

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E
FITOTERAPIA

**ANTONIO ARAGÃO RABELO JÚNIOR
WANNILA VILLANE SOUSA DA SILVA**

**PRINCIPAIS FATORES CLÍNICO-NUTRICIONAIS ASSOCIADOS À MORTE EM
PACIENTES COM CÂNCER EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE
BRASILEIRO**

São Luís
2018

**ANTONIO ARAGÃO RABELO JÚNIOR
WANNILA VILLANE SOUSA DA SILVA**

**PRINCIPAIS FATORES CLINICO-NUTRICIONAIS ASSOCIADOS À MORTE EM
PACIENTES COM CÂNCER EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof. Me. Luiz Eduardo de Andrade Sodré

São Luís
2018

Rabelo Júnior, Antonio Aragão

Principais fatores clinico-nutricionais associados à morte em pacientes com câncer em hospital de referência do nordeste brasileiro / Antonio Aragão Rabelo Júnior; Wannila Villane Sousa da Silva -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

34 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Câncer. 2. Desnutrição. 3. Fatores clinico-nutricionais. 4. Associação. I. Título.

CDU: 612.39-053.3

**ANTONIO ARAGÃO RABELO JÚNIOR
WANNILA VILLANE SOUSA DA SILVA**

**PRINCIPAIS FATORES CLINICO-NUTRICIONAIS ASSOCIADOS À MORTE EM
PACIENTES COM CÂNCER EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Luiz Eduardo de Andrade Sodré (Orientador)

Mestre em Saúde do Adulto e da Criança - UFMA

Docente – Faculdade Laboro

Examinador 1

Examinador 2

PRINCIPAIS FATORES CLINICO-NUTRICIONAIS ASSOCIADOS À MORTE EM PACIENTES COM CÂNCER EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO NORDESTE BRASILEIRO

ANTONIO ARAGÃO RABELO JUNIOR¹

WANNILA VILLANE SOUSA DA SILVA²

RESUMO

Câncer e desnutrição possuem uma forte associação, sendo a avaliação subjetiva global produzida pelo paciente (ASG-PPP) a ferramenta padrão de avaliação nutricional em oncologia. Contudo sua associação com a mortalidade ainda permanece obscura. Objetivo: Levantar os principais fatores clinico-nutricionais associados à morte em pacientes com câncer em hospital de referência do nordeste brasileiro. Metodologia: Estudo transversal analítico com coleta secundária de dados. Coletou-se as informações em ASGPPP arquivadas no serviço de nutrição e em prontuário hospitalar. Foram avaliadas 366 fichas de ASGPPP de pacientes com câncer, idade mínima de 20 anos, 3 dias de internação e legíveis. Resultados: Do total 21,8% corresponderam a óbitos. 51,6% eram mulheres, 48% procedentes de São Luís. Tumores no aparelho digestivo foram mais expressivos e apresentaram taxa estatisticamente maior de morte entre os tumores (32,5%), 20% dos óbitos referiram-se a pacientes com metástase 76,3% das mortes tiveram internação superior a 10 dias. Os marcadores nutricionais de desnutrição (IMC, perda de peso grave e em 1 mês e ASGPPP) associaram-se estatisticamente à morte a perda de peso grave em 6 meses associou-se com morte os valores estatisticamente significativos. Pacientes que foram à óbito passaram em média 5 dias a mais e possuem marcadores de desnutrição. Pode-se concluir que quanto maior for o risco de desnutrição, maior será a chance de óbito.

Palavras-chave: Câncer. Desnutrição. Fatores clinico-nutricionais. Associação.

¹ Especialização em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia pela Faculdade Laboro, 2018.

² Especialização em Nutrição Clínica, Funcional e Fitoterapia pela Faculdade Laboro, 2018.

MAIN CLINICAL AND NUTRITIONAL FACTORS ASSOCIATED WITH DEATH IN CANCER PATIENTS IN A NORTHEAST BRAZILIAN REFERENCE HOSPITAL

ABSTRACT

Cancer and malnutrition have a strong association, and the subjective global assessment produced by the patient (ASG-PPP) to standard nutritional assessment tool in oncology. But its association with mortality remains unclear. Objective: To investigate the clinical and nutritional factors associated with death in cancer patients in major hospital in northeastern Brazil. Methodology: A cross-sectional study with secondary data collection. Gathered up the information in ASGPPP filed in nutrition services and hospital records. They were evaluated 366 records of ASGPPP of cancer patients, age 20 years, 3 days of hospitalization and legible. Results: A total 21.8% were deaths. 51.6% were women, 48% coming from São Luis. Tumors in the digestive tract were more expressive and statistically higher rate of death among tumors (32.5%), 20% of deaths were related to the patients with metastasis 76.3% of deaths had higher hospitalization to 10 days. Nutritional markers of malnutrition (BMI, severe weight loss and 1 month and ASGPPP) were associated with statistically death to severe weight loss at 6 months was associated with death the statistically significant values. Patients who went to death spent an average of five days more and have malnutrition markers. It can be concluded that the higher the risk of malnutrition, the greater the chance of death.

Keywords: Cancer, Malnutrition, Clinical-nutritional factors, Association.

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição é achado comum no paciente hospitalizado, podendo ser consequência da própria patologia ou do tratamento empregado. No paciente oncológico o risco do agravamento do estado nutricional é aumentado, devido alterações metabólicas, na ingestão alimentar, como mudanças no paladar, redução do apetite, efeitos colaterais do tratamento, efeitos das citocinas pró-inflamatórias, estadiamento e localização do tumor entres outros podendo levar a um comprometimento funcional (DETSKY et al.1994; PERES et al, 2009).

Durante anos, diversos métodos de avaliação nutricional foram propostos, onde cada método apresenta sua especialidade e sensibilidade, entretanto, nenhum pode ser considerado único ou padrão, pois todos apresentam limitações e ainda são influenciados por fatores independentes do estado nutricional. Com o passar dos anos criou-se um modelo clínico, em forma de questionário, denominado Avaliação Subjetiva Global (DUARTE, 2007). Uma adaptação para pacientes oncológicos foi viabilizada em 1995 por Destsky et al, a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP) e passou a ser utilizada para a avaliação desses pacientes (SILVIA et al, 2012).

A Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente (ASGPPP) é uma adaptação em forma de questionário fechado específico para pacientes oncológicos. O mesmo se divide em duas partes, a primeira é preenchida pelo paciente e a segunda pelo profissional de saúde que também realiza um exame físico similar a Avaliação Subjetiva Global original (COPPINOI, 2006).

Sendo um método simples, de baixo custo, de boa reprodutibilidade, confiabilidade e aceitabilidade na prática clínica, composta por dados descritivos relativos à perda de peso, em relação ao peso habitual, a mudanças na ingestão alimentar, presença de sintomas gastrointestinais, avaliação da capacidade funcional do paciente, demanda metabólica de acordo com o diagnóstico e exame físico. (SILVIA et al, 2012).

Diante disso, esse trabalho proporcionará maior conhecimento a respeito do tema, que ainda é pouco explorado e relacionado com a sobrevivência dos pacientes com câncer, o que levará a uma conscientização dos profissionais de saúde a utilizarem este método simples de baixo custo capaz de traduzir um diagnóstico nutricional preciso e revelador de prognósticos nesta população.

O objetivo geral deste trabalho é analisar os fatores clínico-nutricionais associados à mortalidade em pacientes oncológicos de um hospital de referência do nordeste brasileiro. Dentre os objetivos específicos destacamos: Definir a prevalência dos desfechos (óbitos e alta) entre os avaliados; Comparar características de identificação sócio demográfica, avaliação nutricional e do diagnóstico hospitalar entre pacientes que vieram à óbito e alta; Definir quais fatores clínico-nutricionais mais contribuem para o aumento das chances de morte entre os avaliados.

Este é um estudo transversal, com coleta secundária de dados, realizou-se um levantamento das fichas de ASGPPP de pacientes com diagnóstico de câncer, com idade superior a 20 anos, e que possuíam fichas no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2014. Os dados foram avaliados de acordo com a pontuação total. Foram analisados dados antropométricos: peso em quilos, altura em metros, índice de massa corporal (IMC) e porcentagem de perda de peso em um e seis meses.

Poucos estudos associaram o escore da ASGPPP à morte. O objetivo deste estudo foi associar os fatores clínico – nutricionais à morte em pacientes com câncer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Câncer é o crescimento desordenado de células com alterações em seu material genético, que alteram a composição de tecidos e órgãos. (INCA,2017).

Em 2016, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), projetou estimativas mundiais de 14,1 milhões de casos novos, sendo que destes, 8,2 milhões corresponderam à óbitos (IARC, 2015). No Brasil, até 2030, 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de morte pelo agravo são esperados (INCA,2014; INCA, 2017).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2018) mostram que entre 2003 e 2012, os valores de mortalidade por câncer em homens passou de 103,12 para 104,95 por 100 mil indivíduos. Em mulheres o índice passou de 72,5 para 75,19 para cada 100 mil mulheres no mesmo período. O câncer de mama é o que causa a

maior mortalidade entre as mulheres (12,1 mortes/100 mil). O câncer do colo do útero tem taxa de 4,72 mortes/ 100 mil mulheres. Entre os homens, o câncer de pulmão apresenta a maior taxa de mortalidade (15,54 casos/100 mil). O segundo câncer mais letal entre os brasileiros é o de próstata. As taxas se mantêm estáveis: 12,4 casos/100 mil, em 2002, para 13,65/100 mil, em 2012.

Segundo o International Agency for Researchon Cancer (IARC, 2014), os tipos mais comuns de câncer no sexo masculino são: de pulmão, estômago, cólon e reto, próstata, boca e faringe, fígado, esôfago e bexiga. E nas mulheres: mama, colo de útero, cólon e reto, estômago, pulmão, boca e faringe, ovário e endométrio.

O crescimento é explicado pela maior exposição dos indivíduos a fatores de risco pró-carcinogênicos, em especial às mudanças no estilo de vida, das condições de trabalho, alimentação, tabaco, álcool e consumo exacerbado de produtos industrializados. Tendo influências importantes, do perfil epidemiológico das populações. O processo de transição demográfica, onde ocorre a redução das taxas de mortalidade e natalidade, e um aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente o envelhecimento populacional, levando a um quadro de elevada incidência de doenças crônico-degenerativas, em especial as cardiovasculares e o câncer (BRASIL, 2018).

No câncer, a desnutrição e a perda de peso têm sido associadas com piores desfechos, influenciando na qualidade de vida e frequência de internações (PRESSOR, 2010).

Os tratamentos que o acompanham e os sintomas gerados por estes, corriqueiramente aumentam o risco de má nutrição. Sendo essa desnutrição preocupante, pois produz uma grande deterioração do estado de saúde, e em consequência, há aumento das complicações, diminuição da tolerância ao tratamento oncológico e uma diminuição na qualidade de vida do paciente (CARO et al., 2008).

No paciente oncológico, existe uma dificuldade em manter ou melhorar o seu estado nutricional sem a existência de um suporte nutricional precoce, ou supervisionado, o que poderia evitar problemas maiores no futuro. A doença induz a um distúrbio metabólico pelo tumor, além de mudanças fisiológicas decorrente dos efeitos do tratamento do câncer e a presença de sintomas. (CARO, et al. 2008; PRESSOR, 2010).

Assim a prevalência elevada de desnutrição vem sendo relatados ao longo dos anos. A prevalência parece variar de 40% à 80%, sendo a presença de infecção, idade superior à 60 anos, tempo de internação prolongado e o estadiamento tumoral os fatores maiores de contribuição. (INCA, 2017; WAITZBERG et al, 2001; WEI et al, 2010)

Dentre os impactos da desnutrição destaca-se ainda o aumento da morbidade, maior tempo de internação e do número de reinternações, diminuição: do trofismo, da imunidade e da massa muscular. (CARO et al, 2008)

O estado nutricional desses pacientes são afetados por diversos fatores, como o estado do próprio câncer, tumores, incapacidades de absorção e ingestão, tratamentos de quimioterapia e radioterapia, cirurgia, imunoterapia, e entre outros. Assim juntamente com as alterações metabólicas podem levar à desnutrição (MIRANDA, et al. 2013).

Existem diversos relatos de que alterações do estado nutricional estão relacionadas com maiores casos e gravidade dos efeitos colaterais do tratamento antineoplásico, maior risco de infecções e redução da sobrevida. Dessa forma a desnutrição é uma das causas de óbito em pacientes cancerígenos (WAITZBERG, et al, 2011).

Diversos autores afirmam que esta doença traz consigo a desnutrição. A "dupla", câncer e desnutrição, tornam mais frequentes as internações. (VON MEYENFELDT, 2005).

A desnutrição tem relação com a resposta do tratamento pelo qual o paciente é submetido, nem a cirurgia, radioterapia ou quimioterapia são bem tolerados em pacientes nesse estado nutricional. Assim como afeta a função e reparação dos tecidos e a imunidade do organismo, pode trazer riscos de infecções e aumento do tempo de internação (FRUCHTENICHT, 2014).

A literatura relata os primeiros procedimentos de avaliação nutricional nos anos 50, onde o objetivo era analisar o estado nutricional da população e relacionar com a saúde dos indivíduos avaliados, a partir disso foram desenvolvidos diversos métodos avaliativos. Sendo que todos os métodos de avaliação nutricional apresentam limitações ao uso isolado, onde a utilização de diferentes métodos em conjunto é a forma de aumentar a especificidade da avaliação nutricional, destacando assim a ausência de um padrão-ouro (FRUCHTENICHT, 2014).

Na avaliação do estado nutricional não é recomendado a utilização de parâmetros separados, devido ao risco de produzir resultados incertos além de erros provenientes dos métodos (WAITZBERG et al, 2012).

Na avaliação desses pacientes se utiliza normalmente de vários métodos como a avaliação clínica, antropométrica, dados laboratoriais, subjetivos e biofísicos. Cada método possui características relevantes, que levam ao uso dependendo do caso. O índice de massa corporal é muito utilizado na avaliação nutricional, porém pode subestimar o diagnóstico nutricional, pela interferência de diversos fatores como edema e ascite. Nos últimos anos a avaliação subjetiva global vem sendo muito difundida no âmbito hospitalar, por abordar a avaliação dos riscos nutricionais por uma abordagem ampla e não invasiva (FOSTER, 1998).

Uma abordagem multivariada para a avaliação do estado nutricional se faz importante, principalmente na prática clínica. Devido a isso, tem-se aumentado a utilização da Avaliação Subjetiva Global (ASG), por favorecer uma amplitude da avaliação do estado nutricional por meio de abordagem ampla, e pela facilidade de execução. A ASG é composta pela história clínica completa, exame físico e anamnese. Enfatizando assim, a progressão de perda de peso do paciente e o tempo do acontecimento. Possuem também variáveis clínicas como a presença de alterações de apetite, a presença de sintomas gastrointestinais e as mudanças da capacidade funcional. Sendo que essas, interferem no estado nutricional (CORREIA & ARAUJO, 2013).

A ASG apresenta uma boa correlação entre os resultados obtidos e aqueles alcançados, por meio das medidas de antropometria e testes bioquímicos, além de apresentar ótima correlação quando vários entrevistadores treinados examinam o mesmo doente (CORREIA & ARAUJO, 2013).

A ASG é o método subjetivo mais utilizado na prática clínica, por apresentar vantagens como baixo custo, e se tratar de um método simples. A ASG envolve alterações da composição corporal, modificações funcionais, aspectos clínicos da ingestão alimentar do paciente. Com o objetivo de identificar de forma precoce os pacientes que apresentam um risco de desnutrição e os que não apresentam (FOSTER, 1998; DETSKY et al., 1987).

A avaliação do estado nutricional com a utilização desta técnica pode ser realizada pela maioria de profissionais de saúde, desde que os mesmos sejam

treinados e sigam o protocolo previamente definido e testado (CORREIA & ARAUJO, 2013).

Primeiramente desenvolvida por Ottery (1996), a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASGPPP), e foi posteriormente adaptada por Detsky (1997), sendo indicada sua aplicação para a avaliação do estado nutricional do paciente oncológico. Gonzalez et al (2010) fizeram a tradução e validação para versão brasileira da ASG-PPP.

A avaliação subjetiva global (ASG) tem a finalidade de identificar o estado nutricional do paciente com a intenção de possibilitar uma intervenção nutricional adequada. Já a ASGPPP, usa escores com o objetivo de melhor rastreamento do estado nutricional em pacientes com câncer (MOTA, et al, 2009)

A ASGPPP é considerada um método clínico, constituindo-se de um questionário, definido como simples, de baixo custo e muito aceitável na prática clínica. Sendo composta por informações relativas à perda de peso nos últimos seis meses e a alterações nas últimas duas semanas, alterações alimentares, presença de sintomas gastrintestinais significativos, avaliação da capacidade funcional do paciente, demanda metabólica de acordo com o diagnóstico e exame físico. Já a adaptação para pacientes oncológicos, a ASGPPP, é um questionário dividido em duas etapas, onde primeiramente o paciente responde, descrevendo sua alteração de peso, da ingestão alimentar, sintomas relacionados ao câncer e alterações da capacidade funcional. E posteriormente, respondida pelo profissional que aplica o questionário, as questões são baseadas nos fatores associados ao diagnóstico que aumentam a demanda metabólica (GONZALES et al, 2010).

Na segunda etapa do questionário, o profissional responsável preenche o mesmo com dados relativos ao diagnóstico, estresse metabólico e exame físico para realização da classificação do estado nutricional. Para essa classificação os autores destacam que se deve seguir as recomendações propostas por OTTERY (1996) que considera o Estágio A - o paciente bem nutrido e sem perda de peso; O Estágio B - presença de uma perda de peso maior ou igual a 5% em aproximadamente 1 ano e o Estágio C na existência de sinais significativos e evidentes de perda de peso (PRADO, 2009).

Alguns autores enfatizam que a aplicação da Avaliação Nutricional Subjetiva com os métodos objetivos assegura um acompanhamento nutricional adequado, pois o método subjetivo não possui sensibilidade suficiente para

identificar pequenas variações no estado nutricional. E ainda destacam as vantagens sendo um método de fácil execução, dispensando recursos dispendiosos e pode ser realizado por qualquer profissional da saúde. E como desvantagens, destacam a dificuldade em monitorar a evolução do paciente, por não ser preciso em detectar pequenas variações (BARBOSA-SILVA; BARROS, 2002; PRADO, 2009).

Devido a importância da identificação do estado nutricional, tem ocorrido um aumento da utilização da ASGPPP por oferecer uma avaliação dos riscos nutricionais utilizando uma ênfase abrangente e não-invasiva. E diversos autores têm utilizado e recomendado o método enfatizando a sua validade e confiabilidade. A ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition) e a ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) também recomenda a ASG-PPP para identificação do estado nutricional. Mesmo que por si só, esse método não é considerado uma ferramenta de diagnóstico do estado nutricional, porém é de grande utilidade na identificação de indivíduos com risco nutricional (PRADO, 2009).

Deve-se haver também uma preocupação em relação ao contexto social da aplicação do método, já que este foi elaborado em outra cultura, necessitando assim de uma adaptação aos nossos padrões. No Brasil, se utiliza a tradução da ASG-PPP feita por Barbosa-Silva (2002). Porém outros estudos como o de Prado (2009), tem se preocupado com essa adaptação cultural da ASGPPP, destacando também fatores relativos em nível de escolaridade, e importância do paciente para o preenchimento adequado do questionário.

Métodos antropométricos, bioquímicos, e mesmo de avaliação de composição corporal podem sofrer alterações significativas e devem ser utilizados com atenção limitada no paciente com câncer. (SBNPE, 2016). Sendo a ASG o método padrão de avaliação nutricional do paciente com câncer.

O diagnóstico do estado nutricional é obtido considerando-se todas as informações obtidas a partir da história clínica, da doença principal e do exame físico simplificado. Assim, o paciente é classificado como: nutrido; moderadamente desnutrido ou com suspeita de desnutrição; desnutrido grave (CORREIA & ARAUJO, 2013).

Como o próprio nome já define, a subjetividade e por se tratar de uma avaliação de especificidade clínica. Dificultando assim classificar o paciente nos diagnósticos definidos. Diante disso, a pontuação das variáveis para obter-se um resultado numérico, ajuda na formação desse prognóstico. Gerando controvérsias

quanto a denominação da técnica como subjetiva, mesmo com o uso de pontuações. Porém possuem variáveis relacionadas diretamente com o estado nutricional, como gravidade da doença e alteração de peso e devido a isso possuem papel essencial na influência do diagnóstico nutricional (CORREIA & ARAUJO, 2013)

Dessa forma o diagnóstico nutricional obtido pela AGS deve ser essencialmente subjetivo, clínico, baseado no conhecimento da enfermidade e das alterações nutricionais geradas por esta. (CORREIA & ARAUJO, 2013).

Os trabalhos que avaliaram o impacto da ASGPPP na morbimortalidade de pacientes com câncer, não conseguiram demonstrar associações estatisticamente seguras entre tais associações, existindo pesquisas apenas para a ASG clássica.

3 METODOLOGIA

Estudo transversal, analítico com coleta de dados secundária em fichas de ASGPPP arquivadas no serviço de nutrição e dietética do Hospital de Câncer Aldenora Bello. A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de julho à setembro de 2014. O hospital é um centro de alta complexidade em oncologia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o número de parecer 711.819 de 2014

Por se tratar de um estudo retrospectivo, e não haver a possibilidade da coleta da assinatura devido a ocorrência de óbitos além da ausência de registro de contatos contato e do grande números de indivíduos do interior e entre outros. Devido à pesquisa trata-se de pesquisa retrospectiva existe uma dificuldade na localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital e os consultórios dos médicos responsáveis, além do que os pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos. Assim, não haverá coleta de consentimento por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e sim a autorização pela instituição por meio de termo de dispensa de TCLE (APÊNDICE B). Depois de autorizada a realização do estudo, a coleta de dados será iniciada no SND do hospital.

O projeto é parte da dissertação de mestrado do “Prof. Msc. Alexsandro Ferreira dos Santos” intitulada “AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS”, aprovado e apreciado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) sob o numero de parecer 711.819. (ANEXO C).

A população correspondeu ao número de fichas de Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente (ASGPPP), arquivadas entre janeiro de 2010 a janeiro de 2014, baseado nisto foi realizado cálculo amostral, o qual levou em consideração o poder estatístico de 95%, erro amostral de 5%, prevalência de algum grau de desnutrição em câncer de 45,1% (8) e adição de 15% para eventuais perdas, resultando em uma amostra probabilística de 333 fichas de ASG-PPP. Após empregados os critérios de seleção, optou-se por amostragem probabilística das 366 que contemplam tais critérios.

Foram incluídos pacientes com idade mínima de 20 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de neoplasia maligna, com internação mínima de três dias, com fichas de ASGPPP completas e legíveis dentro do período de avaliação. Na vigência de mais de uma ASGPPP por internação optou-se por aquela mais próxima à sua admissão.

Não foram incluídas fichas de pacientes com idade inferior a 20 anos, internação inferior à 3 dias e de pacientes sem o diagnóstico conclusivo de câncer.

Foram excluídos fichas de ASG-PPP de gestantes e aquelas ilegíveis, incompletas ou ainda repetidas.

Os dados foram coletados a partir das fichas de ASGPPP e do prontuário hospitalar do paciente. Da ASGPPP, coletou-se: escore geral, peso atual, altura e pesos habituais de um e de seis meses atrás, os quais foram utilizados para o cálculo das porcentagens de perda de peso em um mês e em seis meses (15), e índice de massa corporal (16). Conforme quadro:

Quadro 1. Formula de IMC, Pontos de corte adulto e idoso e Classificação.

Formula de IMC:	Pontos de corte do IMC: (Adulto)	Pontos de corte: (Idoso)	Classificação
$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2}$	< 18,5	< 22,0	Desnutrição
	18,5 -24,9	≥ 22,0 – 27,0	Eutrofia

Altura ² (m)	≥ 25,0	≥ 27,0	Peso excessivo
-------------------------	--------	--------	----------------

Quadro 2. Formula de % de perda de peso, pontos de corte e classificação.

Formula de % perda de peso:	Pontos de corte:		Classificação:
	Em 1 mês	Em 6 meses	
$\%P^1 = \frac{PH^2 - PA^3}{PH^2} \times 100$	Até 5%	Até 10%	Perda Significativa
	≥ 5%	≥ 10%	Perda Grande

No prontuário hospitalar coletou-se o diagnóstico primário da doença, idade, sexo, procedência, estado civil, datas de admissão e da alta hospitalar, tipo de alta (hospitalar ou óbito) e presença de metástase.

O escore da ASGPPP foi classificado em bem nutrido (< 17 pontos), moderadamente desnutrido (ASGPPP ≥ 17 e < 22 pontos) e gravemente desnutrido (≥ 22 pontos). Posteriormente agrupou-se as pontuações, para obter os diagnósticos: Desnutridos (≥ 17 pontos) e bem nutridos (< 17 pontos); gravemente desnutridos (≥ 22 pontos) e não gravemente desnutridos (< 22 pontos). (13)

A análise estatística dos resultados ocorreu no programa Stata (12.0)®. A normalidade foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk e apenas o IMC demonstrou não paramétrica. As associações de frequências foram testadas pelo Qui-Quadrado. A comparação entre idade, tempo de internação, variáveis antropométricas e escore da ASGPPP entre os pacientes que vieram à óbitos e altas foi procedida pelo teste t student e Man-witney para aquelas não paramétricas. Todas associações foram fixadas como estatisticamente significativas quando alfa foi inferior a 5%.

4 RESULTADOS

Do total de fichas de ASGPPP avaliadas, 21,8% referiram-se à de óbito. Houve 51,6% foram mulheres, 45,1% apresentaram idade acima de 58 anos, 49,5% eram casados e 48,1% foram procedentes de São Luís. (Dados não tabelados).

Tabela 1. Características do diagnóstico de pacientes com câncer em hospital de referência de acordo com o tipo de alta hospitalar. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	Total n(%)	Óbito		Teste	p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)		
Localização primária do tumor				34.5790	0.000
Digestivo	69(18.8)	26 (32.5)	43 (15)		
Tegumentar	102 (27.8)	7 (8.7)	95 (33.3)		
Reprodutor Masculino	56 (15.4)	16 (20)	40 (14)		
Reprodutor Feminino	51 (14)	10 (12.5)	41 (14.3)		
Respiratório	47 (12.8)	17 (21.3)	30 (10.5)		
Outros	27 (7.4)	2 (2.5)	25 (8.7)		
Mama	14 (3.8)	2 (2.5)	12 (4.2)		
Metástase				7.3235	0.007
Ausência	324 (88.5)	64 (80)	260 (90.9)		
Presença	42 (11.5)	16 (20)	26 (9.1)		
Total	366 (100)	80 (21.8)	286 (78.2)		
Tempo de Internação (10				11.8362	0.001

dias)			
< 10 dias	148 (40.5)	19 (23.7)	129 (45.1)
≥ 10 dias	218 (59.5)	61 (76.3)	157 (54.9)
Total	366 (100)	80 (21.8)	286 (78.2)

Comparativamente pacientes que vieram à óbito apresentaram maior tempo de internação ($24,3 \pm 2,1$ vs $19,1 \pm 1,3$ dias). Notou-se associações estatisticamente significativas ($p < 0.05$), entre a localização primária do tumor e morte. Tumores no sistema digestivo estiveram mais associados a morte, 32,5%. Dentre os óbitos, 20% possuíam metástase ($p=0,007$) Tabela 1.

Tabela 2. Associação entre presença de desnutrição por diferentes métodos em pacientes com câncer em hospital de referência de acordo com o tipo de alta hospitalar. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	Total n(%)	Óbito		Teste	p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)		
IMC¹				7.3600	0.025
Desnutrição	102 (34.2)	20 (46.5)	82 (32.2)		
Eutrofia	131 (44)	20 (46.5)	111 (43.5)		
Sobrepeso	65 (21.8)	3 (7)	62 (24.3)		
Porcentagem de perda de peso em 1 mês²				4.7012	0.030
Grave	60 (54.1)	12 (80)	48 (50)		
Significativa	51 (45.9)	3 (20)	48 (50)		
Porcentagem de perda de peso em 6 meses³				0.5185	0.471
Grave	48 (57.2)	8 (66.7)	40 (55.6)		
Significativa	36 (42.8)	4 (33.3)	32 (44.4)		
ASGPPP⁴				15.9967	0.000
Bem Nutrido	68 (18,6)	22 (27.5)	46 (16.2)		

Moderadamente	64 (17.5)	22 (27.5)	42 (14.6)
Desnutrido			
Gravemente	234 (63.9)	36 (45)	198 (69.2)
Desnutrido			
Total	366 (100)	80 (21.8)	286 (78.2)

Notou-se associações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) onde a eutrofia foi mais frequente, 44%. O estado de desnutrição representou 34,23%. Na porcentagem (%) de perda de peso (PP) em 1 mês, a perda Grave foi mais prevalente, 54,1 %, assim como na porcentagem (%) de perda de peso (PP) em 6 meses, onde a perda grave representou 57,14%. Na classificação da ASGPPP o Gravemente desnutrido foi mais prevalente, 63,93%, assim como apresentou maior número de óbitos, 45%. (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação do tempo de internação e marcadores de desnutrição de pacientes com câncer em hospital de referência de acordo com o tipo de alta hospitalar (óbito versus alta hospitalar). São Luís, Maranhão, 2015.

Variável	Óbito		Teste	p-valor
	Sim (Md±DP)	Não (Md±DP)		
Tempo de internação (dias)	24,3±2,1	19,1±1,3	-1,9285	0,0273
Peso (kg)	53.5±2.2	57.8±0.7	2.2858	0.0114
IMC adulto (kg/m²)¹	19.7±1.0	22.9±0.4	2.671	≠0.2568
IMC idoso (kg/m²)²	20.8±1.2	22.6±0.4	1.134	≠0.0076
Porcentagem de perda de peso em um mês (%)	11±1.9	7.5±0.8	-1.6210	0.0540
Porcentagem de perda de peso em seis meses (%)	13.9±2.4	14±1.2	0.0167	0.4934
Escore	16.7±0,8	13.4±04	-3.5432	0.0002

≠Teste Man-Witney

Houve associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre tempo de internação, peso, IMC idoso e escore de ASG-PPP. Pacientes que vieram a óbito passaram em média 5,2 dias a mais do que pacientes de alta hospitalar, ($24,3 \pm 2,1$ versus $19,1 \pm 1,3$ dias respectivamente). O peso, o IMC em idosos e o escore da ASGPPP foram comparativamente menores entre os óbitos ($p < 0,05$). O IMC em idosos, embora comparativamente menor entre os óbitos não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Já as porcentagens de perda de peso demonstraram maior perda de peso em um mês para os óbitos ($11 \pm 1,9$ vs $7,5 \pm 0,8$, respectivamente) e a porcentagem de perda de peso em seis meses foi semelhante nos dois desfechos ($p > 0,05$) Tabela 4.

5 DISCUSSÕES

Os achados expressivos de desnutrição entre pacientes com câncer deste estudo são semelhantes aos de Correia et al. (2003), onde cerca de 30,9% dos pacientes apresentaram desnutrição. A prevalência de desnutrição ou risco nutricional em estudos utilizando a ASG clássica em pacientes hospitalizados varia de 36 à 50% em diferentes regiões do mundo. Waitzberg et al. (2001) em um estudo com 4000 pacientes hospitalizados com diferentes diagnósticos patológicos, conhecido como o IBRANUTRI, cujo objetivo foi estimar a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, apresentou a prevalência de desnutrição de 48,1%, que entre pacientes com câncer esta prevalência aumentava por pelo menos 66%. Cabe ressaltar, que neste estudo utilizou-se a ASG clássica como ferramenta de avaliação e não a ASGPPP, haja vista o grupo avaliado não englobarem exclusivamente a população oncológica como a deste estudo.

O estudo retrospectivo observacional por meio da ASG clássica de Ordoñez et al. (2013) em 396 pacientes, os óbitos apresentaram sete dias de internação a mais, comparativamente aos pacientes que apresentaram altas hospitalares, os autores ainda abordam que pacientes desnutridos, ou em risco nutricional, obtiveram mais tempo de internação, do que os pacientes bem nutridos. Porém, o referente estudo foi feito utilizando a ASG clássica, o que pode ter contribuído para ligeiras diferenças aos dados deste estudo.

Segundo Lara-Pulido e Guevara-Cruz (2012) em estudo com 769 pacientes, utilizando a MAN (Mini Avaliação Nutricional) como instrumento avaliativo, observou-se que 53,6 % dos avaliados apresentaram alterações no estado nutricional. Segundo os autores, pacientes com desnutrição e obesidade apresentaram, aproximadamente, três dias a mais de internação no hospital, do que os pacientes que não estavam desnutridos. Ressaltando que ocorreu uma diferença de faixa etária na população estudada, assim como uma diferença no instrumento de avaliação nutricional do estudo em questão.

Waitzberg et al. (2001) apontam que a prevalência de desnutrição é maior nos hospitais e cidades das regiões norte e nordeste do Brasil. O tempo médio de internação, segundo a ASG foi de $18,8 \pm 56$ dias (mediana de 8 dias). Sendo que para pacientes bem nutridos a média manteve em $12,9 \pm 38$ dias (mediana de 6 dias) e para pacientes com desnutrição moderada e severa chegou a $23,3 \pm 73,3$ (mediana de 9 dias) dias e $30 \pm 62,9$ dias (mediana de 13 dias), respectivamente. Estes dados vão em acordo com os achados desta pesquisa.

Em contraste, apenas 33,2% dos pacientes avaliados dentro de 2 dias após a internação apresentaram algum grau de desnutrição. Segundo os autores, a permanência hospitalar igual ou superior a 15 dias, confere três vezes mais chance de ser desnutrido. Esses achados, diferem com o estudo em questão onde o tempo de internação foi maior nos óbitos ($24,3 \pm 2,1$ dias) com aproximadamente 4 dias a mais de internação. Porém, os números da amostra entre os estudos são diferentes, explicar tais diferenças estatísticas entre os mesmos.

Correia & Waitzberg (2003) em estudo que relacionou o estado nutricional de pacientes com a sua morbimortalidade, tempo de hospitalização e custos com 709 avaliados relataram uma incidência de complicações de 27% entre os desnutridos. A mortalidade representou 12,4% dos desnutridos em 12,4% enquanto que o bem nutridos houve registro de apenas 4,7%. O tempo de internação foi maior nos pacientes desnutridos (16,77 dias), aproximadamente, 6 dias a mais, do que entre os bem nutridos. A mortalidade hospitalar foi significativa influenciada pela presença de desnutrição (fator de risco independente), concluindo a sua relação direta com a morte. Esses achados, são semelhantes aos desta pesquisa.

Correia et al (2003) avaliaram a prevalência de desnutrição a partir da ASG clássica na América Latina, em um estudo com mais de nove mil pacientes hospitalizados com idade superior a 18 anos. O estado de desnutrição representou a

50,2% dos avaliados estudados, sendo a desnutrição grave em torno de 11,2%. A presença de desnutrição foi associada com a idade superior a 60 anos, e infecção e o maior tempo de internação hospitalar a presença de câncer.

No estudo de Bauer, Capra e Fergunar et al. (2002), cujo objetivo foi avaliar o uso da ASGPPP como uma ferramenta de avaliação nutricional em pacientes com câncer, 76% dos avaliados foram classificados como desnutridos, dentre os quais os 59% dos pacientes eram moderadamente desnutridos e 17% gravemente desnutridos. Também foi observado a frequência de sintomas de impacto na nutrição, onde 72% dos pacientes relataram problemas com alimentação. Sendo assim, os autores concluíram que a ASGPPP é uma ferramenta de fácil utilização na avaliação nutricional do paciente que permite rápida identificação e priorização de desnutrição nesta população.

Prado et al (2013) em estudo com o objetivo de identificar o estado nutricional de pacientes com câncer gastrointestinal e verificar sua associação com características demográficas e clínicas, utilizou a ASG classica para aferir o risco de desnutrição entre os avaliados 44,8% possuíam algum grau de desnutrição. Achados diferentes do presente estudo, onde 63,9% corresponderam ao gravemente desnutrido, porém a população desse estudo correspondeu apenas pacientes com cancer na regioao gastrointestinal e trata-se de um estudo transversal com uma amostragem não probabilística.

Reforçando que a localização primaria do tumor no sistema digestivo representam maior risco para o paciente com câncer, houve maior numero de óbitos entre estes. Já no estudo de Shirodkaret al (2005), na Índia ressalta que após tumores de cabeça e pescoço, os do trato gastrointestinal, são os mais frequentes.

Os valores do IMC (kg/m^2) nos óbitos foram menores em comparação aos não óbitos, tanto nos adultos ($19.7 \pm 1.0 \text{ Kg}/\text{m}^2$), como nos idosos ($20.8 \pm 1.2 \text{ Kg}/\text{m}^2$). Segundo Waitzberg et al. (2001) Pacientes com IMC inferior a $18 \text{ kg}/\text{m}^2$ também tiveram maior tempo de hospitalização. No estudo de Hiesmayr et al (2009) para determinar os fatores nutricionais e a ingestão de alimentos em mais de 16 mil adultos hospitalizados onde a desnutrição foi encontrado em 6% dos avaliados. Destacando que esses resultados divergem com o estudo em questão devido o tamanho da amostra e diferença amostral. Ainda segundo os autores, para pacientes com baixo IMC, o risco de morte aumenta duas vezes e reduz a metade para pacientes com sobrepeso e obesidade ($\text{IMC} \geq 25$ e $40 \text{ Kg}/\text{m}^2$).

No presente estudo, pode-se observar um maior número de óbitos nos pacientes que apresentaram porcentagem de perda de peso grave tanto em um mês como em seis meses. Hiesmayr et al (2009) relatam uma frequência de 42% de perda de peso grave em três meses.

Através dos resultados, destacamos a importância da ASGPPP como instrumento de avaliação dos pacientes com câncer, principalmente por identificar possíveis agravos do estado nutricional, e para maior prevenção e combate da desnutrição nestes pacientes, visto que há relação direta entre desnutrição e morte. Diante disso destacamos a importância da melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos no âmbito hospitalar, utilizando todas as ferramentas possíveis para a prevenção da desnutrição e recuperação do estado nutricional com a adoção de medidas eficazes de avaliação nutricional e intervenção. Se faz necessário a capacitação de profissionais quanto à utilização da ASGPPP como método de diagnóstico de risco nutricional. Outro ponto importante é a correta aplicação da ficha avaliativa devendo esta ser feita por profissionais capacitados prevenindo erros e alterações nos valores de escore.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve expressivos números de óbitos. Dentre os fatores avaliados, notou-se associação entre o estado nutricional e morte entre os avaliados. Os fatores clínico-nutricionais foram associados à mortalidade em pacientes oncológicos de um hospital da rede referência do nordeste brasileiro.

Os fatores clínico-nutricionais contribuíram para o aumento das chances de morte entre os avaliados. Diante disso, a identificação precoce dos possíveis riscos, por meio da ASGPPP se faz necessário.

Dentre as limitações desta pesquisa podemos destacar o preenchimento incorreto das fichas de ASGPPP a qual deve ser feita por profissionais capacitados no intuito de evitar evasões no prognóstico dos pacientes, e o período do estudo destacando que poderiam ser feitas as coletas das fichas do ano de 2014. Se faz necessário também pesquisas mais específicas quando ao preenchimento das fichas de avaliação (ASGPPP), da relação da desnutrição e a localização e estágio do câncer, assim como a prevalência dos tumores da região tegumentar na população nordestina.

Portanto, faz-se necessária, a conscientização dos profissionais de saúde, a adoção da ferramenta no âmbito hospitalar e a educação continuada, no intuito de contribuir também para melhoria da qualidade de vida dos pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS (NBR 6023/03)

INCA. 2017. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322, acesso em 01 de dezembro de 2017.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cervix câncer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. V. 10. Lyon. IARC press, 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) . Coordenação de Prevenção e Vigilância - Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) , 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> , acesso em 30 de abril de 2018.

PRESSOR, M. et al. Malnutrition: prevalence, risk factors, clinical impact. **British Journal of Cancer**. n. 102, v.6, 2010.

DAVIDSON, W et al. Malnutrition and chemotherapy-induced nausea and vomiting : implications for practice. **Oncology Nursing Forum**, v. 39, n. 4 , 2012.

DONOHUE, C. L.; RYAN, A. M.; REYNOLDS, J.V. Cancer Cachexia: Mechanisms and Clinical Implications. **Gastroenterology Research and Practice**, 2001.

WAITZBERG D.L., CAIAFFA, W.T., CORREIA, M.I. Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001.

WEI, J. et al. Glioblastoma cancer-initiating cells inhibit T-cell proliferation and effector responses by the signal transducers and activators of transcription 3 pathway. **Mol Cancer Ther**, 2010.

CARO, M. M. et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. **Nutr Hosp**. V.23, n 5, 2008.

SBNPE, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; ABN, Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes: Terapia Nutricional na Oncologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2016.

DETSKY, A.S., SMALLEY, P.S., CHANG, J. Is this patient malnourished? **JAMA**, v. 271, n. 1, p. 54-58, jan. 1994.

GONZALEZ, et al. Diet and cancer prevention: Contributions from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. **Eur J Cancer**. 2010.

- MOTA, M. A. et al. Avaliação subjetiva global e avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente em oncologia: um estudo comparativo. **Rev. Brás. Nutri. Clin.** V. 24 , n.3 , 196-202, jul 0 set, 2009.
- BLACKBURN GL, THORNTON PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Med Clin North Am.** V.63, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation of obesity.** Genova, 1997.
- CORREIA, M. I. T. D. & WAITZBERG, D. L. The impact of mal nutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition.** v. 3, n. 22, 2003.
- CORREIA, M I T D et al. Prevalence of Hospital Mal nutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. **Nutrition.** V. 19, n.10, 2003.
- ORDOÑEZ, A M. et al. Nutritional status influences the length of stay and clinical outcomes in hospitalized patients in internal medicine wards. **Nutr Hosp.** V. 4, n. 28, 2013.
- LARA-PULIDO, A. and GUEVARA-CRUZ, M. Malnutrition and associated factors in elderly hospitalized. Malnutrition in hospitalized elderly. **Nutr Hosp.** N. 27, v. 2, 2012.
- BAUER, S; CAPRA & FERGUSON et al. 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,** n. 56, 2002.
- PRADO, C D et al. Nutritional status of patients with gastrointestinal cancer receiving care in a public hospital. **Nutr Hosp.** V. 2, n. 28, 2013.
- SHIRODKAR, M. et al. Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians. **Indian Journal of Gastro enterology,** v. 24, 2005.
- HIESMAYR, M et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospital inpatients: The Nutrition Day survey. **Clinical Nutrition,** v. 28, 2009.
- ZANDONAI, A.P. et al, Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **RevEscEnferm USP;** v. 46, n.1: p. 234-9, 2012.
- WAITZBERG, D. L.; ALVES, C. C.; TORRINHAS, R. S. M. de. M. Incidência da Desnutrição em Câncer. In: WAITZBERG, D. L. **Dieta Nutrição e Câncer.** São Paulo: Atheneu, cap. 32, p. 269-276. 2004.
- WAITZBERG, D. L. et al. Desnutrição em câncer. **Onco&.** 2011.
- SILVA, M. P. N. da. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia,** Maceió, v. 52, n. 1, p. 59-77, ago. 2006.

MATIAS, J. E. F.; CAMPOS, A. C. L. **Terapia Nutricional no Câncer**. In: Nutrição em Cirurgia. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 1, cap. 16, 281-295. 2001.

MIRANDA, T.V, et al. Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 59, n.1: p. 57-64, 2013.

BRITO, L.F. et al, Perfil nutricional de pacientes com câncer assistidos pela casa de acolhimento ao paciente oncológico do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 58, n.2 , p. 163-171, 2012.

VON MEYENFELDT, Maarten. Cancers-associated malnutrition: An introduction. **European Journal of Oncology Nursing**, Netherlands, v. 9, p.35-38, 2005.

FOSTER, D.W. Anorexia nervosa e bulimia. In: FAUCI, A.S, et al, **eds.Harrison**.14th ed. Rio de Janeiro :McGraw-Hill;.p.491-93. 1998.

CORREIA, M. I. T. D.; ARAUJO, K.C.G. **Avaliação Subjetiva Global**. Belo Horizonte, MG. p. 1-11, 2013.

MOTA, M. A. et al. Avaliação subjetiva global e avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente em oncologia: um estudo comparativo. **Rev. Brás. Nutri. Clin.** V. 24 , n.3 , 196-202, jul 0 set, 2009.

BARBOSA-SILVA, M.C.G.; BARROS, A.J.D. Avaliação Nutricional Subjetiva. Parte 2 - Revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 4, p. 248-252, out./dez. 2002.

ANEXO A – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASGPPP)

<p>1. Peso (veja anexo 1)</p> <p>Resumo do meu peso atual e recente:</p> <p>Eu atualmente peso aproximadamente ____ kg</p> <p>Eu tenho aproximadamente 1 metro e ____ cm</p> <p>Há um mês atrás eu pesava aproximadamente ____ kg</p> <p>Há seis meses atrás eu pesava aproximadamente ____ kg</p> <p>Durante as 2 últimas semanas meu peso:</p> <p><input type="checkbox"/> diminuiu (1) <input type="checkbox"/> ficou igual (0) <input type="checkbox"/> aumentou (0)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Ingestão alimentar: Em comparação a minha alimentação normal, eu poderia considerar minha ingestão alimentar durante o último mês como:</p> <p><input type="checkbox"/> sem mudanças (0)</p> <p><input type="checkbox"/> mais que o normal (0)</p> <p><input type="checkbox"/> menos que o normal (1)</p> <p>Atualmente, eu estou comendo:</p> <p><input type="checkbox"/> comida normal (alimentos sólidos) em menor quantidade (1)</p> <p><input type="checkbox"/> comida normal (alimentos sólidos) em pouca quantidade (2)</p> <p><input type="checkbox"/> apenas líquidos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> apenas suplementos nutricionais (3)</p> <p><input type="checkbox"/> muito pouco de qualquer comida (4)</p> <p><input type="checkbox"/> apenas alimentos por sonda ou pela veia (0)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 2 <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Sintomas: Durante as 2 últimas semanas, eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente (marque todos os que estiver sentindo):</p> <p><input type="checkbox"/> sem problemas para se alimentar (0)</p> <p><input type="checkbox"/> sem apetite, apenas sem vontade de comer (3)</p> <p><input type="checkbox"/> náusea (1) <input type="checkbox"/> vômito (3)</p> <p><input type="checkbox"/> constipação (1) <input type="checkbox"/> diarreia (3)</p> <p><input type="checkbox"/> feridas na boca (2) <input type="checkbox"/> boca seca (1)</p> <p><input type="checkbox"/> alimentos têm gosto estranho ou não têm gosto (1)</p> <p><input type="checkbox"/> os cheiros me enjoam (1) <input type="checkbox"/> problemas para engolir (2)</p> <p><input type="checkbox"/> rapidamente me sinto satisfeito (1)</p> <p><input type="checkbox"/> dor, onde?(3) _____</p> <p><input type="checkbox"/> outros**(1) _____</p> <p><small>** ex: depressão, problemas dentários ou financeiros</small></p> <p style="text-align: right;">Caixa 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Atividades e função: No último mês, eu consideraria minha atividade como:</p> <p><input type="checkbox"/> normal, sem nenhuma limitação (0)</p> <p><input type="checkbox"/> não totalmente normal, mas capaz de manter quase todas as atividades normais (1)</p> <p><input type="checkbox"/> não me sentindo bem para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia (2)</p> <p><input type="checkbox"/> capaz de fazer pouca atividade, e passando a maior parte do tempo na cadeira ou na cama (3)</p> <p><input type="checkbox"/> bastante tempo acamado, raramente fora da cama (3)</p> <p style="text-align: right;">Caixa 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Somatória dos escores das caixas 1 a 4 <input type="checkbox"/> A</p>	

O restante do questionário será preenchido pelo seu médico, enfermeira ou nutricionista. Obrigada.

<p>5. Doença e sua relação com requerimentos nutricionais (veja anexo 2)</p> <p>Todos os diagnósticos relevantes (especifique) _____</p> <p>Estadiamento da doença primária (circule se conhecido ou apropriado) I II III IV Outro _____</p> <p>Idade _____</p>	<p>Escore numérico do anexo 2 <input type="checkbox"/> B</p>
<p>6. Demanda metabólica (veja anexo 3)</p>	<p>Escore numérico do anexo 3 <input type="checkbox"/> C</p>
<p>7. Exame físico (veja anexo 4)</p>	<p>Escore numérico do anexo 4 <input type="checkbox"/> D</p>

<p>Avaliação Global (veja anexo 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Bem nutrido ou anabólico (ASG A)</p> <p><input type="checkbox"/> Desnutrição moderada ou suspeita (ASG B)</p> <p><input type="checkbox"/> Gravemente desnutrido (ASG C)</p>	<p>Escore total da ASG produzida pelo paciente</p> <p>Escore numérico total de A + B + C + D acima <input type="checkbox"/></p> <p>(Siga as orientações de triagem abaixo)</p>
---	--

Recomendações de triagem nutricional: A somatória dos escores é utilizada para definir intervenções nutricionais específicas, incluindo a orientação do paciente e seus familiares, manuseio dos sintomas incluindo intervenções farmacológicas e intervenção nutricional adequada (alimentos, suplementos nutricionais, nutrição enteral ou parenteral). A primeira fase da intervenção nutricional inclui o manuseio adequado dos sintomas.

0-1: Não há necessidade de intervenção neste momento. Reavaliar de forma rotineira durante o tratamento.

2-3: Educação do paciente e seus familiares pelo nutricionista, enfermeira ou outro profissional, com intervenção farmacológica de acordo com o inquérito dos sintomas (caixa 3) e exames laboratoriais se adequado.

4-8: Necessita intervenção pela nutricionista, juntamente com a enfermeira ou médico como indicado pelo inquérito dos sintomas (caixa 3).

≥ 9: Indica necessidade crítica de melhora no manuseio dos sintomas e/ou opções de intervenção nutricional.

ANEXO A – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASGPPP) (Continuação)

As caixas de 1 a 4 da ASG-PPP foram feitas para serem preenchidas pelo paciente. O escore numérico da ASG-PPP é determinado usando:

1) Os pontos entre parênteses anotados nas caixas 1 a 4 e 2) na folha abaixo para itens não pontuados entre parênteses. Os escores para as caixas 1 e 3 são aditivos dentro de cada caixa e os escores das caixas 2 e 4 são baseados no escore mais alto marcado pelo paciente.

<p>Folha 1 – Escore da perda de peso Para determinar o escore, use o peso de 1 mês atrás se disponível. Use o peso de 6 meses atrás apenas se não tiver dados do peso do mês passado. Use os pontos abaixo para pontuar as mudanças do peso e acrescente pontos extras se o paciente perdeu peso nas últimas 2 semanas. Coloque a pontuação total na caixa 1 da ASG-PPP.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Perda de peso em 1 mês</th> <th>Pontos</th> <th>Perda de peso em 6 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10% ou mais</td> <td>4</td> <td>20% ou mais</td> </tr> <tr> <td>5 – 9,9%</td> <td>3</td> <td>10 – 19,9%</td> </tr> <tr> <td>3 – 4,9%</td> <td>2</td> <td>6 – 9,9%</td> </tr> <tr> <td>2 – 2,9%</td> <td>1</td> <td>2 – 5,9%</td> </tr> <tr> <td>0 – 1,9%</td> <td>0</td> <td>0 – 1,9%</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pontuação para a folha 1 <input type="checkbox"/> Anote na caixa A</p>		Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	10% ou mais	4	20% ou mais	5 – 9,9%	3	10 – 19,9%	3 – 4,9%	2	6 – 9,9%	2 – 2,9%	1	2 – 5,9%	0 – 1,9%	0	0 – 1,9%	<p>Folha 2 – Critério de pontuação para condição A pontuação é obtida pela adição de 1 ponto para cada condição listada abaixo que o paciente apresente.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Pontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Câncer</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>AIDS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Caquexia pulmonar ou cardíaca</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Presença de trauma</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Idade maior que 65 anos</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pontuação para a folha 2 <input type="checkbox"/> Anote na caixa B</p>		Categoria	Pontos	Câncer	1	AIDS	1	Caquexia pulmonar ou cardíaca	1	Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula	1	Presença de trauma	1	Idade maior que 65 anos	1
Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses																																	
10% ou mais	4	20% ou mais																																	
5 – 9,9%	3	10 – 19,9%																																	
3 – 4,9%	2	6 – 9,9%																																	
2 – 2,9%	1	2 – 5,9%																																	
0 – 1,9%	0	0 – 1,9%																																	
Categoria	Pontos																																		
Câncer	1																																		
AIDS	1																																		
Caquexia pulmonar ou cardíaca	1																																		
Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula	1																																		
Presença de trauma	1																																		
Idade maior que 65 anos	1																																		

<p>Folha 3 – Pontuação do estresse metabólico O escore para o estresse metabólico é determinado pelo número de variáveis conhecidas que aumentam as necessidades calóricas e protéicas. O escore é aditivo sendo que se o paciente tem febre > 38,9°C (3 pontos) e toma 10 mg de prednisona cronicamente (2 pontos) teria uma pontuação de 5 pontos para esta seção.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Estresse</th> <th>Nenhum (0)</th> <th>Baixo (1)</th> <th>Moderado (2)</th> <th>Alto (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Febre</td> <td>Sem febre</td> <td>>37,2° e < 38,3°</td> <td>≥ 38,3° e < 38,9°</td> <td>≥ 38,9°</td> </tr> <tr> <td>Duração da febre</td> <td>Sem febre</td> <td>< 72 horas</td> <td>72 horas</td> <td>> 72 horas</td> </tr> <tr> <td>Corticosteróides</td> <td>Sem corticosteróides</td> <td>dose baixa (< 10 mg prednisona/dia)</td> <td>dose moderada (≥ 10 e < 30 mg prednisona)</td> <td>dose alta (≥ 30 mg prednisona)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pontuação para a folha 3 <input type="checkbox"/> Anote na caixa C</p>					Estresse	Nenhum (0)	Baixo (1)	Moderado (2)	Alto (3)	Febre	Sem febre	>37,2° e < 38,3°	≥ 38,3° e < 38,9°	≥ 38,9°	Duração da febre	Sem febre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas	Corticosteróides	Sem corticosteróides	dose baixa (< 10 mg prednisona/dia)	dose moderada (≥ 10 e < 30 mg prednisona)	dose alta (≥ 30 mg prednisona)
Estresse	Nenhum (0)	Baixo (1)	Moderado (2)	Alto (3)																				
Febre	Sem febre	>37,2° e < 38,3°	≥ 38,3° e < 38,9°	≥ 38,9°																				
Duração da febre	Sem febre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas																				
Corticosteróides	Sem corticosteróides	dose baixa (< 10 mg prednisona/dia)	dose moderada (≥ 10 e < 30 mg prednisona)	dose alta (≥ 30 mg prednisona)																				

<p>Folha 4 – Exame físico O exame físico inclui a avaliação subjetiva de 3 aspectos da composição corporal: gordura, músculo e estado de hidratação. Como é subjetiva, cada aspecto do exame é graduado pelo grau de déficit. O déficit muscular tem maior impacto no escore do que o déficit de gordura. Definição das categorias: 0 = sem déficit, 1+ = déficit leve, 2+ = déficit moderado, 3+=déficit grave. A avaliação dos déficit nestas categorias não devem ser somadas, mas são usadas para avaliar clinicamente o grau de déficit (ou presença de líquidos em excesso).</p>																																																									
<p>Reservas de gordura:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Região peri-orbital</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Prega de tríceps</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Gordura sobre as últimas costelas</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Avaliação geral do déficit de gordura</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> </tbody> </table>					Região peri-orbital	0	+1	+2	+3	Prega de tríceps	0	+1	+2	+3	Gordura sobre as últimas costelas	0	+1	+2	+3	Avaliação geral do déficit de gordura	0	+1	+2	+3	<p>Estado de hidratação:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Edema no tornozelo</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Edema sacral</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Ascite</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Avaliação geral do estado de hidratação</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> </tbody> </table>					Edema no tornozelo	0	+1	+2	+3	Edema sacral	0	+1	+2	+3	Ascite	0	+1	+2	+3	Avaliação geral do estado de hidratação	0	+1	+2	+3								
Região peri-orbital	0	+1	+2	+3																																																					
Prega de tríceps	0	+1	+2	+3																																																					
Gordura sobre as últimas costelas	0	+1	+2	+3																																																					
Avaliação geral do déficit de gordura	0	+1	+2	+3																																																					
Edema no tornozelo	0	+1	+2	+3																																																					
Edema sacral	0	+1	+2	+3																																																					
Ascite	0	+1	+2	+3																																																					
Avaliação geral do estado de hidratação	0	+1	+2	+3																																																					
<p>Estado Muscular:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Têmporas (músc. temporal)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Clavículas (peitorais e deltóides)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Ombros (deltóide)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Musculatura inter-óssea</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Escápula (dorsal maior, trapézio e deltóide)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Coxa (quadríceps)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Panturrilha (gastrocnêmios)</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> <tr> <td>Avaliação geral do estado muscular</td> <td>0</td> <td>+1</td> <td>+2</td> <td>+3</td> </tr> </tbody> </table>					Têmporas (músc. temporal)	0	+1	+2	+3	Clavículas (peitorais e deltóides)	0	+1	+2	+3	Ombros (deltóide)	0	+1	+2	+3	Musculatura inter-óssea	0	+1	+2	+3	Escápula (dorsal maior, trapézio e deltóide)	0	+1	+2	+3	Coxa (quadríceps)	0	+1	+2	+3	Panturrilha (gastrocnêmios)	0	+1	+2	+3	Avaliação geral do estado muscular	0	+1	+2	+3	<p>Avaliação geral do estado de hidratação A pontuação do exame físico é determinado pela avaliação subjetiva geral do déficit corporal total.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sem déficit</td> <td>escore = 0 pontos</td> </tr> <tr> <td>Déficit leve</td> <td>escore = 1 ponto</td> </tr> <tr> <td>Déficit moderado</td> <td>escore = 2 pontos</td> </tr> <tr> <td>Déficit grave</td> <td>escore = 3 pontos</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Pontuação para a folha 4 <input type="checkbox"/> Anote na caixa D</p>					Sem déficit	escore = 0 pontos	Déficit leve	escore = 1 ponto	Déficit moderado	escore = 2 pontos	Déficit grave	escore = 3 pontos
Têmporas (músc. temporal)	0	+1	+2	+3																																																					
Clavículas (peitorais e deltóides)	0	+1	+2	+3																																																					
Ombros (deltóide)	0	+1	+2	+3																																																					
Musculatura inter-óssea	0	+1	+2	+3																																																					
Escápula (dorsal maior, trapézio e deltóide)	0	+1	+2	+3																																																					
Coxa (quadríceps)	0	+1	+2	+3																																																					
Panturrilha (gastrocnêmios)	0	+1	+2	+3																																																					
Avaliação geral do estado muscular	0	+1	+2	+3																																																					
Sem déficit	escore = 0 pontos																																																								
Déficit leve	escore = 1 ponto																																																								
Déficit moderado	escore = 2 pontos																																																								
Déficit grave	escore = 3 pontos																																																								

ANEXO A – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PRODUZIDA PELO PRÓPRIO PACIENTE (ASGPPP) (Continuação)

Folha 5 – Categorias da Avaliação Global da ASG-PPP			
	Estágio A	Estágio B	Estágio C
Categoria	Bem nutrido	Moderadamente desnutrido ou suspeito de desnutrição	Gravemente desnutrido
Peso	Sem perda OU Ganho recente não hídrico	~5% PP em 1 mês (ou 10% em 6 meses) OU Sem estabilização ou ganho de peso (continua perdendo)	> 5% PP em 1 mês (ou 10% em 6 meses) OU Sem estabilização ou ganho de peso (continua perdendo)
Ingestão nutrientes	Sem déficit OU melhora significativa recente	Diminuição definitiva na ingestão	Déficit grave de ingestão
Sintomas com impacto nutricional	Nenhum OU melhora significativa recente permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas de impacto nutricional (Caixa 3 da ASG-PPP)	Presença de sintomas de impacto nutricional (Caixa 3 da ASG-PPP)
Função	Sem déficit OU melhora significativa recente	Déficit funcional moderado OU piora recente	Déficit funcional grave OU piora recente significativa
Exame físico	Sem déficit OU déficit crônico porém com recente melhora clínica	Evidência de perda leve a moderada de gordura e/ou massa muscular e/ou tônus muscular à palpação	Sinais óbvios de desnutrição (ex: perda importante dos tecidos subcutâneos, possível edema)

Fonte: GONZALEZ *et al.*, (2010).

**ANEXO B – TERMO DE DISPENSA DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO E DA CRIANÇA
MESTRADO ACADÊMICO

**AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E
SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS:** estudo em hospital de
referência de São Luís (MA)

Av. dos Portugueses, 1966. Bacanga. CEP: 65080-805. São Luís - MA. Brasil.
Prédio da Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS,
Fones: (098) 3272-9520/9521.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E
SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS:** estudo em hospital de
referência de São Luís (MA)

Pesquisador Responsável / Orientador:

Profª. Dra Maria Bethânia da Costa Chein

Email: mbcchein@yahoo.com.br / ppgsmin@ufma.br

Pesquisador / Mestrando:

Alexsandro Ferreira dos Santos

Email: fs_alexsandro@yahoo.com.br

Eu, **MARIA BETHÂNIA DA COSTA CHEIN, MÉDICA, CRM- 3058**, pesquisadora responsável pelo projeto: "**AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS:** estudo em hospital de referência de São Luís (MA)" projeto de dissertação de mestrado do aluno **ALEXSANDRO FERREIRA DOS SANTOS, NUTRICIONISTA, CRN – 8658, CPF: 028.261.733-75**, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a **DISPENSA** da utilização do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado para fins diagnósticos e da revisão de prontuários com as informações referentes aos pacientes. Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de

ANEXO B – TERMO DE DISPENSA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*Continuação*)

12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 251 de 05 de agosto de 1997, referentes às informações obtidas com Projeto.

Ressalta as seguintes justificativas para dispensa:

Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de 374 (trezentos e setenta e quatro) métodos de avaliação subjetivos globais produzidos pelo paciente;

Em muitos dos casos, os pacientes já vieram a óbito;

Difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital e os consultórios dos médicos responsáveis;

Alguns pacientes foram atendidos há muito tempo e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Atenciosamente,

São Luís, Maranhão, 24 de Abril de 2014.



Prof. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein
Pesquisador responsável
CRM - 3058



Alexandro Ferreira dos Santos
Pesquisador auxiliar / Orientando

Contatos Pesquisador Responsável:

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966. Bacanga. CEP: 65080-805. São Luís - MA. Brasil. Prédio da Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS
Endereço eletrônico: mbochein@yahoo.com.br
Telefone: (98) 3272-9520/9521

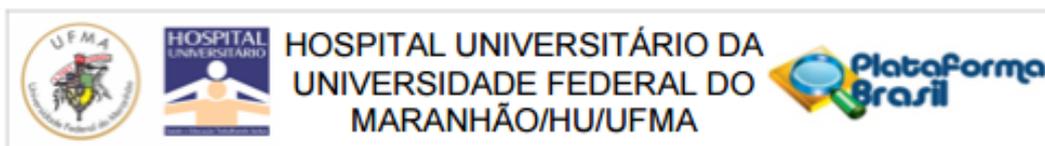
Contatos Pesquisador Auxiliar:

Endereço: Rua 21, Qd. 27, Nº 02, Villagio do Cohatrac V, CEP - 65.052-090, São Luís, Maranhão.
Endereço eletrônico: fs_alexandro@yahoo.com.br
Telefone: (98) 9139-4497 / 8477-6125 / 81675168

Informações do Comitê de ética em pesquisa (CEF)

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA. **Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227, Centro, CEP: 65.020-070, São Luís, MA. **Contatos:** (98) 21091250 (telefone), (98) 21091223 (fax). Email: cep@huufma.br

ANEXO C – Parecer consubstanciado Comitê de Ética em pesquisa Hospital universitário unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL PRODUZIDA PELO PACIENTE E SOBREVIVÊNCIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: estudo em dois hospitais de

Pesquisador: Maria Bethânia da Costa chein

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31775314.4.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

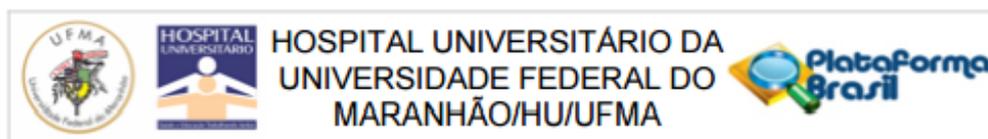
Número do Parecer: 711.819

Data da Relatoria: 18/06/2014

Apresentação do Projeto:

A avaliação subjetiva global produzida pelo paciente (ASGPPP) é um método prático, rápido e eficaz de avaliação nutricional beira-leito. Não existem trabalhos de tamanho amostral representativos com este método em São Luis, razão de sua realização. Objetivo: Analisar a associação existente entre o escore da ASGPPP e a mortalidade em pacientes oncológicos de dois hospitais de referência em São Luis – MA. Metodologia: Coorte retrospectiva com 374 fichas de pacientes oncológicos com no mínimo 20 anos completos e 3 dias de internação hospitalar, tenham participado da avaliação ASGPPP entre janeiro de 2009 a janeiro de 2014. Serão excluídas fichas ilegíveis, incompletas, de gestantes ou lactantes. Os dados coletados no prontuário médico serão: idade, sexo, procedência, diagnóstico e tratamento oncológico, tempo de internação, intervalo entre admissão e realização da ASGPPP, desfecho do paciente (alta e óbito). Os dados referentes a ASGPPP serão transcritos de prontuário manual ou eletrônico específico, onde constarão: escore ASGPPP geral e por domínios, perda de peso em um e seis meses, índice de massa corporal (IMC) e peso. Os dados serão tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel® (2013). A análise será realizada no programa estatístico Stata 12.0®. A normalidade das variáveis será verificada através do teste de Shapiro-Wilk. Para avaliação as associações de frequências (absoluta e relativa) será aplicado o Qui-Quadrado (X^2). Quanto a análise da distribuição de

ANEXO C – Parecer consubstanciado Comitê de Ética em pesquisa Hospital universitário unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) (*Continuação*)



Continuação do Parecer: 711.819

variáveis contínuas entre os anos de estudo avaliado será aplicado ANOVA. Por fim, será aplicado modelo de regressão logística, bruta e ajustada, para a análise das variáveis dependentes e as independentes. Os dados serão demonstrados em tabelas e gráficos e todas associações estatísticas serão fixadas como estatisticamente significativas quando alfa for inferior a 0,05. Todos os custos serão de responsabilidade da equipe executora (financiamento próprio).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar a associação existente entre o escore da ASGPPP e a mortalidade em pacientes oncológicos de dois hospitais de referência em São Luís – MA durante o período de janeiro de 2009 a janeiro de 2014.

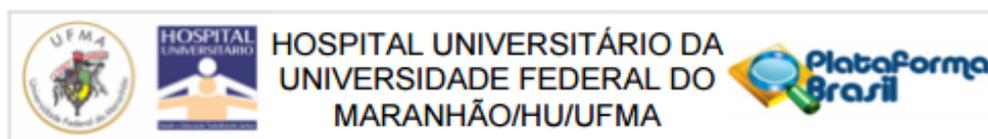
Objetivo Secundário:

- Formular banco de dados sobre o perfil nutricional dos pacientes oncológicos internos de acordo com a ASGPPP;
- Verificar o impacto da aplicação da ASGPPP entre a população feminina;
- Elencar: sexo, procedência, idade e localização tumoral dos avaliados;
- Descrever o perfil antropométrico e a classificação por meio da ASGPPP nos avaliados; - - Associar os anos de estudo de acordo com as taxas de classificação da ASGPPP;
- Analisar a prevalência dos diferentes desfechos (altas e óbitos) entre os avaliados durante o período de estudo;
- Associar os diferentes desfechos ao escore da ASGPPP;
- Estabelecer a razão de risco entre o escore da ASGPPP e mortalidade e tempo de internação;
- Associar as taxas de classificação da ASGPPP de acordo com diferentes parâmetros antropométricos durante o período de avaliação;
- Avaliar qual dos domínios contidos na ASGPPP repercute com maior impacto no desfecho desnutrição;
- Descrever os escores da ASGPPP por domínio e o escore geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: de acordo com o o que consta no projeto inserido na Plataforma Brasil: "Existe a possibilidade de perda de material impresso da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente (ASGPPP), contudo, pretende-se reduzir tal risco, coletando todas as informações apenas nas dependências de cada serviço de nutrição e dietética de cada instituição. É possível ainda haver vazamento da identificação dos avaliados. No entanto, ressalta-se que os nomes dos avaliados no

ANEXO C – Parecer consubstanciado Comitê de Ética em pesquisa Hospital universitário unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) (*Continuação*).



Continuação do Parecer: 711.819

banco de dados serão trocados por suas iniciais seguidos por números arábicos (por exemplo: ASG1, MRJS2, MHR3, etc) pelos responsáveis pela coleta dos dados, os mesmos serão encaminhados ao pesquisador responsável, o qual, para preservar o sigilo de identificação dos pacientes, sorteará de maneira aleatória a amostra de acordo com o intervalo de retirado. Sendo de conhecimento apenas dos pesquisadores tal codificação. O sigilo será de responsabilidade dos pesquisadores”.

Benefícios: de acordo com o o que consta no projeto inserido na Plataforma Brasil: "Formular o primeiro banco de dados sobre o perfil nutricional quanto a ASGPPP dos pacientes oncológicos no Maranhão, contribuindo para possíveis intervenções de saúde no âmbito institucional, municipal e estadual. Verificar se a ASGPPP pode ser sensível para detectar risco de mortalidade e maior tempo de internação, assim como, pior prognóstico nas instituições. Contribuir com os profissionais de saúde das instituições campo de coleta para uma visualização mais eficiente dos dados coletados. Definir a ASGPPP como mecanismo de avaliação nutricional imprescindível na admissão do paciente”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Avaliação Subjetiva Global (ASG) é um método que avalia o estado nutricional a partir da combinação de fatores como perda de peso, alterações na ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, alterações funcionais e exame físico do paciente. Considerando que a utilização de parâmetros objetivos (antropométrico, químico e imunológico) para avaliar o estado nutricional vem sendo questionado, pois não são alterados apenas por fatores nutricionais, esta pesquisa vem corroborar com dados sobre a avaliação nutricional subjetiva e contribuir com mais subsídios para a avaliar qualidade de vida dos pacientes (de maneira indireta).

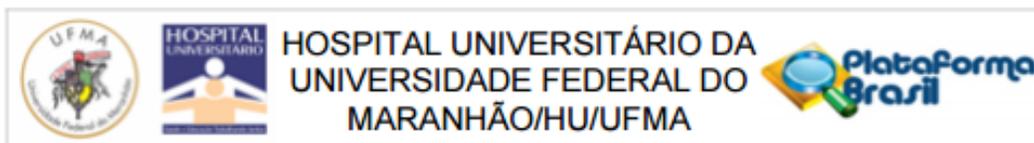
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466-2012 em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": folha de rosto projeto de pesquisa, orçamento detalhado e currículo do pesquisador responsável e demais pesquisadores. Solicita dispensa de TCLE por ser um levantamento de dados a partir de fichas protocolo, de maneira retrospectiva.

Recomendações:

Não há.

ANEXO C – Parecer consubstanciado Comitê de Ética em pesquisa Hospital universitário unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) (Continuação).



Continuação do Parecer: 711.819

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)