

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, QUALIDADE DE VIDA E AVERSÕES ALIMENTARES DE PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL DO OESTE DE SANTA CATARINA

Talita Fachinello¹
Fernanda Grison Confortin²

Resumo

Objetivo: avaliar o estado nutricional, qualidade de vida e aversões alimentares de pacientes em tratamento oncológico. **Metodologia:** foram avaliados 10 pacientes, entre 18 e 60 anos, em início de tratamento oncológico, cujo câncer não fosse localizado no sistema digestório. O estado nutricional foi avaliado por meio do cálculo do IMC. A identificação da percepção da qualidade de vida foi através do questionário SF 36 e aversão alimentar foi avaliada usando a escala FACT, adaptada. **Resultados:** A idade média dos pacientes é de 50 anos, o IMC médio foi $28,43 \pm 4,02\text{kg/m}^2$, classificando os indivíduos em sobrepeso. A QV em T0 apresentou escore negativo (<50) apenas para dois domínios do CSF (LAF e EGS) e mostrou-se positiva para o CSM. Em T1 percebe-se que o CSF apresenta uma melhora na QV com relação a T0, exceto o domínio CF que apresentou uma pequena redução ($68 \pm 25,62 - 62,5 \pm 38,09$). Já o CSM embora ainda mantenha percepção positiva, apresenta declínio da QV, exceto para o domínio SM o qual mantém-se igual. O domínio EGS foi o único que apresentou diferença estatística entre T0 e T1, havendo uma melhora na QV. Para aversão alimentar nenhum alimento apresentou diferença estatística indicativa de aversão alimentar. **Conclusão:** A percepção de qualidade de vida dos pacientes encontrava-se negativa no aspecto físico em T0 nos domínios LAF e EGS, fato que pode representar limitações física, sendo recuperada em T1, já os domínios de CSM apresentaram maior QV em T1 com relação a T0, embora ainda se manteve positiva. Em nenhum momento houve presença de aversões alimentares.

Palavras chave: Qualidade de vida, aversão alimentar, câncer.

¹ Nutricionista. Aluna do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Nutrição Humana com ênfase em Nutrição Clínico Hospitalar na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó.

² Nutricionista. Mestre em Biotecnologia pela Universidade de Caxias do Sul. Coordenadora do Curso de Nutrição da Universidade Comunitária da Região de Chapecó e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Nutrição Humana da mesma Universidade.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status, quality of life and food aversions in patients being submitted to cancer treatment. **Methods:** 10 patients between 18 and 60 years old were evaluated, in early cancer treatment, whose cancer was not located in the digestive system. Nutritional status was assessed by calculating the BMI (Body Mass Index). Identification of the perception of life quality was done through the SF-36 questionnaire and food aversion was evaluated by using the FACT scale, adapted. **Results:** The average age of patients is 50 years old, the average BMI was 28.43 ± 4.02 kg/m², classifying individuals as overweight. Quality of life scores at T0 were negative (<50) for only two domains of Component Physical Health (Limitations on Physical Aspects and General Health) and was positive for the Mental Health Component. It can be noticed in T1 that the Physical Health Component presents an improved quality of life regarding T0, except for the domain Functional Capacity, which showed a slight reduction (68 ± 25.62 to 62.5 ± 38.09). Although the Mental Health Component still hold positive perceptions, it presents declining in quality of life, except for the Mental Health domain which keeps equal. The domain General Health was the only one which showed statistically significant difference between T0 and T1, with an improvement in quality of life. In Food Aversion, no food presented statistical difference indicative of food aversion. **Conclusion:** The perception of quality of life of patients was negative in the physical aspect in T0 in the domains Limitations for Physical Aspects and General Health, which may represent physical limitations, being recovered in T1, since the areas of Mental Health Component had higher quality of life at T1 relative to T0, but still remained positive. At no time food aversions occurred.

Keywords: Life quality, food aversion, cancer.

Introdução

O câncer é uma enfermidade que se caracteriza pelo crescimento descontrolado, rápido e invasivo de células com alteração em seu material genético. Muitos fatores influenciam o desenvolvimento do câncer, tanto os de causas externas (meio ambiente, hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural) como os de internas (geneticamente pré-determinadas), que resultam de eventos responsáveis por gerar mutações sucessivas no material genético das células, processo que pode ocorrer ao longo de décadas, em múltiplos estágios (INCA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer (INCA, 2011).

O câncer tem um forte impacto sobre a capacidade física, o bem-estar psicológico e a vida social dos pacientes, apresentando uma influência significativa no estado nutricional e na qualidade de vida (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Entende-se por estado nutricional o equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes influenciados por diversos fatores. O índice de massa corporal (IMC) tem sido utilizado e indicado como critério de diagnóstico nutricional, por ser um procedimento não invasivo, de fácil obtenção, boa precisão e confiabilidade. É calculado a partir das variáveis como peso e altura (VASCONCELOS, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994). A avaliação da qualidade de vida do paciente oncológico é um importante indicador da resposta do paciente à doença e ao tratamento. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do paciente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços de saúde, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (NICOLUSSI; SAWADA, 2010).

Pacientes em tratamento antitumoral apresentam vários sinais e sintomas que levam à diminuição da ingestão diária de nutrientes que comprometem o estado nutricional. Durante o tratamento antitumoral, os pacientes oncológicos podem evoluir para desnutrição moderada ou grave e, cerca de 20% desses pacientes, morrem em decorrência da desnutrição e não da doença maligna (INCA, 2009).

Os protocolos quimioterápicos disponíveis estão associados ao desenvolvimento de aversões alimentares, que resultam da associação entre o mal-estar promovido pelo tratamento e o alimento simultaneamente consumido. Por meio da menor diversidade dos alimentos consumidos, a aversão alimentar adquirida pode exercer um papel prejudicial tanto no estado nutricional, quanto na qualidade de vida das pacientes com câncer (VERDE, 2007).

A presença de sintomas como xerostomia (sensação subjetiva de boca seca) e disgeusia (alteração no paladar), bastante comuns nos pacientes em tratamento com opióides, quimioterapia e radioterapia, também é frequente na desnutrição. Outra queixa comum é a perda de peso, associada à ingestão insatisfatória de alimentos e à desnutrição. (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009). Esses fatores contribuem para a formação de aversões alimentares adquiridas. Essa condição alimentar é definida como aversão por alimentos após sua ingestão ter sido acompanhada de alguma doença ou sintoma, neste caso, mais frequentemente, náuseas e vômitos.

As aversões alimentares adquiridas em pacientes com câncer resultam da associação entre sensação de mal-estar, que ocorre em consequência do tratamento anti-neoplásico, e o sabor do alimento simultaneamente consumido. O alimento é então interpretado como ruim e, conseqüentemente, evitado. Aversões alimentares adquiridas, em geral, têm significativa implicação nutricional, e a ausência de alguns alimentos pode afetar o estado nutricional e a qualidade de vida das pacientes. (VERDE, 2007).

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional, o desenvolvimento de aversões alimentares e a percepção de qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como transversal, descritivo, com análise quantitativa dos dados. O estudo foi desenvolvido de dezembro de 2011 a outubro de 2012.

A população de estudo constitui-se por pacientes que apresentavam o diagnóstico de câncer e que iriam iniciar o tratamento quimioterápico em um hospital do oeste de Santa Catarina. A amostra foi composta de 11 pacientes oncológicos, 7 mulheres e 4 homens com média de idade de $50 \pm 5,09$ anos. A seleção da amostra levou em conta os critérios de inclusão e exclusão, conforme segue:

Critérios de inclusão: Ser paciente oncológico, encontrar-se no início do tratamento (no máximo 10 dias de início); possuir entre 18 anos e 60 anos; aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Critérios de exclusão: Não ser paciente oncológico; possuir câncer localizado no sistema digestório; possuir idade inferior a 18 anos ou superior de 60 anos; possuir limitação física que impeça a tomada das medidas antropométricas; não aceitar participar da pesquisa.

O estudo atendeu às diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro, do Conselho Nacional de Saúde, com parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó através do protocolo nº 20/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi obtido o consentimento do hospital onde foram coletados os dados.

Para determinação do estado nutricional utilizou-se o método antropométrico com verificação do peso (kg) e a estatura (m) no prontuário do paciente no dia da primeira entrevista. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado através da fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$ e o estado nutricional classificado de acordo com a OMS 2000.

A identificação da percepção da qualidade de vida foi através do questionário SF36, que é um questionário genérico (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey) validado no Brasil por CICONELLI (1997) e é composto por 36 itens que avaliam dois componentes: o componente saúde física (CSF) e componente saúde mental (CSM).

A aversão alimentar foi avaliada usando a escala FACT desenvolvida por SCHUTZ (1965), onde os pacientes tiveram nove opções de respostas: (a) como sempre

que tenho oportunidade; (b) quase sempre; (c) frequentemente; (d) gosto muito e como de vez em quando; (e) como se estiver disponível, mas não deixo o que estou fazendo por causa desse alimento; (f) não gosto muito, mas como ocasionalmente; (g) quase nunca como; (h) somente se não houver outras opções de comida e; (i) somente se for forçado, onde foram selecionados para análise os alimentos protéicos de alto valor biológico e feijão, proteína vegetal de boa qualidade e hábito regional.

Com relação ao questionário de aversão alimentar cada uma das respostas tem um escore determinado que varia de 1 a 9, sendo o escore de menor valor para a opção “como somente de forma forçada” e o escore de maior valor para “como sempre que tenho oportunidade”. Dessa forma, escores maiores são indicadores de preferência por determinado alimento/grupo e escores menores indicam aversão alimentar.

Os questionários (SF 36 e Aversão Alimentar) foram aplicados em dois momentos, no início do tratamento (T0) e dois meses após a aplicação do primeiro questionário (T1).

Para tabulação e análise dos dados utilizou-se o Microsoft Excel versão 2003 e os dados foram apresentados através de estatística descritiva, média, desvio padrão. A fim de realizar a comparação da percepção da qualidade de vida e da presença de aversão alimentar, se houve ou não diferença entre a primeira coleta (até 10 dias do início do tratamento com quimioterápicos=T0) e a segunda coleta (2 meses após a primeira coleta T1) foi aplicado o teste T-Student, com valor de significância <5%.

Resultados e discussão

A amostra foi inicialmente composta de 11 pacientes, sendo estes 7 mulheres e 4 homens. Entretanto, houve perda amostral de 1 paciente por motivo de óbito, resultando em um total 10 indivíduos.

Quando avaliado a localização do tumor, pode-se observar que câncer de mama representou 40% dos casos, bexiga 20%, e com 10% dos casos ficaram representados os tumores de colo de útero, pâncreas, hematológico e linfoma.

A tabela 1 apresenta informações referentes à idade e dados antropométricos, expressos em média e desvio padrão.

Tabela 1 – Média e desvio padrão referente à idade e variáveis antropométricas (N10).

	Média ± DP
Idade (anos)	50 ± 5,09
Peso (Kg)	72,30 ± 9,04
Estatura (m)	1,60 ± 0,11
Índice de massa corporal (kg/m ²)	28,43 ± 4,02

Observa-se que o IMC médio apresentou-se com valor de 28,43 kg/m², o que caracteriza o estado nutricional em sobrepeso. Quando avaliado o intervalo de variação entre o IMC mínimo e máximo foram identificados valores correspondentes a 20,7 kg/m² a 34,2 kg/m², respectivamente. Estes valores vão desde um estado de eutrofia até obesidade grau. No entanto, nenhum paciente apresentou-se com baixo peso.

O estado nutricional caracterizando sobrepeso de acordo com o IMC médio, pode estar associado a predominância do câncer de mama no grupo estudado (40%). O IMC e a circunferência da cintura e do quadril foram descritos como positivamente associados com o risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Uma ingestão excessiva de alimentos é um dos principais fatores de risco neoplásico. A obesidade está presente em 14% das mortes por câncer nos homens e 20% nas mulheres (KOLLING, SANTOS, 2009).

A “dieta ocidental”, caracterizada por alimentos altamente calóricos e ricos em proteína e gordura animal, em algumas situações associada a um estilo de vida sedentário, pode aumentar o risco de câncer de mama. Tais considerações corroboram a hipótese de que um elevado consumo de carnes vermelhas aumente o risco de câncer de mama, enquanto dietas ricas em vegetais e frutas tenham efeito inverso; mas o mecanismo pelo qual os alimentos atuam ainda não está totalmente esclarecido (NUNES, LEITE, CARMO, 2009).

A ausência do comprometimento do estado nutricional caracterizando desnutrição pode estar associada ao período da avaliação nutricional, uma vez que estas informações foram coletadas apenas no início do tratamento oncológico. Ou seja, sem que o paciente estivesse sido exposto aos efeitos colaterais do tratamento com quimioterápicos por período superior a 10 dias, fato que poderia comprometer o estado nutricional. Além do mais, é importante ressaltar que o IMC não é um método sensível para detectar desnutrição a curto prazo.

A percepção de qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário SF36, que é dividido em dois componentes, o Componente Saúde Física (CSF) (representado pelas dimensões: capacidade funcional - CF; limitação por aspectos físicos - LAF; dor - D; estado geral de saúde - EGS) e o Componente Saúde Mental (CSM) que engloba vitalidade - VIT; aspectos sociais - AS; limitações por aspectos emocionais - LAE e saúde mental - SM. O valor médio e o DP referente aos 8 domínios que integram os CF e CSM estão descritas na tabela 02.

Os resultados variaram entre 0 e 100, sendo 0 indicativo de baixa qualidade de vida e quanto mais próximo de 100 maior a QV.

A fim de avaliar a diferença na percepção da qualidade entre o início do tratamento e após dois meses deste tempo (T0 e T1, respectivamente), foi aplicado o teste T-Student ($P < 0,05$) (Tabela 2). Observa-se que apenas o domínio estado geral de saúde apresentou diferença estatística (0,0003).

Tabela 2 – Média e desvio padrão referente aos 8 domínios que integram os CSF e CSM.

	T0	T1	Valor P
	Média ± DP	Média ± DP	
Componente Saúde Física (CSF)			
Capacidade funcional	68 ± 25,62	62,5 ± 38,09	0,71
Limitação por aspectos físicos	35 ± 33,74	47,5 ± 50,62	0,48
Dor	61,7 ± 37,96	56,6 ± 33,98	0,75
Estado geral de saúde	32 ± 20	72,1 ± 19,30	0,0003*
Componente Saúde Mental (CSM)			
Vitalidade	64 ± 22,70	60,50 ± 22,16	0,73
Aspectos sociais	65 ± 33,74	56,25 ± 26,51	0,52
Limitação por aspectos emocionais	63,33 ± 48,30	56,66 ± 47,27	0,75
Saúde mental	69,2 ± 20,13	69,20 ± 19,14	1,0

* Análise estatística teste T-Student. $P < 0,05$ = diferença estatística

A qualidade de vida é resultado da combinação de fatores subjetivos (como o grau de satisfação geral de um indivíduo com a própria vida) e de fatores objetivos, como o bem-estar material, boas relações familiares, disposição para tratamento do câncer, entre outros fatores, enfim, vários itens que somados proporcionam tranquilidade, confiança,

segurança, bem-estar. A qualidade de vida precisa suprir as necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (CHAVES, GORINI, 2011)

Em estudo realizado por Chaves e Gorini (2011) observou-se que os participantes avaliam sua qualidade de vida de forma positiva bem como, demonstraram também, estar satisfeitos quanto a sua saúde, já o domínio psicológico foi o que apresentou porcentagens menores em relação aos outros domínios. Huguet, et al (2009) apontam em seu estudo que os melhores escores foram obtidos no domínio físico e os piores, no domínio psicológico, porém sempre superiores a 55, confirmando uma boa qualidade de vida. Neste estudo, os resultados diferem dos demais estudos referenciados para o CSF. Observa-se que em T0 a percepção da qualidade foi negativa para dois dos domínios que integram o CSF (LAF=35 ± 33,74 e EGS 32 ± 20). Já o CSM apresentou médias superiores a 60 em todos os domínios. Isso pode estar associado a descoberta da doença e os sintomas iniciais, como a fase de negação da doença ou a crença na cura.

Estudo realizado por Franceschini et al (2008) entre pacientes com câncer de pulmão, os aspectos físicos apresentaram a menor pontuação em relação a todos os domínios do questionário SF-36, corroborando com os achados deste estudo em T0.

Em T1 percebe-se que o CSF apresenta uma melhora na QV com relação a T0, exceto o domínio capacidade funcional que apresentou uma pequena redução (de 68 ± 25,62 para 62,5 ± 38,09). Já o CSM, embora ainda possuindo avaliação positiva (domínios com médias superiores a 50) apresenta declínio da QV, exceto o domínio saúde mental que manteve-se igual. Credita-se isso ao afastamento dos pacientes de suas atividades normais (trabalho, lazer, convivência com familiares e amigos) seja pela limitação física ou pelo próprio tratamento que demanda tempo, ou ainda a fuga de explicações sobre a doença.

O domínio estado geral de saúde foi o único que apresentou diferença estatística entre T0 e T1. Na primeira coleta apresentava 32 ± 20, e na segunda 72,1 ± 19,30. Isso pode ser atribuído a melhora no estado de saúde dos pacientes e diminuição dos sintomas após os primeiros meses de tratamento, bem como a fé e esperança na cura.

Uma pesquisa conduzida por Fornazari e Ferreira (2010) fornece indícios que relacionam o enfrentamento religioso (religiosidade e espiritualidade) com o processo de qualidade de vida de pessoas com câncer, trazendo evidências sobre a possibilidade de que a fé possa influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses pacientes. As estratégias de enfrentamento religioso são positivas quando resultam em

melhoras na saúde mental, redução de estresse e adesão ao tratamento, o que se verifica no conteúdo dos relatos verbais das participantes daquele estudo.

Com relação a aversão alimentar, analisou-se os alimentos protéicos de alto valor biológico (carnes, peixes, ovos, leites e derivados) e feijão, por ser uma proteína de origem vegetal de boa qualidade, utilizando uma adaptação da escala FACT. Os dados são apresentados na tabela 3, expressos em média seguidos de desvio padrão e valor de P (teste T-Student), em T0 e T1.

Tabela 3 - Média e desvio padrão referente ao escore obtido através do questionário de aversão alimentar.

	T0	T1	Valor P
	Média ± DP	Média ± DP	
Peixe cozido, assado ou grelhado	4,3 ± 3,09	4 ± 2,49	0,81
Peixe frito	4 ± 3,43	3,8 ± 2,97	0,89
Carne de boi (cozida, assada, grelhada ou churrasco)	3,1 ± 2,23	3,8 ± 2,52	0,52
Bife	4 ± 2,40	3,9 ± 2,37	0,92
Linguiça, salsicha, presunto, outros frios	5 ± 2,94	5,3 ± 2,54	0,81
Frango frito, à milanesa ou nuggets	5 ± 3,09	5,1 ± 2,60	0,93
Frango guisado, grelhado, assado espeto	4 ± 2,49	3,5 ± 2,06	0,63
Miúdos de frango	6,1 ± 3,17	5,5 ± 3,17	0,67
Fígado bovino	6 ± 3,01	5,8 ± 2,69	0,87
Feijão carioca, preto, verde	1,9 ± 2,23	1,5 ± 1,08	0,61
Ovos (cozido, cru ou frito)	3,2 ± 2,14	3,7 ± 2,98	0,67
Leite	2,5 ± 1,95	2,3 ± 2,00	0,82
Iogurte ou coalhada, natural ou de frutas	3,2 ± 2,69	2 ± 1,15	0,21
Queijo minas ou ricota, requeijão light	3,5 ± 2,67	4,5 ± 2,50	0,39
Queijo coalho, manteiga, prato, mussarela, requeijão cremoso	3,9 ± 2,99	3,7 ± 2,71	0,87

O comportamento alimentar é a combinação de ações que incorporam aspectos de procura e aquisição do alimento, condições do ambiente onde as refeições ocorrem, e também a quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, bem como os fenômenos pré e pós-ingestão (FISBERG, 2005).

Estudo realizado por Verde (2007) constatou que o consumo de carne vermelha só foi referido como relacionado à sensação de desconforto por 7% das pacientes. Entre os alimentos do grupo das carnes, constatou-se aumento significativo no escore de aversão para carne bovina (cozida, assada, grelhada ou churrasco), $p=0,04$, indicando preferência por esse item alimentar, também observou que 23% das pacientes citaram leite e derivados como sendo associado ao incômodo.

Neste estudo nenhum alimento apresentou diferença estatística indicativa de aversão alimentar, considerando 1 como aceitação e 9 como aversão alimentar, pode-se observar pelas médias que, feijões (1,9); ovos (3,2); leite (2,5); iogurte ou coalhada, natural ou de frutas (3,2); queijo minas ou ricota, requeijão light (3,5); queijo coalho, manteiga, queijo prato, mussarela, requeijão cremoso (3,9) apresentam boa aceitação, enquanto miúdos de frango (6,1) e fígado bovino (6) não são bem aceitos. As carnes em geral são bem aceitas, sendo carne de boi a mais aceita (3,1) e embutidos (5) e frango frito (5) indicados como de consumo ocasional.

Waitzberg (2006) discorre que uma alimentação com quantidades substanciais de carne vermelha aumenta, provavelmente, o risco de câncer colorretal, existindo evidências de uma possível relação com câncer de mama e pâncreas.

Conclusão

A percepção de qualidade de vida dos pacientes em tratamento oncológico abordados neste estudo pode ser considerada positiva, com exceção dos domínios que integram o CSF (EGS e LAF) em T0. Percebe-se que houve diferença estatística significativa entre T0 e T1 apenas para o EGS, integrante do CSF, o qual foi positivo. O CSF é o que apresentou menor QV em T0. Já em T1, o CSM é o que encontra-se reduzido, embora apresentando médias para todos os domínios superior a 50. Desta forma pode-se acreditar que, no primeiro momento, o diagnóstico da doença e os seus sintomas levam a um comprometimento na qualidade de vida nos aspectos físicos,

enquanto em T1, após 2 meses de tratamento, os aspectos físicos melhoram, porém a saúde mental declina.

Com relação a aspecto nutricional, predomina o sobrepeso e obesidade, provavelmente em decorrência de câncer de mama da maioria dos pacientes. Em nenhum momento houve presença de aversões alimentares, o que demonstra uma preservação da ingestão habitual destes pacientes, ponto positivo para manutenção do estado nutricional, evitando a desnutrição que geralmente associa-se a doença.

Acredita-se que novas pesquisas podem ser desenvolvidas com este público a fim de acompanhá-los por mais tempo, abrangendo outros tipos de câncer.

Referências

BENARROZ, Monica de Oliveira; FAILLACE, Giovanna Borges Damião; BARBOSA, Leandro Augusto. **Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9.

CHAVES, Patrícia Lemos; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. **Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**. *Revista Gaúcha Enfermagem* [online]. 2011, vol.32, n.4, p. 767-773.

CICONELLI, Rosana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short – form health survey (SF-36)**. São Paulo, 1997. Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, 1997.

FISBERG, Regina Mara et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. 1. ed. Barueri, SP. Manole, 2005.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. **Religiosidade/ espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2010, vol.26, n.2, p. 265-272.

FRANCESCHINI, Juliana et al. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. [online]. 2008, vol.34, n.6, p. 387-393.

HUGUET, Priscila Ribeiro et al. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. [online]. 2009, vol.31, n.2, p. 61-67.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro, 2009.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral e Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

KOLLING, Fabiana Luiza, SANTOS, Jacqueline Schaurich do. **A influência dos fatores de risco nutricionais no desenvolvimento de câncer de mama em pacientes**

ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 115-121, jul./set. 2009.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. **Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto.** Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.1, p. 125-130.

NUNES, Lélia Cápua; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves Leite; CARMO, Wanessa Françoise da Silva Aquino do. **Consumo alimentar e câncer de mama: revisão de estudos publicados entre 2000 e 2008.** Revista APS, v. 12, n. 3, p. 328-338, jul./set. 2009.

SCHUTZ HG. **A food action rating scale for measuring food acceptance.** J Food Sci. 1965; 30:365-74.

THE WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).** In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. **Avaliação nutricional de coletividades.** 4. ed. Florianópolis: UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

VERDE, Sara Maria Moreira Lima. **Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida** (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WAITZBERG, Dan Linetzky. **Dieta, nutrição e câncer.** São Paulo: Atheneu, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1998. Obesity. **Preventing and Managing the Global Epidemic.** Report of WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO.