Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Estado nutricional e diagnóstico de caquexia em pacientes oncológicos paliados

Nutritional status and diagnosis of cachexia in palliative cancer patients

Estado nutricional y diagnóstico de caquexia en pacientes oncológicos paliativos

Bruna Macedo Lopes[1], Jamille Jhennifer Nascimento Farias[2], Lorena Modesto da Silva[2].

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional e o diagnóstico de caquexia em pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos em um hospital de referência em Belém-Pará. **Métodos:** Estudo transversal e analítico, realizado com 24 pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Como métodos de avaliação do estado nutricional, foi utilizado a triagem NRS-2002 e ASG–PPP, associado a medidas antropométricas (peso, peso habitual, altura, IMC, %PP, CB, adequação da CB e CP) e a PPS. Para identificar a caquexia, os pacientes foram estratificados em pré-caquexia sintomática, pré-caquexia assintomática, caquexia sintomática e caquexia assintomática. **Resultados:** Todos os indivíduos apresentaram algum grau de risco nutricional, desnutrição e desnutrição severa segundo NRS-2002, IMC e ASG-PPP, respectivamente. Assim como, toda a amostra obteve perda de peso grave segundo o %PP, depleção de CB, baixa massa muscular de acordo com a CP, PPS abaixo de 50% e diagnóstico de caquexia, sendo esta última, a maioria, sintomática. **Conclusão:** Desnutrição e caquexia foram diagnosticadas em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Logo, é necessário a implementação de protocolos para sua identificação, objetivando diagnosticar precocemente e promover conforto, qualidade de vida e dignidade.

Palavras-chave: Desnutrição, Caquexia, Neoplasia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status and diagnosis of cachexia in cancer patients receiving palliative care at a referral hospital in Belém, Pará. **Methods:** A cross-sectional and analytical study was conducted with 24 cancer patients receiving palliative care. Nutritional status was assessed using the NRS-2002 and ASG-PPP screening tests, along with anthropometric measurements (weight, usual weight, height, BMI, %PP, CB, CB adequacy, and CP) and the PPS. To identify cachexia, patients were stratified into symptomatic pre-cachexia, asymptomatic pre-cachexia, symptomatic cachexia, and asymptomatic cachexia. **Results:** All individuals presented some degree of nutritional risk, malnutrition, and severe malnutrition according to NRS-2002, BMI, and ASG-PPP, respectively. Similarly, the entire sample presented severe weight loss according to %PP, CB depletion, low muscle mass according to CP, PPS below 50%, and a diagnosis of cachexia, the latter being mostly symptomatic. **Conclusion:** Malnutrition and cachexia were diagnosed in oncology patients in palliative care. Therefore, it is necessary to implement protocols for their identification, aiming at early diagnosis and promoting comfort, quality of life, and dignity.

Keywords: Malnutrition, Cachexia, Neoplasia.

[1] Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – PA.
[2] Universidade do estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 4/2026**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y el diagnóstico de caquexia en pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos en un hospital de referencia en Belém, Pará. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal y analítico con 24 pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos. El estado nutricional se evaluó mediante las pruebas de detección NRS-2002 y ASG-PPP, junto con mediciones antropométricas (peso, peso habitual, altura, IMC, %PP, CB, adecuación de CB y CP) y el PPS. Para identificar la caquexia, los pacientes se estratificaron en precaquexia sintomática, precaquexia asintomática, caquexia sintomática y caquexia asintomática. **Resultados:** Todos los individuos presentaron algún grado de riesgo nutricional, desnutrición y desnutrición grave según NRS-2002, IMC y ASG-PPP, respectivamente. De igual manera, toda la muestra presentó pérdida de peso severa según el %PP, depleción de CB, baja masa muscular según la CP, PPS inferior al 50% y diagnóstico de caquexia, esta última mayoritariamente sintomática. **Conclusión:** Se diagnosticaron desnutrición y caquexia en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Por lo tanto, es necesario implementar protocolos para su identificación, con el objetivo de un diagnóstico precoz y la promoción del bienestar, la calidad de vida y la dignidad.

Palabras clave: Desnutrición, Caquexia, Neoplasia.

INTRODUÇÃO

Em decorrência da transição sociodemográfica que atravessa o país, observa-se uma tendência de aumento da expectativa de vida da população brasileira. Tal realidade traz como consequência a elevação dos índices de Condições Crônicas Não Transmissíveis (CCNT), dentre elas, o câncer. Nessa perspectiva, cresce também a necessidade de prestação de cuidados paliativos (MENDES PB, et al., 2022).

Os cuidados paliativos são uma abordagem abrangente, que visa cuidar ativamente de todos os indivíduos em sofrimento por uma doença grave, com o intuito de proporcionar qualidade de vida a todos os envolvidos no processo patológico, desde a identificação precoce até a fase de finitude (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE, 2019).

Em decorrência do estadiamento da patologia, resposta tumoral e efeitos do tratamento antineoplásico, é comum a presença de desnutrição em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. A dificuldade no processo de identificação precoce dessa condição pode levar à caquexia oncológica, caracterizada como a mais grave complicação da desnutrição, de caráter sistêmico, com elevada perda de massa muscular, acompanhada ou não de perda de tecido adiposo, associado a alterações bioquímicas, ausência de resposta positiva ao tratamento nutricional e comprometimento orgânico progressivo (NUTRITOTAL PRO, 2011).

Todavia, em razão da alta complexidade dessa síndrome, é importante ressaltar que seu reconhecimento e parâmetros diagnósticos ainda são divergentes na literatura, havendo ausência de metodologia única e amplamente utilizada que avalie e identifique tal prognóstico (WIEGERT E, 2020).

Outros sinais e sintomas também podem ser frequentemente relatados, como problemas na mucosa oral, diarreia, náusea e êmese. Toda essa progressão clínica é altamente danosa ao estado nutricional, sendo capaz de desencadear ou agravar a perda de peso e piorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos (NISHIKAWA H, et al., 2021).

Em síntese, a caquexia oncológica está associada a importantes repercussões clínicas, especialmente em pacientes em cuidados paliativos. Essa síndrome contribui para redução da capacidade funcional, pior tolerância a tratamentos antineoplásicos, maior suscetibilidade a infecções, aumento do tempo de internação hospitalar e pior qualidade de vida (ARENDS J, et al., 2021).

Além disso, a presença de caquexia é reconhecida como fator prognóstico negativo, estando relacionada a maior mortalidade e maior complexidade no manejo clínico desses pacientes. Dessa forma, a identificação precoce da desnutrição e da caquexia torna-se essencial para o planejamento terapêutico, a definição de metas de cuidado e a implementação de estratégias que priorizem o conforto e a funcionalidade do indivíduo (MUSCARITOLI M, et al., 2021).

O diagnóstico precoce da desnutrição e da caquexia oncológica é de suma importância para o início do manejo nutricional, visando prevenir ou minimizar a perda de peso, evitar que se alcance a caquexia refratária, controlar a sintomatologia e melhora da qualidade de vida. Vale ressaltar que, uma abordagem nutricional individualizada, associada ao tratamento multidisciplinar adequado, são fundamentais para conter a progressão do quadro de caquexia (GÓMEZ-SERNA MI, et al., 2022).

Apesar da relevância clínica dessa condição, ainda são escassos os estudos que descrevem o estado nutricional e a ocorrência de caquexia em pacientes oncológicos em cuidados paliativos na região Norte do Brasil. A ausência de dados regionais limita o planejamento de protocolos assistenciais e a organização de estratégias de intervenção nutricional adaptadas à realidade do serviço.

Nesse contexto, torna-se importante investigar a magnitude da desnutrição e a distribuição das formas de caquexia, sintomática e assintomática, em pacientes internados em cuidados paliativos, a fim de subsidiar a implementação de rotinas de triagem e diagnóstico precoce. Dessa forma, o estudo objetivou avaliar o estado nutricional e o diagnóstico de caquexia em pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos em um hospital de referência em uma cidade do estado do Pará.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado com 24 pacientes oncológicos em cuidados paliativos internados no hospital de referência, no período de fevereiro de 2024 a agosto de 2024. Foram incluídos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, internados no hospital, especificamente nas clínicas de cuidados paliativos oncológicos, adultos e idosos, de ambos os sexos, em quaisquer vias de alimentação, com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentaram condições clínicas adequadas para a realização da avaliação nutricional e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes que não foram indicados aos cuidados paliativos, pacientes inconscientes, desorientados, com dificuldade respiratória, anasarcados e que apresentaram alguma outra condição que dificultasse ou tornasse impossível a realização da avaliação nutricional antropométrica e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Inicialmente, foram coletados em prontuário dados referentes a identificação do paciente (iniciais, sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão e renda), informações sobre condições de saúde (diagnósticos, estadiamento da doença, comorbidades associadas), estilo de vida (etilismo, tabagismo) e tratamentos já realizados (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

Para avaliação do estado nutricional, foi utilizado as ferramentas de triagem Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), para verificar a suspeita de desnutrição nos pacientes hospitalizados, e Avaliação Subjetiva Global – Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP), para classificar o estado nutricional. Ademais, também foi possível analisar o peso atual (PA) ou peso estimado, peso habitual (PH), percentual de perda de peso (%PP), altura ou altura estimada, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço (CB), adequação da CB, circunferência da panturrilha (CP) e Palliative Performance Scale (PPS) (KONDRUP J, 2003; OTTERY F, 1996; CHUMLEA WC, et al., 1988; BLACKBURN GL, et al., 1977; CHUMLEA WC, et al., 1994; LIPSCHITZ DA, 1994; FRISANCHO, 1981; BLACKBURN GL e THORNTON PA, 1979; DA SILVA JR, et al., 2019; BARBOSA-SILVA TG, et al., 2015; VICTORIA HOSPICE SOCIETY, 2004).

A classificação do %PP foi considerada grave quando maior que 2% em uma semana, maior que 5% em um mês, maior que 7,5% em três meses ou maior que 10% em seis meses ou mais (BLACKBURN GL, et al., 1977). Para classificar o IMC em adultos, foi considerado valor < 18,5 kg/m^2 indicando desnutrição, entre 18,5 – 24,9 kg/m^2 indicando eutrofia, acima de 25kg/m^2 sobrepeso e > 30kg/m^2 obesidade. No caso dos idosos, foi utilizado a classificação onde IMC < 22 kg/m^2 indica desnutrição, entre 22-27 kg/m^2 eutrofia e > 27 kg/m^2 sobrepeso/obesidade (LIPSCHITZ DA, 1994).

Para a classificação de adequação da CB, foi subdividido em depleção severa, depleção moderada, depleção leve, eutrófico, sobrepeso e obesidade (BLACKBURN GL e THORNTON PA, 1979). E, para CP, se o resultado da aferição foi menor ou igual a 34 cm para homens e menor ou igual a 33 cm para mulheres, é sugestivo de baixa massa muscular (DA SILVA JR, et al., 2019; BARBOSA-SILVA TG, et al., 2015).

Nos pacientes acamados ou sem condições de deambular, o peso e a altura foram estimados por meio das equações preditivas descritas na literatura, utilizando medidas de circunferência do braço e circunferência da panturrilha, conforme a disponibilidade e condição clínica do paciente. Além disso, a coleta de dados foi realizada por nutricionistas previamente treinadas, seguindo protocolo padronizado para aplicação dos instrumentos e aferição das medidas antropométricas. Os equipamentos utilizados foram calibrados periodicamente conforme orientação dos fabricantes. As medidas foram realizadas em duplicata, sendo utilizada a média dos valores obtidos para análise. As aferições ocorreram preferencialmente no período da manhã, respeitando as condições clínicas e o posicionamento adequado dos pacientes.

A estratificação de caquexia oncológica foi estabelecida em 4 classes: pré-caquexia sintomática (perda de peso <10% com pelo menos 1 sintoma como anorexia, fadiga ou saciedade precoce), pré-caquexia assintomática (perda de peso <10%, sem sintomatologia), caquexia sintomática (perda de peso >10% com pelo menos 1 sintoma como anorexia, fadiga ou saciedade precoce) e caquexia assintomática (perda de peso >10%, sem sintomatologia) (BOZZETTI F e MARIANI L, 2008).

A presença de sintomas relacionados à caquexia, como anorexia, fadiga e saciedade precoce, foi identificada por meio de registro em prontuário e/ou entrevista com o paciente ou cuidador durante a coleta de dados. Considerou-se a presença do sintoma quando este estava documentado em evolução clínica ou referido no momento da avaliação nutricional.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel 2019 e analisados através do programa BioEstat 5.0, obtendo o cálculo de medidas de tendência central e dispersão para a avaliação descritiva (n e % de amostra), e o teste G para a avaliar possíveis associações entre as variáveis. Foi considerado nível de significância $p<0,05$.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Para análise de associação entre as variáveis, foi utilizado o teste G, por se tratar de amostra com frequências esperadas reduzidas em algumas categorias. Os dados foram previamente revisados para checagem de consistência e conferência das informações antes da análise estatística.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital sob o CAAE de número 77133424.3.0000.5550 e parecer 6.645.533, sendo acatado os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as resoluções relativas às Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, como a Resolução CNS 466/12 e 510/16.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 24 indivíduos. Destes, a composição majoritária era de idosos (58,3%), do sexo masculino (54,2%), advindos da Região Metropolitana de Belém (66,7%), casados (62,5%), com o ensino fundamental incompleto (41,7%), aposentados (37,5%) e com renda de até um salário-mínimo (66,7%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Análise descritiva do perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos internados em um hospital de referência.

Variável	Classificação	N (%)
Ciclo de vida	Adulto	10 (41,7)
	Idoso	14 (58,3)
Gênero	Feminino	11 (45,8)
	Masculino	13 (54,2)
Procedência	Região Metropolitana	16 (66,7)
	Interior do Estado	8 (33,3)
Estado civil	Solteiro	4 (16,7)
	Casado	15 (62,5)
	Divorciado	2 (8,3)
	Viúvo	3 (12,5)
Escolaridade	Não estudou	2 (8,3)
	Ensino fundamental incompleto	10 (41,7)
	Ensino fundamental completo	3 (12,5)
	Ensino médio completo	8 (33,3)
	Ensino superior completo	1 (4,2)
Ocupação/profissão	Professor	1 (4,2)
	Técnica de enfermagem	1 (4,2)
	Auxiliar de serviços gerais	1 (4,2)
	Dona de casa	2 (8,3)
	Autônomo	7 (29,1)
	Desempregado	3 (12,5)
	Aposentado	9 (37,5)
Renda	Até um salário mínimo	16 (66,7)
	De 2 a 5 salários mínimos	8 (33,3)

Fonte: Lopes BM, et al., 2026.

A **Tabela 2** demonstra que o tipo de tumor primário mais prevalente foi localizado no trato gastrointestinal (41,7%), em estágio IV (95,8%), sem comorbidades associadas (54,2%). A maioria dos participantes não foi etilista (54,2%), mas sim tabagista (58,3%) e já haviam feito algum tratamento curativo (79,2%).

Tabela 2 - Análise descritiva do perfil diagnóstico, comorbidades associadas, estilo de vida e tipo de tratamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos internados em um hospital de referência.

Variável	Classificação	N (%)
TU primário	Próstata	2 (8,3)
	Colo uterino	2 (8,3)
	Rim	3 (12,5)
	Trato gastrointestinal	10 (41,7)
	Endométrio	2 (8,3)
	Outros	5 (20,9)
Estadiamento	EC II	1 (4,2)
	EC IV	23 (95,8)
Comorbidades	HAS	11 (45,8)
	Nenhuma	13 (54,2)
Etilismo	Sim	11 (45,8)
	Não	13 (54,2)
Tabagismo	Sim	14 (58,3)
	Não	10 (41,7)
Tratamento realizado	Nenhum	5 (20,8)
	RT + QT	3 (12,5)
	RT + Cirurgia	1 (4,1)
	QT	3 (12,5)
	QT + Cirurgia	4 (16,7)
	Cirurgia	4 (16,7)
	RT + QT + Cirurgia	4 (16,7)

Fonte: Lopes BM, et al., 2026.

Na **Tabela 3**, todos os pacientes apresentaram risco nutricional de acordo com a triagem NRS-2002 (100%), perda de peso grave (100%) e, 91,7% estavam com desnutrição severa segundo ASG-PPP. Destes, a maioria estava desnutrido segundo o IMC (87,5%), com algum grau de depleção de acordo com a adequação da circunferência do braço (95,8%), baixa massa muscular (75%), PPS abaixo de 50% (83,3%) e diagnóstico de caquexia (100%).

Tabela 3 - Análise descritiva do estado nutricional e diagnóstico de caquexia de pacientes oncológicos em cuidados paliativos internados em um hospital de referência.

Variável	Classificação	N (%)
NRS 2002	Com risco nutricional	24 (100)
Classificação do percentual de perda de peso	Perda de peso grave	24 (100)
ASG PPP	Desnutrição moderada	2 (8,3)
	Desnutrição severa	22 (91,7)
Índice de massa corporal	Eutrofia	3 (12,5)
	Desnutrição	21 (87,5)
Classificação da adequação da circunferência do braço	Eutrófico	1 (4,2)
	Depleção leve	3 (12,5)
	Depleção moderada	11 (45,8)
	Depleção severa	9 (37,5)
Classificação da circunferência da panturrilha	Baixa massa muscular	18 (75)
	Edema	6 (25)
PPS	20%	2 (8,3)
	30%	8 (33,3)
	40%	3 (12,5)
	50%	7 (29,2)
	60%	1 (4,2)
	70%	3 (12,5)
Classificação da caquexia oncológica	Caquexia assintomática	4 (16,7)
	Caquexia sintomática	20 (83,3)

Fonte: Lopes BM, et al., 2026.

As variáveis estado nutricional, tipo de tratamento e diagnóstico clínico foram associadas ao diagnóstico de caquexia. Porém, nenhuma delas apresentou significância estatística ($p<0,05$). No que diz respeito a associação da caquexia com o estado nutricional, a maior prevalência foi de pacientes com caquexia sintomática que apresentavam desnutrição segundo IMC (90%), algum grau de depleção de acordo com a CB (95%), baixa massa muscular (80%), ASG-PPP classificando algum grau de depleção (100%), assim como já haviam realizado algum tratamento curativo após o diagnóstico (75%) e o tumor primário mais recorrente foi no trato gastrointestinal (45%) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Associação do diagnóstico de caquexia com o estado nutricional, tipo de tratamento e diagnóstico clínico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos internados em um hospital de referência.

Estado Nutricional	Caquexia Sintomática		Caquexia Assintomática		Total		p-valor*
	N	%	N	%	N	%	
IMC							
Desnutrição	18	90,0	3	75,0	21	87,5	0,4452*
Eutrofia	2	10,0	1	25,0	3	12,5	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	
Adequação da CB							
Eutrofia	1	5,0	0	0,0	1	4,2	0,6659*
Depleção Leve	2	10,0	1	25,0	3	12,5	
Depleção Moderada	10	50,0	1	25,0	11	45,8	
Depleção Severa	7	35,0	2	50,0	9	37,5	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	
Circunferência da panturrilha							
Baixa massa muscular	16	80,0	2	50,0	18	75,0	0,2316*
Edema	4	20,0	2	50,0	6	25,0	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	
ASG PPP							
Depleção Moderada	1	5,0	1	25,0	2	8,3	0,2490*
Depleção Severa	19	95,0	3	75,0	22	91,7	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	
Tipo de tratamento							
Cirurgia	3	15,0	1	25,0	4	16,7	
Cirurgia + QT e/ou RT	6	30,0	3	75,0	9	37,5	
QT	3	15,0	0	0,0	3	12,5	0,3618*
QT+RT	3	15,0	0	0,0	3	12,5	
Nenhum	5	25,0	0	0,0	5	20,8	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	
Diagnóstico clínico							
Ca colo uterino	2	10,0	0	0,0	2	8,3	
Ca endométrio	1	5,0	1	25,0	2	8,3	
Ca próstata	2	10,0	0	0,0	2	8,3	
Ca rim	3	15,0	0	0,0	3	12,5	0,3447*
Ca TGI	9	45,0	1	25,0	10	41,7	
Outros	3	15,0	2	50,0	5	20,8	
Total	**20**	**100,0**	**4**	**100,0**	**24**	**100,0**	

*Teste-G estatisticamente significante: p <0,05.
Fonte: Lopes BM, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico caracterizado neste estudo é semelhante ao perfil evidenciado no estudo de Cordeiro FR, et al. (2022), que apresenta uma amostra majoritariamente idosa (mediana 60,58 anos), com pacientes casados (43,39%), residentes na região metropolitana (71,69%) e aposentados (54,72%).

Corroborando a isto, os estudos apontam para uma maioria do sexo masculino (61,3%), com ensino fundamental incompleto (37,6%) e baixa renda familiar (61,3%) (FARIAS MV e BEZERRA AM, 2021; MAIA AE, et al., 2021).

A presença de maioria idosa na amostra pode ser justificada levando em consideração a transição demográfica que perpassa o país, fato esse que aumenta a expectativa de vida e reduz as taxas de natalidade. Com o aumento da expectativa de vida, há uma tendência crescente de predomínio de condições crônicas que necessitam de cuidados paliativos (BASTOS BR, et al., 2018).

No que diz respeito a baixa escolaridade e renda, estes se mostram como fatores que predispõem a dificuldade de acesso a direitos básicos, tais como o diagnóstico precoce e tratamento adequado (MAIA AE, et al., 2021). Consonante a isto, Freire et al. (2018) destaca que uma baixa escolaridade e menor poder aquisitivo favorecem uma limitação de entendimento individual sobre a própria condição de saúde, seu prognóstico e interfere na capacidade de autocuidado, levando o indivíduo a piores desfechos nutricionais e clínicos.

Ademais, o câncer localizado no trato gastrointestinal foi o mais prevalente neste estudo, em concordância com o evidenciado na pesquisa de Farias MV e Bezerra AM (2021), onde 22,5% dos tipos de neoplasias encontradas foram gastrointestinais. Somado a isso, diversos autores concordam que a maioria dos pacientes em cuidados paliativos apresentam a doença em estágio avançado e estes indivíduos podem não apresentar comorbidades associadas, como hipertensão e diabetes mellitus (CORDEIRO FR, et al., 2022; MAIA AE, et al., 2021).

Estes dados reforçam a perspectiva de que o acometimento do câncer na região gastrointestinal é um dos principais diagnósticos na população brasileira e sua taxa de letalidade é consideravelmente alta. Fato esse que decorre da possibilidade de que essa condição pode ser assintomática ou inespecífica nos estágios iniciais da doença e, como consequência, a maioria dos casos é diagnosticado em estágios avançados, o que prejudica a eficácia do tratamento e possibilidade de cura (GUIMARÃES MA, et al., 2022).

Quanto ao estilo de vida, a maioria dos pacientes foi tabagista, assim como no estudo de Silveira NV, et al. (2020), onde 81,4% dos participantes relataram o hábito de fumar. É válido ressaltar que o tabagismo é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes na patogênese do câncer, assim como a exposição à fumaça do cigarro de forma passiva também é um fator de risco, o que torna este assunto de fundamental relevância no âmbito da saúde pública.

No presente estudo, apesar de a maioria dos participantes não ter relatado o hábito de consumir álcool, 45,8% relataram fazer o consumo dessa substância. Assim como o tabagismo, o consumo de álcool também é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de câncer. Quando somados os dois hábitos, esse risco se potencializa, aumentando em até 8 vezes o risco de desenvolver câncer de esôfago (SILVEIRA NV, et al., 2020).

Quanto aos tipos de tratamento realizados antes do encaminhamento ao cuidado paliativo, é importante ressaltar que a literatura é escassa acerca do tema. Todavia, vale frisar que o cuidado paliativo é uma abordagem multidimensional que deve ser iniciada desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida, para que, em conjunto com o tratamento curativo, possa garantir o cuidado integral desse indivíduo e de sua rede de apoio (FREITAS RD, et al., 2022).

No que diz respeito ao estado nutricional dos participantes deste estudo, todos apresentaram risco nutricional, perda de peso, baixa massa muscular, desnutrição e/ou caquexia. Essas evidências já foram relatadas na literatura, onde Bullock AF, et al. (2024) buscaram analisar pela primeira vez a sobreposição de desnutrição, sarcopenia e caquexia em pacientes mais velhos com câncer. Destes, 18 indivíduos estavam desnutridos, 16 com sarcopenia e 17 com caquexia, somado a uma elevada taxa de sobreposição de todas as 3 condições (30%), fator esse que evidencia um importante dano à qualidade de vida dessas pessoas.

O achado de 100% dos pacientes com diagnóstico de caquexia deve ser interpretado à luz das características do cenário assistencial. Por se tratar de uma unidade de internação em cuidados paliativos oncológicos, pode ser esperado um perfil clínico mais grave, com doença em estágio avançado e comprometimento funcional significativo. Esse contexto pode gerar um viés de seleção, uma vez que pacientes internados tendem a apresentar maior carga sintomática e pior estado nutricional em comparação com aqueles acompanhados em regime ambulatorial. Ainda assim, esse resultado reforça a necessidade de triagem nutricional sistemática nesses serviços, visto que a elevada prevalência de caquexia indica uma demanda importante por intervenções precoces e planejamento terapêutico individualizado (GÓMEZ-SERNA MI, et al., 2022).

Corroborando a isto, Gomez-Serna MI, et al. (2022) detalham em sua pesquisa, com 256 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, que 84% da amostra apresentava algum grau de desnutrição. Após um ano de acompanhamento, 87% dos pacientes estavam desnutridos. Ao final, também observaram um aumento no número de indivíduos com IMC classificando como magreza e uma diminuição no quantitativo de pessoas que inicialmente foram classificadas com excesso de peso.

Além disso, Lima KS, et al. (2017) reforçam que a caquexia pode estar presente em 60 a 75% dos casos de câncer do trato gastrointestinal. Em sua amostra, foi observado a presença de perda de peso em 81,3% dos pacientes, com ASG-PPP classificando 86,25% como desnutridos e 51% apresentando caquexia sintomática.

Somado a isso, o estadiamento da patologia está diretamente associado a piores desfechos nutricionais, tendo em vista que grande parte dos indivíduos já são admitidos no âmbito hospitalar com algum grau de comprometimento físico, o que resulta em consequente desnutrição calórico-proteica moderada e severa. Tal característica influencia diretamente no desenvolvimento da caquexia oncológica (GÓMEZ-SERNA MI, et al., 2022).

Em relação a Palliative Performance Scale, a maioria dos participantes se enquadravam em score abaixo de 50%, fato esse que reflete um elevado grau de comprometimento funcional, associado ao quadro instalado de desnutrição, sintomatologia de impacto nutricional e necessidade de manejo nutricional imediato (LEIROS ET, et al., 2022).

Esse conjunto de achados pode ser compreendido a partir de um modelo explicativo integrado, no qual a doença oncológica avançada, especialmente em tumores do trato gastrointestinal, está associada à presença de sintomas de impacto nutricional, como anorexia, náuseas, saciedade precoce e fadiga. Esses fatores contribuem para redução da ingestão alimentar e, paralelamente, para o aumento da resposta inflamatória sistêmica, resultando em perda progressiva de massa muscular e piora da capacidade funcional. A diminuição da funcionalidade, refletida por escores mais baixos na Palliative Performance Scale, associa-se a pior prognóstico e maior complexidade no manejo clínico, reforçando a inter-relação entre sintomas, estado nutricional e evolução clínica em pacientes oncológicos em cuidados paliativos (ARENDS J, et al., 2021).

Do ponto de vista assistencial, os instrumentos utilizados neste estudo podem ser incorporados a um fluxo de triagem nutricional sistemática no serviço. A aplicação da NRS-2002 no momento da admissão hospitalar permite identificar precocemente pacientes em risco nutricional, enquanto a ASG-PPP possibilita a classificação detalhada do estado nutricional e acompanhamento evolutivo. Associadas à circunferência da panturrilha e à Palliative Performance Scale, essas ferramentas podem orientar a priorização de intervenções, a definição de metas de cuidado e o encaminhamento oportuno para acompanhamento nutricional. A adoção de protocolos estruturados de triagem e reavaliação periódica é recomendada na literatura como estratégia para melhorar o manejo clínico e a qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos (MUSCARITOLI M, et al., 2021).

No que tange às limitações do estudo, além do reduzido tamanho amostral, outras características devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impede a inferência de relações de causalidade entre o estado nutricional, a funcionalidade e o diagnóstico de caquexia. A utilização de dados de prontuário e autorrelato pode ter levado a subregistro de sintomas de impacto nutricional. Ademais, a aferição antropométrica em pacientes acamados representa um desafio metodológico, mesmo com o uso de equações preditivas, podendo introduzir vieses de estimativa. Por fim, a ausência de marcadores bioquímicos ou inflamatórios impossibilitou a análise de parâmetros objetivos relacionados à resposta inflamatória sistêmica, frequentemente associada à fisiopatologia da caquexia.

Todavia, os resultados da pesquisa seguem de acordo com os achados na literatura aqui apresentados, que possuem uma maior quantidade de integrantes, corroborando para comprovar que a desnutrição e caquexia são condições presentes em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, independentemente do tamanho amostral. Além disso, tais achados escancaram uma realidade comumente vista dentro dos serviços que prestam cuidados paliativos, onde os indivíduos são encaminhados com um grau de comprometimento clínico e nutricional avançado e em franco processo de sofrimento, o que vai de encontro ao que é preconizado e difundido pelos cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

Os principais resultados reforçam que a desnutrição e caquexia são condições frequentemente diagnosticadas em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Tais dados refletem uma realidade comumente vista dentro dos cuidados paliativos, onde os pacientes internam com um comprometimento nutricional grave já instalado e em franco processo de sofrimento físico. Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de triagem nutricional sistemática já na admissão hospitalar, com utilização de instrumentos validados e monitoramento periódico da funcionalidade por meio da Palliative Performance Scale. A implementação de protocolos institucionais de avaliação e acompanhamento nutricional pode contribuir para o manejo mais precoce da caquexia e para a definição de metas de cuidado. Estudos futuros, com amostras maiores, delineamento multicêntrico e acompanhamento longitudinal, são necessários para ampliar a compreensão desses desfechos.

REFERÊNCIAS

1. ARENDS J, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open, 2021; 6(3): 100092.
2. BARBOSA-SILVA TG, et al. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 2015; 7(2): 136-143.
3. BASTOS BR, et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2018; 9(2).
4. BLACKBURN GL, et al. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 1977; 1(1): 11-21.
5. BLACKBURN GL, THORNTON PA. Nutritional assessment of the hospitalized patient. Medical Clinics of North America, 1979; 63(5): 1103-1115.
6. BOZZETTI F, MARIANI L. Defining and classifying cancer cachexia: a proposal by the SCRINIO Working Group. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2008; 33(4): 361-367.
7. BULLOCK AF, et al. Malnutrition, sarcopenia and cachexia: exploring prevalence, overlap, and perceptions in older adults with cancer. European Journal of Clinical Nutrition, 2024.
8. CHUMLEA WC, et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. Journal of the American Dietetic Association, 1988; 88(5): 564-568.
9. CHUMLEA WM, et al. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. Journal of the American Dietetic Association, 1994; 94(12): 1385-1391.
10. CONSENSO brasileiro de caquexia/anorexia em cuidados paliativos. Nutritotal PRO, 2011.
11. CORDEIRO FR, et al. Clinical and sociodemographic profile of adults hospitalized in palliative care. Revista de Enfermagem da UFPI, 2022; 10(1).
12. DA SILVA JR, et al. Different methods for diagnosis of sarcopenia and its association with nutritional status and survival in patients with advanced cancer in palliative care. Nutrition, 2019; 60: 48-52.
13. FARIAS MV, BEZERRA AM. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos de um hospital público do Ceará, Brasil. Cadernos ESP, 2021.
14. FREIRE MEM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Enfermagem, 2018; 27(2): e5420016.
15. FREITAS RD, et al. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. Saúde em Debate, 2022; 46(133): 331-345.
16. FRISANCHO AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. American Journal of Clinical Nutrition, 1981; 34(11): 2540-2545.
17. GÓMEZ-SERNA MI, et al. Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element in comprehensive care and survival. Nutrición Hospitalaria, 2022.
18. GUIMARÃES MA, et al. Qualidade de vida de pacientes com câncer do trato gastrointestinal em um hospital oncológico. Revista Baiana de Saúde Pública, 2022; 46(3): 258-275.

19. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE. Palliative Care Definition. 2019.
20. KONDRUP J. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clinical Nutrition, 2003; 22(3): 321-336.
21. LEIROS ET, et al. Association between Palliative Performance Scale and nutritional aspects in individuals with cancer in exclusive palliative care. Clinical Nutrition ESPEN, 2022.
22. LIMA KS, et al. Caquexia e pré-caquexia em pacientes com câncer do trato gastrointestinal. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 2017.
23. LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 1994; 21(1): 55-67.
24. MAIA AE, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um hospital da rede pública. Revista Brasileira de Cancerologia, 2021; 67(2).
25. MENDES PB, et al. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. Revista Bioética, 2022; 30(4): 837-849.
26. MUSCARITOLI M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition, 2021; 40(5): 2898-2913.
27. NISHIKAWA H, et al. Cancer cachexia: its mechanism and clinical significance. International Journal of Molecular Sciences, 2021; 22(16): 8491.
28. OTTERY F. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. Nutrition, 1996; 12: S15-S19.
29. SILVEIRA NV, et al. Occupational profile and alcohol and tobacco consumption in patients with head, neck, and lung cancer in the city of Uberlândia, MG. O Mundo da Saúde, 2020; 44: 515-527.
30. VICTORIA HOSPICE SOCIETY. Palliative Performance Scale (PPSv2). 2004.
31. WIEGERT E. Caquexia do câncer: proposta de um novo método de avaliação para a prática clínica. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020; 202p.