-mínimo. Quando avaliado ingestão alimentar, 88% tinham alto consumo de alimentos processado e ultraprocessados, os mais comuns eram frutas em conserva, queijos, pão industrializado, biscoitos e embutidos. Os alimentos in natura e minimamente processados mais consumidos foram carnes e ovos, frutas, leite, arroz e azeite. Essa pesquisa corrobora com os resultados do presente estudo, visto que a maioria dos entrevistados apresentam um alto consumo de alimentos ultraprocessados e relatam não ter contato algum com orientações nutricionais. No que se refere ao fator socioeconômico e o

consumo de alimentos processados e ultraprocessados, pode-se associar a facilidade de compra e ao estigma que ter uma alimentação saudável é cara e inviável em população de baixa renda.

Outro estudo avaliou 19 pacientes com câncer ginecológico em que o grupo experimental receberia uma intervenção no estilo de vida durante 6 meses. No aspecto nutricional, esses indivíduos receberam aconselhamento nutricional para ter uma dieta correta e balanceada, de acordo com os efeitos colaterais do tratamento e com oferta de suplementos. Os resultados para esse grupo foram positivos, indicando que tal intervenção melhora significativamente o estado nutricional e a qualidade de vida³². Muitos estudos randomizados com interferência no estilo de vida do paciente tem ressaltado a importância do acompanhamento nutricional, principalmente, para a manutenção de um estado nutricional saudável, para a diminuição dos sinais e sintomas dos tratamentos e para evitar quando curados, a recidiva do tumor⁽³²⁻³⁶⁾.

Os dados aqui apresentados apresentam inferência estatística limitada em virtude do baixo número de indivíduos investigados até o presente momento do trabalho. Contudo, já é possível verificar os resultados negativos da falta de um acompanhamento nutricional. Uma assistência nutricional é de suma importância para a melhora da qualidade de vida dos pacientes com câncer, visto que além de melhorar a alimentação, ajuda a atenuar os sintomas gastrintestinais e aumentar eficiência da resposta ao tratamento antineoplásico³⁷.

5 CONCLUSÃO

O estado nutricional de pacientes oncológicos é um parâmetro que deve ser sempre acompanhado, já que sua alteração eleva o risco de um pior prognóstico para o indivíduo. Foi visto a prevalência de excesso de peso nos indivíduos em conjunto com a má alimentação, resultado da falta de orientação nutricional e informações pertinentes sobre a alimentação.

É necessária uma maior importância no cuidado nutricional, incrementando de maneira mais concreta, na equipe multiprofissional para o cuidado desses pacientes. Paciente esse, cuja patologia apresenta processo catabólico e dificuldades para se alimentar, resultando em um prognóstico ruim, dificultando seu tratamento e conseqüentemente, sua melhora. O profissional nutricionista, em sua área de atuação, tem os mecanismos e instrumentos validados que evitam um definhamento nutricional, através de um manejo focado para o cuidado do paciente doente e para a prevenção de estados nutricionais que são fatores de riscos para o desenvolvimento do câncer, como por exemplo, a obesidade.

Por fim, é necessário a amplitude de estudos desse tipo para perceber-se que o pacientes oncológicos tem particularidades e que o cuidado nutricional deve ser individualizado para atender as necessidades nutricionais desses indivíduos. E como grave problema de saúde pública, a sensibilização e humanização no cuidado deve ser pauta e o passo primordial na discussão sobre o cuidado do indivíduo.

6 REFERÊNCIAS

1. Wild CP; Weiderpass E, Stewart BW. World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon: WHO, 2020. 613 p.
2. Mahan LK, Escott-stump S, Raymond JL. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1233 p.
3. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2018. 111 p.
4. Bifulco VA, Fernandes Junior HJF. Câncer: Uma visão multiprofissional. Barueri, São Paulo: Minha editora, 2014. 496 p.
5. Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov; 68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
6. INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 112 p.
7. INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 120 p.
8. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2010; (56) 1:43-50.
9. Arends J, Bodoky G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. Clin Nutr. 2006 Apr; 25(2):245-59. doi: 10.1016/j.clnu.2006.01.020.
10. Shils, ME et al. Nutrição Moderna na saúde e na doença. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2009. 2222 p.
11. Pereira PL, Nunes ALS, Duarte SFP. Qualidade de vida e consumo alimentar de pacientes oncológicos. Revista Brasileira de Cancerologia. 2015 abr/set; (61)3: 243-251. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2015v61n3.254>.
12. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG; Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Texto & Contexto – Enfermagem. 2018 mai 28; (27) 2:1-13. doi:10.1590/0104-070720180005420016.
13. Prado CD, Campos, JADB. Estado nutricional de pacientes oncológicos. Revista Uningá. 2007 dez; (14)1: 63-75. Disponível em: <<http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/view/623>>. Acesso em: 15 ago. 2020.
14. Associação brasileira de empresas de pesquisa-ABEP. Critério de classificação econômica Brasil. (São Paulo); 2016. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 29 nov. 2018.
15. Durnin JVGA, Wormersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from

- 16 to 72 years. *British Journal of Nutrition*. 1974; (32) 1:77-97. doi:10.1079/bjn19740060.
16. Grupo de pesquisa de avaliação do consumo alimentar-GAC (Brasil). Questionário de frequência alimentar adulto. 2013. Disponível em: <<http://www.gacusp.com.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.
 17. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. 2010 set/out: (30)5: 545-553. Doi:0.1590/1678-98652017000500001.
 18. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
 19. Tramonte MS, Silva PCS, Chubaci SR, Cordoba CCRC, Zucca-Matthes G, Vieira RAC. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. *Medicina (Ribeirao Preto)*. 2016; (49)5: 451-462. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v49i5p451-462.
 20. Filho VW, Antunes JLF, Boing AFB, Lorenzi RL. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 2008; (18)3: 427-450. Doi: 10.1590/S0103-73312008000300004.
 21. Carvalho MCC, Queiroz AB. Mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e HPV: descrição do perfil socioeconômico e demográfico. *DST– J. bras. Doenças. Sex. Transm.* 2011; (23)1: 28-33. doi: 10.5533/2177-8264-201123107.
 22. Souza RG de, Lopes TVC, Pereira SS, Soares LP, Pena GG. Avaliação do estado nutricional, consumo alimentar e capacidade funcional em pacientes oncológicos. *Braz J Oncol*. 2017; (13) 44:1-11. Disponível em: <http://www.brazilianjournalofoncology.com.br/export-pdf/13/v13n44a04.pdf>.
 23. Cagol F et al. Estado nutricional segundo avaliação subjetiva global produzida pelo paciente de acordo com a localização do tumor. *Nutri. Clín. Diet. Hosp*. 2016; (36)4:13-19. doi:10.12873/364doudmid.
 24. INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito brasileiro de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
 25. Wellman, NS, Kamp BJ. Nutrição e envelhecimento. In Mahan LK, Escottstump S, Raymond, JL. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
 26. Mota JCMG, Martins KA, Mota JF, Freitas-Junior R. Excesso de peso e de gordura androide em mulheres goianas recém-diagnosticadas com câncer de mama. *Rev.Bras Mastologia*. 2016; (26)2: 50-55. doi: 10.5327/Z201600020004RBM.
 27. Colling C, Duval PA, Silveira DH. Pacientes submetidos à quimioterapia: avaliação nutricional prévia. *Revista brasileira de cancerologia*. 2012; (58)4: 611-617. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/563>.
 28. Mota ES, Monteiro, RCM, Menezes KLS. Avaliação do risco nutricional de pacientes oncológicos atendidos no ambulatório da unacon em um hospital de referência por meio da ASG-PPP. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2019; (65)4: 67-73. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.267.
 29. Dalacosta FM et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. *Cogitare Enferm*. 2017; (22) 4. doi:10.5380/ce.v22i4.51503.
 30. Maurina ALZ, Dell’Osbel RS, Zanotti J. Avaliação nutricional e funcional em oncologia e desfecho clínico em pacientes da cidade de caxias do sul/rs. *Rev. Brasileira de cancerologia*. 2020 jun 12; 66(2):e-10996. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.996.
 31. Sales JN, Barbosa, MC, Bezerra IN, Verde SMML. Consumo de alimentos ultraprocessados por mulheres sobreviventes do câncer de mama. **Revista Brasileira**

- de Cancerologia**, [S.L.], v. 66, n. 3, p. 115-123, 26 ago. 2020. Revista Brasileira De Cancerologia (RBC). <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2020v66n3.1092>.
32. An H. et al. Effects of lifestyle intervention on fatigue, nutritional status, and quality of life in patients with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs*. 2015; (45)6: 812-822. doi: 10.4040/jkan.2015.45.6.812.
 33. Perl G. et al. Young patients and gastritestinal tract malignancies-are we addressing the unmet needs. *BMC Cancer*. 2016 ago; (16) 630. doi:10.1186/s12885-016-2676-4.
 34. Ziętańska M, Krawczyk-lipiec J, Kraj L, Zaucha R, Małgorzewicz, S. Chemotherapy-related toxicity, nutritional status and quality of life in precachectic oncologic patients with, or without, high protein nutritional support. A Prospective, Randomized Study. *Nutrients*. 2017. doi:10.3390/nu9101108.
 35. Kim SH et al. The effect of nutrition intervention with oral nutritional supplements on pancreatic and bile duct cancer patients undergoing chemotherapy. *Nutrients*. 2019 may 22; (11)5: 1145. doi: 10.3390/nu11051145.
 36. Santos RCC. Aplicação da ASG – PPP no paciente oncológico durante tratamento em uma clínica particular em Salvador – BA. *Brazilian Journal Of Health Review*. 2020; (3) 4:10756-10774. doi:10.34119/bjhrv3n4-283.
 37. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso nacional de nutrição oncológica. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112p.

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA

Preparo do Manuscrito

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word, margens de 3 cm em ambos os lados, em folha de tamanho A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5 em todas as seções. Não são aceitas notas de rodapé.

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular, com o verbo na voz ativa.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa EQUATOR Network.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. Nesse caso, os autores serão previamente comunicados das mudanças ocorridas.

Principais Orientações sobre cada Seção

1. Folha de Rosto

Deve conter:

a) Título do artigo com até 150 caracteres sem espaços, alternando letras maiúsculas e minúsculas, em português, inglês e espanhol e sem abreviações.

b) Título abreviado com até 50 caracteres sem espaços.

c) Autores

Nome(s) por extenso do(s) autor(es).

Indicar afiliação institucional completa, localização geográfica, e-mail e Orcid iD para cada autor.

Todos os tipos de documentos, sem exceção, devem ter autoria com especificação completa das instâncias institucionais e localizações geográficas (cidade, estado e país) de quando a pesquisa foi realizada e o manuscrito preparado. Cada instância institucional é identificada por nomes de até três níveis hierárquicos ou programáticos em ordem decrescente, por exemplo, universidade, faculdade e departamento.

Quando um autor é afiliado a mais de uma instância, cada afiliação deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instância, a identificação da instância é feita uma única vez. No caso de autores sem nenhuma afiliação, a instituição é identificada como Pesquisador Autônomo.

d) Autor correspondente

Nome, endereço completo com CEP, telefone e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito.

e) Critérios de autoria (contribuições dos autores)

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que: 1. contribui substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; 2. na obtenção, na análise e/ou interpretação dos dados; 3. assim como na redação e/ou revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Em estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos, os responsáveis devem ter seus nomes especificados e todos considerados autores devem cumprir os critérios anteriormente mencionados.

f) Agradecimentos

Os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria anteriormente descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração.

h) Declaração de conflito de interesses

É de responsabilidade dos autores a declaração sobre possíveis conflitos de interesse, incluindo interesses políticos ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais, insumos ou equipamentos utilizados no estudo.

Quando não houver, escrever “Nada a declarar”.

i) Fontes de financiamento

Em virtude da Portaria Capes número 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da Capes, os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, público ou privado, para a realização da pesquisa (incluindo as agências de fomento).

Quando houver fornecimento de material, insumo ou equipamento, gratuito ou com desconto para a realização da pesquisa, estes também devem ser mencionados, incluindo a empresa e a origem (cidade, estado e país). Na ausência de financiamento, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

2. Resumo e Palavras-chave (descritores)

Os resumos dos artigos (exceto de opinião) deverão ser redigidos em parágrafo único, em português, inglês e espanhol, e ser estruturados em introdução, objetivo, método, resultados e conclusão. Neles, não devem ser feitas citações de referências, bem como de quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas. Os resumos de Relato/Série de Casos possuem a seguinte estrutura: introdução, relato do caso (resultados) e conclusão.

Todos os resumos deverão conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras e vir acompanhados das palavras-chave (de três a cinco) e de suas respectivas key words e palabras clave.

Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determiná-los, deve-se consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME.

3. Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

4. Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento de como o estudo foi realizado deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados.

Nos estudos quantitativos, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise.

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque (última versão de 2013) e com as Resoluções números 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Não usar os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas, como por exemplo, o PROSPERO.

5. Resultados

Apresentar os resultados relevantes de acordo com o objetivo do trabalho e registrando primeiro os principais ou os mais importantes. Devem ser descritos somente os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações àquelas necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas.

Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo.

Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados não devem constar dessa seção. Na conclusão, não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (³⁻⁷). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (^{1,4,6,9}). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (^{3,4}).

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. No entanto, essa possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References ou os padrões apresentados na íntegra na publicação Citing Medicine 2nd Edition (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o LocatorPlus, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada.

Para a indicação de autoria, incluem-se os nomes na ordem em que aparecem na publicação até três autores, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula. No caso de a publicação apresentar mais de três autores, são citados os três primeiros; utiliza-se vírgula seguida da expressão et al. Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto – este deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho = Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior = Rodrigues Junior J.

Para padronização de títulos de trabalhos, utilizam-se letras minúsculas em todo o período, com exceção da primeira palavra que começa, sempre, com letra maiúscula. Fogem à regra nomes próprios: nomes de pessoas, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou afins, e nomes de estabelecimentos públicos ou particulares.

As abreviaturas devem estar de acordo com a lista de periódicos no PubMed.

Todas as referências deverão vir com seus respectivos Digital Object Identifier (DOI).

9. Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Nas tabelas e quadros, cada célula deve conter apenas um conteúdo, sem utilização de espaços, como “enter”. O conteúdo referente a uma célula em uma coluna deve estar na mesma linha, também em uma única célula, em todas as colunas seguintes. Caso um conteúdo de uma célula faça referência a mais de um conteúdo em outra coluna, deve-se usar, para essa célula, o recurso “mesclar células”. Não enviar as tabelas como imagem para que seja possível proceder à sua edição.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão. Constatar que cada tabela esteja citada no texto por sua numeração e não por citação como: tabela a seguir, tabela abaixo.

O uso de tabelas grandes ou em excesso, em relação ao texto, pode produzir dificuldade na forma de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

As ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos etc.) devem estar inseridas no texto com os títulos completos, indicação de fontes, legendas e notas adicionais quando necessárias. Todas

as ilustrações mencionadas deverão ser enviadas em formato editável. Não colocar os títulos e explicações nas ilustrações e sim nas legendas.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma ilustração já foi publicada, citar à fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Fotografias devem ser fornecidas da seguinte forma: arquivo digital em formato. TIFF, JPG, EPS, com resolução mínima de: 300 dpi para fotografias comuns; e 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.

Gráficos, desenhos, tabelas e quadros devem ser enviados em arquivos: Word, Excel, PowerPoint em formato editável (arquivo aberto). Para desenhos e gráficos, a resolução mínima é de em 1.200 dpi.

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Recomenda-se que, no uso dos principais vocábulos relacionados ao câncer, sejam adotados os conceitos dos Glossários Temáticos Controle de Câncer e Fatores de Proteção e de Risco de Câncer.

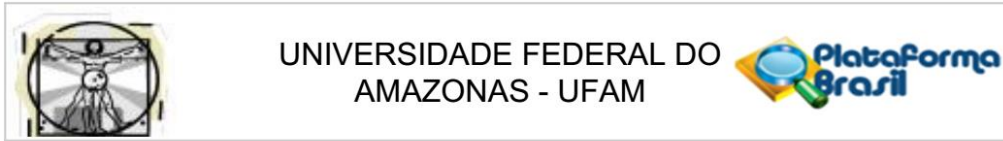
Recomenda-se também evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DE COARI-AM

Pesquisador: REGINA COELI DA SILVA VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30661320.7.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.059.997

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 31 de Maio de 2020

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))