

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER NO BRASIL

N. B. de Pinho, R. B. Martucci, V. D. Rodrigues, C. A. D'Almeida, L. C. S. Thuler, C. Saunders, W. A. F. Peres



npinho@inca.gov.br

Sociedade Brasileira
de Nutrição Oncológica



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Introdução: O mundo vivencia processo de transição demográfica que resultará em populações cada vez mais idosas.

-  Proporção ≥ 60 anos > qualquer outro grupo etário,
 - 841 milhões em 2013,
 - 2 bilhões de idosos até 2050= 21,1% de toda a população mundial.
- A população brasileira idosa
 - Cresceu 43,5% entre 2000 e 2010.
 - A expectativa para 2025 = 13,78% da população brasileira.

O indivíduo idoso com câncer

- A população brasileira > 60 anos
 - ↑47,8% na última década (De Freitas, 2006).
 - Hoje: 23,5 milhões + dobro de 1991(10,7 milhões)
 - Eram 21,7 milhões (IBGE - PNAD, 2011)
- Comparação entre 2009 e 2011 - aumentou 7,6% (mais 1,8 milhão)

Epidemiologia - Brasil

- Segundo dados mais atuais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), os idosos, indivíduos com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991.



O indivíduo idoso com câncer

- O Censo 2010 do IBGE, estima que a população idosa poderá ser de 58,4 milhões (correspondendo a 26,7% da população total), em 2060.
- Nesse período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos.
- Implicações financeiras com o aumento da população idosa

O indivíduo idoso com câncer

- A desnutrição é frequente;
 - Aumenta a sua vulnerabilidade para a doença,
 - Redução da massa muscular e tecido adiposo,
 - Maior risco de síndrome de realimentação, caquexia ou sarcopenia. (DEL FABBRO et al. 2012, BARRIOS et al. 2014, PREVOSTA et al, 2014, FEARON et al. 2011, SANTOS et al. 2015).
- A fragilidade
 - Qualidade de vida e saúde em geral.
 - Anorexia no envelhecimento, resultando na redução da ingestão, levando a desnutrição energética e proteica

Síndrome da fragilidade

Segundo FRIED et al., 2001

- Perda involuntária do peso, fadiga, diminuição da velocidade de caminhada, baixa atividade física e perda da força - medida por força de preensão manual.
 - (1 a 2 sintomas) pré-fragilidade; três ou mais parâmetros indicam que o indivíduo é frágil - alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte.
- Causa da fragilidade é a sarcopenia (MORLEY et al. 2011; LANDI et al.2012).

Uma triagem nutricional adequada

- Questionário de avaliação de apetite (SNAQ) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) (ROLLAND et al. 2012), ASGPPP, AGA.

O indivíduo idoso com câncer

- Indicadores de fragilidade: fraqueza, lentidão na realização dos movimentos, nível baixo de atividades, cansaço excessivo, perda de peso e desnutrição (Hogan DB et al 2003).
- O status nutricional é um fator importante de prognóstico em todos os pacientes geriátricos.
- Pacientes ≥ 65 anos, ↓ peso > 5% e ↓ IMC
 - > Riscos na taxa de mortalidade.

–(Newman A,B, et al 2001)

O indivíduo idoso com câncer

- Sarcopenia vem do grego “ pobreza de carne” (ROSENBERG, 1997).
 - Perda progressiva e generalizada da massa muscular associada a perda da força e/ou função muscular.
 - Associada com o avançar da idade e a sua prevalência está relacionada com o envelhecimento, podendo levar a efeitos negativos sobre a função e evolução clínica (MORLEY et al. 2011, MUSSOI, 2014; BARBOSA-SILVA et al. 2015)
 - atividade física x sedentarismo (idosos) - manutenção ou lentificação da perda da massa muscular, (JANSSEN, 2004).
 - » melhora da fragilidade com exercícios aeróbicos e de resistência (SINGH et al. 2012).

O indivíduo idoso com câncer

A massa magra

A massa magra começa a diminuir em torno de 0,3 kg/ano a partir da 3ª década de vida.

A partir dos 50 anos de idade - massa muscular diminui numa taxa anual de 1 a 2% (HUGHES, FRONTERA et al., 2002).

Perda de até 3 kg de massa magra por década após os 50 anos de idade (CHAPMAN, 2011; SOENEN AND CHAPMAN, 2013)

A força muscular : ↓ em torno de 1,5% ao ano até os 60 anos, e depois disso, 3% ao ano (ROUBENOFF AND HUGHES, 2000; VON HAEHLING, MORLEY et al., 2010).

CAQUEXIA

Hipócrates já falava em “caquexia” há mais de 2400 anos

“A carne é consumida e transforma-se em água... O abdome se enche de água, os pés e as pernas incham; os ombros, clavículas, peito e coxas definham.. Essa doença é fatal”.

Waitzberg DL. Dieta, nutrição e câncer. 2004.p.334-52.

- Os cuidados de saúde para as pessoas idosas vêm se tornando extremamente importantes nas nações industrializadas.
- Necessidade de desenvolver novos instrumentos na avaliação do indivíduo idoso (Paseto et al 2007).
- Aproximadamente 10% das neoplasias ocorrem em pacientes com idade igual ou maior que 80 anos. (ORTHOLA et al, 2011)

- Comorbidades crônicas e incapacidade física, estão freqüentemente associadas à fragilidade no idoso.
- Existem evidências de que a fragilidade pode estar presente independente desses fatores (Fried L.P .et al1997).
- As escalas de AVD e AIVD
 - O status funcional que se refere à habilidade no desempenho de sua rotina diária

(Hurria A 2006).

O indivíduo idoso com câncer

Anexo 1. Questionário nutricional simplificado de apetite (QNSA).

Data:

Nome: _____ Sexo: masculino () feminino ()
Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Instrução de administração. Pedir para o sujeito completar o questionário circulando a resposta correta e depois informar os resultados baseados na seguinte escala numérica: a=1, b=2, c=3, d=4, e=5. A soma dos resultados de cada item constitui o escore QNSA. Escore QNSA ≤ 14 indica risco significativo de pelo menos 5% de perda de peso nos últimos 6 meses.

1) Meu apetite está:

- a) Ruim
- b) Muito ruim
- c) Moderado
- d) Bom
- e) Muito bom

2) Quando eu como:

- a) Sinto-me satisfeito após comer poucas garfadas/colheradas
- b) Sinto-me satisfeito após comer aproximadamente 1/3 da refeição
- c) Sinto-me satisfeito após comer mais da metade da refeição
- d) Sinto-me satisfeito após comer a maior parte da refeição
- e) Dificilmente sinto-me satisfeito

3) O sabor da comida parece:

- a) Muito ruim
- b) Ruim
- c) Médio
- d) Bom
- e) Muito bom

4) Normalmente eu como:

- a) Menos de uma refeição por dia
- b) Uma refeição por dia
- c) Duas refeições por dia
- d) Três refeições por dia
- e) Mais de três refeições por dia

ESCORE:

- A = 1
- B = 2
- C = 3
- D = 4
- E = 5

Escore: QNSA ≤ 14 indica risco significativo de pelo menos 5% de perda de peso nos últimos 6 meses

MAN - VR

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição severa da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

☐

F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

- 0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31

☐

Escore de Triagem

(máximo: 14 pontos)

☐
☐

- 12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Pode identificar pacientes com idade maior ou igual a 65 anos, que estão desnutridos ou com risco de desnutrição

Versão completa, consiste em um questionário que pode ser completado em 10 minutos:

Avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso);

Avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos);

Avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação);

Auto avaliação (a auto percepção da saúde e da condição nutricional)

(HENGSTERMANN et al, 2008; CHARLTON et al, 2007)

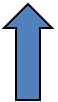
A MAN-versão reduzida inclui apenas a triagem nutricional e a avaliação antropométrica (IMC e circunferência da panturrilha), sendo considerada uma ferramenta de triagem nutricional sensível e validada (KAISER et al., 2009).

Neoplasia e longevidade

- 60% das neoplasias
- 70% da mortalidade por câncer
 - ≥ 65 anos
- Na comunidade Européia
 - Um milhão de novos casos de câncer/ano
 - 55% - ≥ 65 anos.

(Molina, 2011).

O indivíduo idoso com câncer

- Até o ano de 2020,
 - 60% dos Ca afetarão esse grupo
(Chouliara, 2004).
- USA - ≥ 65 anos
 -  25 milhões em 1980 e  35 milhões em 2000.
 - 72 milhões ≥ 65 anos em 2030
(Balducci, 2010).

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER NO BRASIL



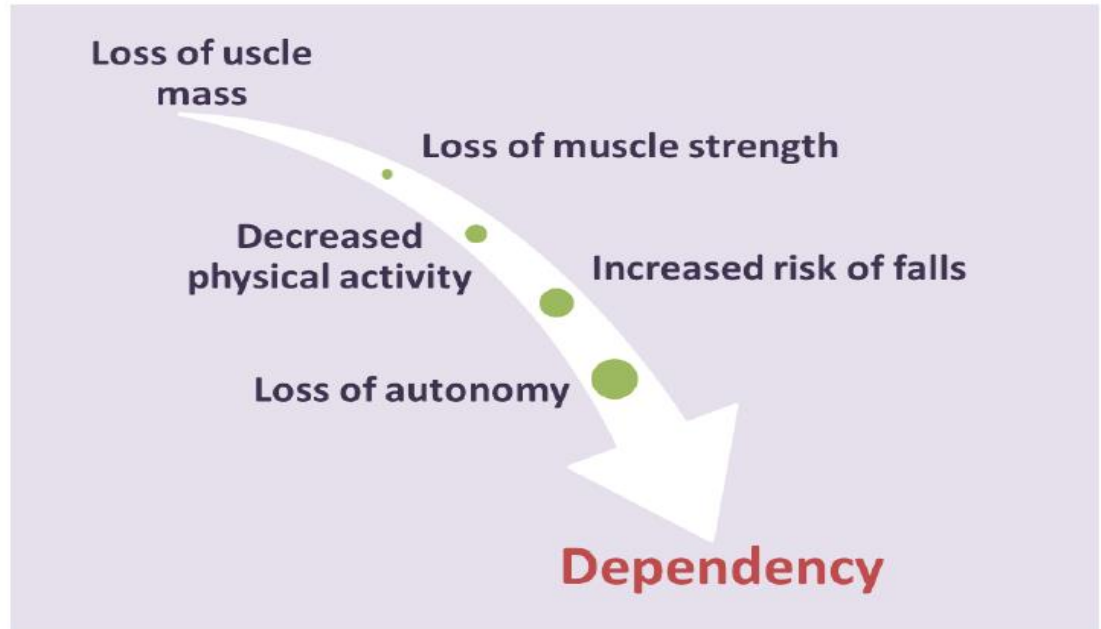
- Com o envelhecimento
 - Mudanças na composição corporal, fisiológicas, imunes, metabólicas e redução da capacidade funcional.
 - as células senescentes se acumulam ao longo do tempo e, o aumento do número destas células contribui para a deterioração tardia dos tecidos e órgãos e o surgimento de doenças relacionadas com a idade, incluindo câncer.

A associação entre câncer e envelhecimento

- Alterações a nível molecular, celular e a processos fisiológicos → menor eficiência na reparação do DNA.
- Comprometimento do sistema imunológico e dos processos de homeostase orgânica com diminuição das reservas fisiológicas e funcionais,
 - Inflamação sistêmica,
 - Carcinogênese, e outras doenças

(BIGLEY et al, 2013),. (SÁNCHEZ-CORREA et al, 2014), (FRANCESCHI et al, 2000).

50% of newly diagnosed cancer patients are >70yrs



- A determinação do estado nutricional do idoso
 - O isolamento social,
 - A solidão,
 - As doenças crônicas,
 - As incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento

(NAJAS et al., 2005).

Avaliação Geriátrica Compreensiva (CGA)

- Identificar o nível de dependência do indivíduo idoso frágil
- Identificar precocemente riscos não identificados em uma avaliação comum
- Identificaram um maior grau de toxicidade com a idade avançada
 - Redução da dose de quimioterápicos as vezes se faz necessário para uma maior tolerância do tratamento

O indivíduo idoso com câncer

Na **AGA** são avaliados os seguintes parâmetros:

- 1- Equilíbrio e mobilidade;
- 2- Função cognitiva;
- 3- Deficiências sensoriais;
- 4- Condições emocionais / presença de sintomas depressivos;
- 5- Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social;
- 6- Condições ambientais;
- 7- Capacidade funcional - Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD);
- 8- Estado e risco nutricionais.

O indivíduo idoso com câncer

QUADRO 2 - Atividades Da Vida Diária (AVD)

CUIDADOS PESSOAIS	Comer
	Banho
	Vestir-se
	Ir ao banheiro
MOBILIDADE	Andar com ou sem ajuda
	Passar da cama para a cadeira
	Mover-se na cama
CONTINÊNCIA	Urinária
	Fecal

QUADRO 3 - Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

DENTRO DE CASA	Preparar a comida
	Serviço doméstico
	Lavar e cuidar do vestuário
	Trabalhos manuais
	Manuseio da medicação
	Manuseio do telefone
FORA DE CASA	Manuseio de dinheiro
	Fazer compras (alimentos, roupas
	Usar os meios de transporte
	Deslocar-se (ir ao médico, compromissos sociais e religiosos

FONTE: COSTA et al., 2001

O indivíduo idoso com câncer

A Organização Mundial de Saúde conceitua e classifica três diferentes domínios em que um determinado dano ou lesão pode causar disfunção para o paciente (BRASIL, 1995):

1. Deficiência (*Impairment*) – anomalia ou perda da estrutura corporal, aparência ou função de um órgão ou sistema;
2. Incapacidade (*Disability*) – restrição ou perda de habilidades;
3. Desvantagem (*Handicap*) – restrições ou perdas sociais e/ou ocupacionais experimentadas pelo indivíduo.

QUADRO 1 – Exemplos de Dano, Deficiência, Incapacidade e Desvantagem

DANO OU LESÃO	DEFICIÊNCIA	INCAPACIDADE	DESVANTAGEM
Doença de Alzheimer	Deficiência cognitiva	Incapacidade para executar as atividades da vida diária	Diminuição das oportunidades de trabalho, lazer e atividades sociais. Dificuldade em cuidar de si próprio. Dependência

FONTE: BRASIL, 1995

Verificação impressa



Verificação digital



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Inquérito Lusobrasileiro de Nutrição Oncológica

Coordenação-geral do Inquérito Luso-Brasileiro de Nutrição Oncológica

Nivaldo Barroso de Pinho (Nutricionista)

Coordenação do IBNO no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Viviane Dias Rodrigues e Cristiane Aline D'Almeida (Nutricionistas)

Grupo de Capacitação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Cristiane Aline D'Almeida (Nutricionista)

Nilian Carla Silva Souza (Nutricionista)

Rafaelle Caxiano Chissini (Nutricionista)

Julio Cezar Sillos André (Nutricionista)

Renata Brum Martucci (Nutricionista)

Vania Salomé Lopes Vieira (Nutricionista)

Viviane Dias Rodrigues (Nutricionista)



Controladoria Geral do Brasil
<http://controlecancer.bvs.br/>



Inquérito Lusobrasileiro de Nutrição Oncológica/ INCA



O Inquérito LusoBrasileiro de Nutrição Oncológica do Indivíduo Idoso

■ Objetivos

- ✓ - Avaliar o EN de indivíduos idosos com câncer - MAN-versão reduzida.
- ✓ - Associar a classificação nutricional, e parâmetros antropométricos - doença e tempo de internação e taxa de mortalidade intrahospitalar (30 dias de internação)

**Meses: Setembro e outubro 2014 para coleta de dados e
Novembro 2014 pra avaliar o desfecho**

Metodologia – Coleta de dados

Enfermaria: _____ Leito: _____ Clínica: _____ DN: ____/____/____

Identificação: _____ Iniciais: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Data de internação: ____/____/____ Diagnóstico: _____

Peso: _____ kg Estatura: _____ cm IMC: _____ kg/m² CP: _____ cm

☐ HAS ☐ DM ☐ Etilista ☐ Tabagista ☐ nenhuma das opções

Motivo da Internação:

☐ Cirúrgico

☐ Suporte Clínico. Caso seja suporte clínico, marcar uma das opções abaixo:

Complicações do tratamento ☐ Qual: _____ Outros ☐ _____

Data da alta: ____/____/____ Tempo de internação (dias): _____

Marcar, caso a alta seja após o período de coleta ou óbito:

☐ alta após 30 dias ☐ óbito

Instituições participantes

- Instituições que atendem pacientes oncológicos em diferentes centros no Brasil (44 instituições hospitalares) e Portugal (6 Unidades hospitalares).

Aspectos éticos

- Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HCI-INCA (CEP-HCI-INCA).
- Encaminhado ao CONEP.

Instituições Participantes – No Brasil

Instituições	Regiões
Hospital do Câncer I	Sudeste- Coordenador
Hospital Araújo Jorge – Associação de Combate ao Câncer em Goiás	Centro-Oeste
Hospital de Câncer de Mato Grosso	Centro-Oeste
Hospital de Base do Distrito Federal	Centro-Oeste
Fundação Carmem Prudente - Hospital do Câncer Alfredo Abrão	Centro-Oeste
Hospital Geral de Palmas	Centro-Oeste
Hospital Universitário de Brasília	Centro-Oeste
Hospital Aliança	Nordeste
Hospital Aristides Maltez - Liga Bahiana Contra o Câncer	Nordeste
Hospital Barão de Lucena	Nordeste
Hospital Dr. Luiz Antônio - Liga Norte Riograndense Contra o Câncer - Natal	Nordeste
Instituto do Câncer do Ceará - Hospital Haroldo Juaçaba	Nordeste
Hospital Universitário Walter Cantídio/UFCE	Nordeste
Associação Piauiense de Combate ao Câncer - Hospital São Marcos	Nordeste
Hospital de Câncer de Pernambuco	Nordeste
Hospital São Rafael / Monte Tabor-Bahia	Nordeste
Hospital Ophir Loyola	Norte
Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPA	Norte
AFECC – Hospital Santa Rita de Cássia	Sudeste
Fundação Dr. Amaral Carvalho	Sudeste
Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas	Sudeste
Hospital do Câncer de Muriaé - Fundação Cristiano Varella	Sudeste

Instituições Participantes – No Brasil

Hospital do Câncer IV - INCA	Sudeste
Hospital Regional do Câncer - Santa Casa de Misericórdia de Passos	Sudeste
Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF	Sudeste
Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ	Sudeste
Hospital da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro	Sudeste
Instituto do Câncer da São Paulo - ICESP	Sudeste
Hospital de Aeronáutica dos Afonsos	Sudeste
Universidade Federal de Uberlândia - Hospital de Clínicas	Sudeste
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -	Sudeste
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG	Sudeste
Hospital de Câncer de Barretos	Sudeste
Hospital Federal Cardoso Fontes	Sudeste
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Sudeste
Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON	Sul
Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Sul
Fundação Universidade de Caxias do Sul - FUCS	Sul
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Sul
Hospital São Lucas da PUCRS	Sul
Hospital São Vicente de Paulo - Sociedade Hospitalar Beneficente Passo Fundo	Sul
Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	Sul
Instituto de Câncer de Londrina	Sul
Liga Paranaense de Combate ao Câncer - Hospital Erasto Gaertner	Sul
Total de Instituições	44

Instituições Participantes – Em Portugal

Instituições	Regiões
Hospital de Santa Maria - Faculdade de Medicina de Lisboa	Lisboa e Vale do Tejo
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	Lisboa e Vale do Tejo
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	Norte
Centro Hospitalar do São João	Norte
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Norte
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Norte
Total de Instituições	6

Desenho do Estudo

Setembro

- Coleta das informações iniciais
- Aplicação da MAN nos idosos internados – 24h da internação
- Digitação dos dados no sistema

Outubro

- Coleta das informações iniciais
- Aplicação da MAN nos idosos internados – 24h da internação
- Digitação dos dados no sistema

Novembro

- Coleta dos dados de desfecho (alta ou óbito)
- Digitação dos dados no sistema

Número de internações de pacientes oncológicos, por região e total, nos meses de setembro e outubro de 2014, na faixa etária de 60 anos ou mais.

Região Norte n(%)	Região Nordeste n(%)	Região Sudeste n(%)	Região Sul n(%)	Região Centro- Oeste n(%)	Total n(%)
1.100 (2.2)	9.903 (20)	24.328 (49.1)	11.570 (23.3)	2.678 (5.4)	49.579 (100)

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: Situação da base de dados nacional em 23/01/2015. Dados de janeiro de 2014 até dezembro de 2014 sujeitos a retificação.

Alterações de Peso e na Ingestão alimentar

Frequência e percentual de perda de peso nos últimos 3 meses informadas na aplicação da MAN-VR.

Perda de peso	Frequência	Percentual
> 3 Kg	1119	34,4
Não Sabe Informar	327	10,0
Entre 1 e 3 Kg	565	17,3
Sem Perda de Peso	1246	38,3
Total	3257	100,0

Frequência e percentual de perda de peso por localização da doença nos últimos 3 meses informadas na aplicação da MAN-VR.

Perdas de Peso				
Grupos de Diagnósticos	➤ 3 Kg	Não Sabe Informar	Entre 1 e 3 Kg	Sem Perda de Peso
Cavidade Oral e Faringe	52,5%	5,7%	10,7%	31,1%
Sistema Digestivo	44,7%	8,6%	17,2%	29,5%
Sistema Respiratório	50,4%	10,2%	17,8%	21,6%
Ossos e Articulações	17,5%	19,0%	19,0%	44,4%
Pele	11,8%	10,1%	18,6%	59,5%
Mama	29,1%	11,2%	17,5%	42,1%
Sistema Genital Feminino	36,1%	10,8%	22,3%	30,7%
Sistema Genital Masculino	24,4%	11,2%	16,5%	48,0%
Sistema Urinário	27,9%	9,6%	16,3%	46,2%
Sistema Endócrino	19,6%	9,8%	15,7%	54,9%
Linfomas	40,0%	9,2%	16,9%	33,8%
Miscelânea	46,2%	17,3%	13,5%	23,1%
Mieloma	41,3%	13,0%	19,6%	26,1%
Leucemias	44,2%	11,6%	9,3%	34,9%
Melanoma	18,4%	5,7%	21,8%	54,0%
Outras Localizações	35,6%	10,1%	19,5%	34,9%
Total	34,4%	10,0%	17,3%	38,3%

Relação entre perda de peso e período de internação dos pacientes

Perdas de Peso				
Alta pós 30 dias	> 3 Kg	Não Sabe Informar	Entre 1 e 3 Kg	Sem Perda de Peso
sim	52,7%	11,1%	13,7%	22,5%
não	31,1%	9,9%	18,0%	41,0%
Total	34,4%	10,0%	17,4%	38,2%

P< 0.05

Alterações na composição corpórea percentual de pacientes segundo o gênero masculino e feminino

Gênero	Perdas de Peso				
	> 3 Kg	Não Sabe Informar	Entre 1 e 3 Kg	Sem Perda de Peso	Total
Feminino	42,2%	53,2%	46,5%	41,5%	43,8%
Masculino	57,8%	46,8%	53,5%	58,5%	56,2%
Total	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

P< 0.05

Frequência e percentual de pacientes com redução na ingestão total de nutrientes conforme gravidade

Redução na Ingestão	Frequencia	Percentual
Grave	675	20,7
Moderada	1037	31,8
Sem Redução	1545	47,5
Total	3257	100,0

Percentual de pacientes com redução na ingestão total de nutrientes conforme gravidade, segundo o tempo de internação.

Alta pós 30 dias	Redução na Ingestão		
	Grave	Moderada	Sem Redução
sim	40,6%	30,3%	29,1%
não	17,2%	32,1%	50,7%
Total	20,7%	31,8%	47,4%

P< 0.05

Percentual de pacientes com redução na ingestão total de nutrientes conforme gravidade, segundo a localização da doença

Grupos de Diagnósticos	Redução na Ingestão		
	Grave	Moderada	Sem Redução
Cavidade Oral e Faringe	34,4%	28,7%	36,9%
Sistema Digestivo	28,6%	32,3%	39,2%
Sistema Respiratório	32,6%	34,5%	33,0%
Ossos e Articulações	9,5%	36,5%	54,0%
Pele	6,1%	28,0%	65,9%
Mama	15,8%	33,0%	51,2%
Sistema Genital Feminino	21,7%	37,3%	41,0%
Sistema Genital Masculino	12,4%	31,7%	55,9%
Sistema Urinário	13,9%	25,0%	61,1%
Sistema Endócrino	15,7%	25,5%	58,8%
Linfomas	26,2%	38,5%	35,4%
Miscelânea	34,6%	25,0%	40,4%
Mieloma	19,6%	47,8%	32,6%
Leucemias	20,9%	39,5%	39,5%
Melanoma	8,0%	20,7%	71,3%
Outras Localizações	24,2%	35,6%	40,3%
Total	20,7%	31,8%	47,4%

Capacidade funcional

Frequência e percentual de pacientes com e sem alterações em sua mobilidade

Mobilidade	Frequência	Percentual
Restrito ao leito ou à cadeira de roda	352	10,8
Deambulam sem sair de casa	789	24,2
Normal	2116	65,0
Total	3257	100,0

Capacidade funcional

Percentual de pacientes com e sem alterações em sua mobilidade segundo o tempo de internação

TEMPO DE INTERNAÇÃO MAIOR QUE 30 DIAS	Mobilidade		
	Restrito ao leito ou à cadeira de roda	Deambulam sem sair de casa	Normal
sim	31,6%	25,2%	43,2%
não	7,2%	24,1%	68,8%
Total	10,8%	24,2%	65,0%

P< 0.05

Avaliação Objetiva do indivíduo idoso oncológico

Frequência e percentual de pacientes idosos distribuídos por faixas de circunferência de panturrilha

Circunferência da Panturrilha	Frequência	Percentual
< 31 cm	1056	35,4
>= 31 cm	1930	64,6
Total	2986	100,0

Percentual de pacientes idosos distribuídos por faixas de circunferência de panturrilha, conforme tempo de internação

Alta pós 30 dias	Circunferência da Panturrilha em Grupos	
	< 31 cm	>= 31 cm
sim	47,1%	52,9%
não	33,4%	66,6%
Total	35,4%	64,6%

Classificação do Estado Nutricional de pacientes idosos oncológicos através da MAN-VR. Frequência e percentual

Classificação do Estado Nutricional	Frequencia	Percentual
Desnutrido	1082	33,2
Sob risco de desnutrição	1296	39,8
Estado Nutricional Normal	879	27,0
Total	3257	100,0

Classificação do Estado Nutricional de pacientes idosos oncológicos através da MAN-VR segundo o período de internação.

Alta pós 30 dias	Classificação do Estado Nutricional		
	Desnutrido	Sob risco de desnutrição	Estado Nutricional Normal
sim	56,6%	28,9%	14,5%
não	29,1%	41,7%	29,2%
Total	33,2%	39,8%	27,0%

P=0.001

Taxa de mortalidade intrahospitalar de pacientes idosos oncológicos através da MAN-VR

		Frequency	Percent
Valid	Não	2998	92,0
	Sim	259	8,0
	Total	3257	100,0

Crosstab					
			Óbito		Total
			Não	Sim	
	< 31 cm		220	57	277
			79,4%	20,6%	100,0%
	>= 31 cm		2778	202	2980
			93,2%	6,8%	100,0%
Total			2998	259	3257
P=0.001			92,0%	8,0%	100,0%

Group Statistics

	Óbito	N	Mean	Std. Deviation	p=0.001
Circunferência da Panturrilha	Não	2747	32,283	4,0257	
	Sim	239	29,787	4,8070	

Taxa de mortalidade intrahospitalar segundo a idade média

	Óbito	N	Mean	Std. Deviation
Idade do Paciente	Não	2998	73,30	6,631
	Sim	259	74,36	6,728

P=0.013

Taxa de mortalidade intrahospitalar segundo a perda de peso em pacientes idosos oncológicos através da MAN-VR

		Óbito		Total	
		Não	Sim		
Perdas de Peso P=0.001	> 3 Kg	Count	951	168	1119
		% within Perdas de Peso	85,0%	15,0%	100,0%
	Não Sabe Informar	Count	296	31	327
		% within Perdas de Peso	90,5%	9,5%	100,0%
	Entre 1 e 3 Kg	Count	532	33	565
		% within Perdas de Peso	94,2%	5,8%	100,0%
	Sem Perda de Peso	Count	1219	27	1246
		% within Perdas de Peso	97,8%	2,2%	100,0%
Total		Count	2998	259	3257
		% within Perdas de Peso	92,0%	8,0%	100,0%

Taxa de mortalidade intrahospitalar de pacientes idosos oncológicos segundo a variação da ingestão através da MAN-VR.

Crosstab					
			Óbito		Total
			Não	Sim	
Redução na Ingestão P=0.001	Grave	Count	533	142	675
		% within Redução na Ingestão	79,0%	21,0%	100,0%
	Moderada	Count	956	81	1037
		% within Redução na Ingestão	92,2%	7,8%	100,0%
	Sem Redução	Count	1509	36	1545
		% within Redução na Ingestão	97,7%	2,3%	100,0%
Total		Count	2998	259	3257
		% within Redução na Ingestão	92,0%	8,0%	100,0%

Taxa de mortalidade intrahospitalar segundo o nível de atividade de vida diária de pacientes idosos oncológicos através da MAN-VR.

Crosstab					
			Óbito		Total
			Não	Sim	
Mobilidade	Restrito ao leito ou à cadeira de roda	Count	224	128	352
		% within Mobilidade	63,6%	36,4%	100,0%
	Deambula sem sair de casa	Count	710	79	789
		% within Mobilidade	90,0%	10,0%	100,0%
	Normal	Count	2064	52	2116
		% within Mobilidade	97,5%	2,5%	100,0%
Total		Count	2998	259	3257
		% within Mobilidade	92,0%	8,0%	100,0%

P=0.001

Conclusão

- MNA é uma ferramenta que pode identificar precocemente o risco nutricional e a presença de desnutrição
- Pacientes mais idosos são mais desnutridos
- Referem maiores reduções na ingestão de nutrientes
- Tem alta prevalência de perda de peso e, tem maior tempo de internação hospitalar e mortalidade.
- Tumores de cavidade oral e faringe, sistema respiratório e abdominais, conferem ao paciente oncológico maior risco nutricional.
- Mais de 70% dos indivíduos avaliados apresentavam algum grau de desnutrição quando avaliados através da MAN reduzida.

Recomendamos

- Sistematização da assistência nutricional, a paciente idosos internado e ambulatorial, terapia nutricional precoce nesta população mais frágil

- O objetivo do presente trabalho foi avaliar a prevalência de desnutrição em idosos com câncer no Brasil e identificar a sua associação com os sinais e sintomas da doença, utilizando a Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente.

- Metodos: O estado nutricional de pacientes oncológicos com idade ≥ 20 anos em 45 hospitais, com câncer em novembro de 2012 em unidades hospitalares do Brasil foi avaliado.
- Resultados: 4783 pacientes foram incluídos no estudo, sendo 25,5% idosos.

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER NO BRASIL

Tabela 1 Sinais e Sintomas de impacto nutricional e escore da ASG-PPP segundo a faixa etária, em pacientes com câncer adultos e idosos hospitalizados.



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.

Variáveis	Total (n=4783) %	≤ 50 anos (n=1606) %	51-64 anos (n=1686) %	≥65 anos (n=1491) %	p valor
Sinais e Sintomas					
Anorexia	28,7	22,2	29,2	35,1	<0.001 ^{a,b,c}
Náuseas	19,8	20,9	20,3	18,2	0.14
Vômitos	12,3	12,6	13,4	10,9	0.088
Diarreia	4,7	4,2	4,4	5,4	0.23
Dores na boca	4,3	3,6	4,7	4,8	0.20
Alimento sem sabor	14,4	13,5	15,4	14,2	0.31
Cheiros incomodam	15,1	16,0	15,3	13,7	0.20
Disfagia	11,1	8,6	12,8	11,9	0.0003 ^{a,b}
Plenitude	15,1	16,9	14,7	13,7	0.038 ^b
Xerostomia	20,4	17,6	20,6	23,1	0.0008 ^b
Peso diminui	43,6	39,7	44,3	47,1	0.0001 ^{a,b}
Ingestão diminuiu	48,2	41,8	51,1	51,7	<0.001 ^{a,b}
Dor	16,1	16,7	16,9	14,6	0.15
Déficit Funcional	13,2	10,3	14,0	15,4	0.0001 ^{a,b}
Escore ASG (pontos)	7 (3 - 15)	6 (2-13)	7 (2-16)	9 (4 - 17)	< 0,001 ^{a,b,c}

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER NO BRASIL

Tabela 2. Razão de Chances para os desfechos clínicos e nutricionais na comparação entre faixas etárias, em pacientes com câncer adultos e idosos hospitalizados.



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.

Variáveis	≤ 50 anos vs. 51-64 anos RC IC 95%	≤ 50 anos vs. ≥ 65 anos RC IC 95%
Sintomas presentes	1,13(0,98-1,30)	1,36*(1,18-1,57)
Sinais/sintomas > 3	1,10(0,93-1,30)	1,04(0,87-1,24)
Anorexia	1,45*(1,23-1,69)	1,90*(1,62-2,22)
Náuseas	0,97(0,82-1,15)	0,84(0,71-1,01)
Vômitos	1,08(0,88-1,32)	0,85(0,68-1,06)
Diarreia	1,04(0,74-1,45)	1,30(0,93-1,81)
Dores na boca	1,31(0,93-1,85)	1,33(0,94-1,90)
Alimento s/ sabor	1,16(0,96-1,41)	1,06(0,86-1,29)
Cheiros incomodam	0,95(0,79-1,14)	0,84(0,69-1,02)
Disfagia	1,56*(1,25-1,96)	1,43*(1,13-1,81)
Plenitude	0,85(0,70-1,02)	0,78*(0,64-0,95)
Xerostomia	1,22*(1,02-1,45)	1,40*(1,18-1,67)
Peso diminui	1,21*(1,05-1,39)	1,35*(1,17-1,56)
Ingestão diminuiu	1,45*(1,26-1,66)	1,49*(1,29-1,72)
Dor	1,02(0,85-1,22)	0,85(0,70-1,03)
Redução na performance	1,42*(1,15-1,76)	1,58*(1,28-1,96)
ASG-PPP = C	1,55*(1,23-1,94)	1,84*(1,47-2,31)
ASG-PPP = B+C	1,47*(1,28-1,69)	2,16*(1,87-2,50)

- > prevalência de **desnutrição** - indivíduos idosos.
- 51 e 64 anos > frequência de + 3 sintomas.
- > chances de ocorrência nos pacientes **idosos e 51 e 64** anos:
 - anorexia, déficit funcional, redução da ingestão, disfagia, xerostomia e perda de peso, comparado aos indivíduos com idade ≤ 50 anos.
- A prevalência de **desnutrição**
 - Em pacientes idosos = 55%, sendo que 14,6% desnutrição grave.
 - Entre 51 e 64 anos = 45,4%
 - ≤ 50 anos = 36%.
- A **anorexia** foi o sintoma de impacto nutricional mais frequente, com prevalência significativamente crescente nas faixas etárias estudadas
 - ≤ 50 anos = 22,2%; Entre 51 e 64 anos = 29,2% Idosos= 35,1%

- Razão de Chance para **anorexia** relacionada a idade:
 - ≤ 50 anos vs entre 51 a 64 anos = **OR 1,45**, 95% CI 1,23-1,69, $p < 0.05$
 - ≤ 50 anos vs idosos = **OR 1,90**, 95% CI 1,62-2,22, $p < 0.05$
- **Xerostomia** - maior prevalência nos idosos($p = 0.0008$)
- ≤ 50 anos = **17,6 %**
- 51 a 64 anos = **20,6 %**
- ≥ 65 anos = **23,1 %**

Em conclusão

- A prevalência de desnutrição e de sinais e sintomas de impacto nutricional é alta em pacientes com câncer hospitalizados no Brasil.
- As maiores chances de ocorrência dos sinais e sintomas de impacto nutricional, a saber, anorexia, disfagia, xerostomia, perda de peso, redução da ingestão e redução de atividade de vida diária na população com idade superior a 50 anos.
- Tais resultados apontam a necessidade da aplicação da triagem nutricional nas primeiras 48 horas de internação, a fim de permitir o diagnóstico e intervenção multidisciplinar precoce.

A partir dos 30 anos: taxa de 6,3% por cada década, ocorre ↓ massa magra corporal.

A sarcopenia (↓ massa muscular) → perda de força e de capacidade aeróbica
↓ perda de funcionalidade do indivíduo.

As alterações verificadas na MM:

↓ sensibilidade à insulina e → prática de atividade física e condicionam diretamente a diminuição do metabolismo basal.

Estas alterações se refletem diretamente na cognição do indivíduo idoso oncológico, agravados pela doença e pelos múltiplos tratamentos oncológicos.

Recomenda-se: avaliação regular da capacidade funcional, na mobilização e autonomia, que pode ser um determinante de RN na população idosa oncológica.

PREVALÊNCIA DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER NO BRASIL



CURSO PREPARATÓRIO PARA PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA

2ª TURMA - RIO DE JANEIRO

08/04 - 28/10/2017

DOCENTES

Adriana Santos	Patrícia Feijó
Antônio Carlos L. Campos	Patrícia Reis
Carin W. Gallon	Ricardo Rosenfeld
Emanuely Varea	Rita de C. B. Castro
Erika Carvalho	Viviane D. Rodrigues
Flávia Mauro	Wanélia V. Afonso
Luciane B. Cruz	Wílza Perez
Maria Cristina Gonzalez	Zenio Norberto
Nivaldo B. de Pinho	

INSCRIÇÕES ABERTAS: www.sbno.com.br

Somente para nutricionistas sócios

COORDENADORES DE ENSINO

Carin W. Gallon
Erika Carvalho

VICE-PRESIDENTE DA SBNO

Viviane D. Rodrigues

PRESIDENTE DA SBNO

Nivaldo B. de Pinho

Local de realização do curso: Av. Barão de Tefé, nº 7, 2º andar
Gamboa - Edifício Don Leão I - RJ

Em 2018

- 24 de março
- 28 de abril
- 26 de maio
- 23 de junho
- 21 de julho
- 25 de agosto
- 22 de setembro
- 20 de outubro
- Prova-14 de novembro



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Cuidados Nutricionais em Câncer no Brasil

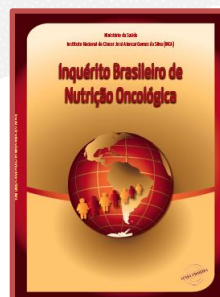
Sociedade Brasileira
de Nutrição Oncológica



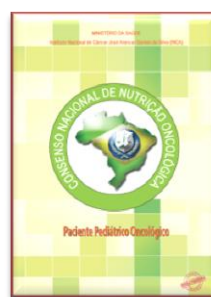
2009



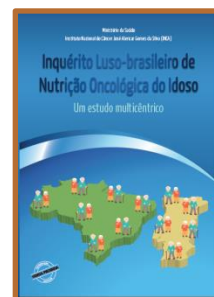
2011



2013



2014



2015



2015



2016

Consensos:

- Sistematizar a Assistência Nutricional ao paciente oncológico
 - Adulto, idoso, pediátrico
 - Quimioterapia, radioterapia, cirurgia e na doença avançada

Investigações:

- Caracterizar o perfil nutricional do paciente oncológico adulto e idoso no Brasil durante a internação hospitalar

Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica em Pediatria

VI Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica

IX Jornada Internacional de Nutrição Oncológica

IX Jornada Luso-brasileira de Nutrição Oncológica

Dias 15 e 16 de novembro de 2018

“A Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico e as estratégias para cumprir o nosso papel”

✧ CURSO PRÉ-CONGRESSO: 14/11/2018

✧ PÚBLICO-ALVO:
Profissional da saúde e alunos de graduação

✧ LOCAL:
Centro de Convenções
Hotel Royal Tulip
São Conrado, Rio de Janeiro - RJ

✧ INSCRIÇÕES:
De 29/1/18 a 13/11/18 em formulário on-line,
pelo site da Sociedade Brasileira de Nutrição
Oncológica:
www.sbno.com.br
Não haverá inscrição no local.

	Até agosto de 2018	Após agosto de 2018
Alunos graduação não sócios	R\$ 150,00	R\$ 180,00
Alunos graduação sócios	R\$ 50,00	R\$ 80,00
Nutricionistas não sócios	R\$ 200,00	R\$ 220,00
Nutricionistas não sócios	R\$ 300,00	R\$ 330,00
Sócios especialistas pela SBNO	R\$ 100,00	R\$ 150,00
Outros profissionais não sócios	R\$ 300,00	R\$ 350,00
Outros profissionais sócios	R\$ 200,00	R\$ 220,00

✧ PRESIDENTE DO CONGRESSO:
Viviane Dias Rodrigues

✧ PRESIDENTE DA SOCIEDADE BRASILEIRA
DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA:
Nivaldo Barroso de Pinho

✧ COMISSÃO ORGANIZADORA:
Coordenadora: Patrícia Moreira Feijó
Flávia Mauro de Queiroz
Patrícia Fonseca dos Reis

✧ COMISSÃO CIENTÍFICA:
Ana Maria Calabria Cardoso
Carin Weirich Gallon
Erika Simone Coelho Carvalho
Izabella Fontenelle de Menezes
Liliane Carvalho Roriz
Luciana Zuolo Coppini do Peso
Luciane Beitler da Cruz
Maria Amélia Marques Dantas
Maria Lúcia Varjão da Costa
Nádia Dias Gruezo
Nilian Carla Silva Souza
Renata Brum Martucci

✧ ORGANIZAÇÃO:
Instituto de Pesquisa BP e Tristar

✧ REALIZAÇÃO:
SBNO e INCA

Projeto Gráfico: Centro de edição e Imagem: Victor-André / MCL Design by Fongli.com

Obrigado a todos



TODA UMA VIDA CUIDANDO DE VIDAS.

Sociedade Brasileira
de Nutrição Oncológica



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Obrigado
!!!

