

Consumo Alimentar Habitual e Estado Nutricional de Pacientes Diagnosticados com Câncer em Tratamento e de Sobreviventes: Estudo Comparativo

Habitual Food Consumption and Nutritional Status of Patients Diagnosed with Cancer in Treatment and of Survivors: Comparative Study

Luciene Rabelo Pereira¹

Marla Oliveira Santos Dias¹

Resumo

Introdução: O câncer se refere a uma variedade de doenças tendo em comum o crescimento celular anormal, motivado pela interação entre fatores genéticos e a prevalência de fatores não hereditários, como o consumo alimentar e o estado nutricional inadequado que elevam o risco de desenvolvimento da doença. **Objetivo:** Analisar o consumo alimentar habitual e o estado nutricional de pacientes diagnosticados com câncer, assim como os resultados identificados entre os pacientes em tratamento e os sobreviventes que finalizaram o tratamento oncológico. **Metodologia:** Estudo transversal, de caráter quali-quantitativo, com tamanho amostral de 40 pacientes adultos, de ambos os sexos e diagnosticados com câncer. As variáveis analisadas foram: caracterização sociodemográfica, clínica, de consumo alimentar habitual e estado nutricional. **Resultados:** Dentre os participantes, 65% estavam em tratamento oncológico e 35% eram sobreviventes após o período de tratamento. Observou-se prevalência dos casos de câncer de mama entre as mulheres e casos de câncer de próstata entre os homens. Em relação ao consumo alimentar habitual, a maior frequência de consumo dos grupos alimentares foi de 1 a 3 vezes por dia, com tamanho de porção pequeno para ambos os grupos. No estado nutricional destacou-se a eutrofia, com IMC médio de 24,02 kg/m² para o grupo em tratamento e IMC médio de 24,58 kg/m² para o grupo sobrevivente. **Conclusão:** Os

pacientes do grupo em tratamento e os sobreviventes apresentam resultados semelhantes quando comparados entre si, sugerindo que os hábitos alimentares e o estado nutricional que melhoram durante o tratamento normalmente se mantêm após o período de tratamento.

Palavras-chave: Câncer. Consumo alimentar. Estado nutricional.

INTRODUÇÃO

Conceituado como um relevante fator de mortalidade no Brasil e no mundo, o câncer se refere a uma diversidade de doenças tendo em comum o crescimento celular anômalo, desordenado e sem função benéfica para o organismo (FRIO, 2015). Sua capacidade neoplásica e de invasão a outros órgãos e tecidos, favorecem o acesso de células afetadas em outras áreas do corpo, assim como a formação de nódulos inicialmente indolores e rígidos (CORRÊA, 2018; PEREIRA, 2020).

Os diversos tipos de câncer são originados por células distintas e conforme sua localização. Contudo, a intensidade com que os órgãos e tecidos serão afetados se diferem de acordo com o tipo e gravidade do tumor, podendo ser de maior ou menor magnitude (INCA, 2019). Estudos indicam que até o ano de 2030, cerca de 21,4 milhões de novos diagnósticos de cânceres surgirão em seus diferentes tipos no mundo (PEREIRA, 2015; SANTOS, 2018). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se que em cada ano do triênio 2020-2022 ocorra 625 mil novos casos, sendo que, o câncer de próstata (65.840 mil) e o câncer de mama (66.280 mil), ocorrerão com maior frequência (BRASIL, 2019, INCA, 219).

A Lei de número 12.732, de 22 de novembro de 2012, em seu Artigo 2º, assegura o direito aos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna, de submeter-se ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2012).

O motivo de receio dos governantes quanto ao câncer e seu tratamento, se faz pelo fato do desenvolvimento de neoplasias malignas estarem entre as principais causas de óbitos precoces, visto como um notório problema de saúde pública em todos os países do mundo, justificado pela interação entre fatores genéticos e a prevalência de fatores não hereditários que elevam o perigo de desenvolvimento da doença (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

O aumento da incidência e mortalidade provocados pelo câncer, ocorreram devido a urbanização e a industrialização que promoveram mudanças no estilo de vida e elevaram

os fatores de risco, através da mudança no comportamento alimentar, na redução da prática de atividades físicas e por consequência na composição corporal, dentre outros, que levam a uma relação direta ao tempo de sobrevida dos indivíduos afetados (ALMEIDA, 2017; FARIA, 2019).

Dentre os relevantes fatores que predisõem o risco de desenvolvimento das doenças neoplásicas, está a alimentação inadequada como o principal meio de exposição aos carcinógenos, proveniente do aumento do consumo de alimentos ultraprocessados que possuem substâncias com potenciais carcinogênicos, capazes de modificar a estrutura química e a expressão gênica das células, que passam a se desenvolver de forma errônea (PEREIRA, 2015; SALES; et al, 2020).

É comum que os pacientes diagnosticados com câncer tenham seu modo de vida usual alterados de acordo com o comprometimento da qualidade de vida, motivado pela redução funcional proveniente dos tratamentos antineoplásicos (SMIDERLE; GALLON, 2012; FARIA, 2019). Entretanto, quando identificado precocemente, esta alteração favorece no distanciamento dos fatores de risco, nos cuidados pessoais, melhora na alimentação, na preocupação com o estado nutricional e na inclusão de práticas regulares de atividade física nos anos subsequentes, o que leva a melhora da qualidade de vida e contribui no aumento do tempo de sobrevida destes (BRASIL, 2016).

Os principais tratamentos oncológicos envolvem procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia, sendo que dentre estes, a quimioterapia é considerada a mais utilizada para evitar que a doença avance, através da senescência e morte das células afetadas, visando a possibilidade de cura da doença (CORRÊA, 2018; ISOTON, 2020). Contudo, a quimioterapia é agressiva ao sistema imunológico, principalmente por não afetar somente as células neoplásicas, o que explica a causa dos diversos efeitos colaterais sentidos durante o tratamento (FERREIRA, 2016).

Durante o tratamento oncológico, além do comprometimento do estado nutricional causado pela presença do tumor, o tratamento antineoplásico é capaz de provocar sintomas físicos predominantes como queda de cabelo, aftas, náusea, vômitos, diarreia, anemia, retenção hídrica e infecções (CORRÊA, 2018). Altera as células sensoriais do paladar, causa inapetência alimentar, inibe a absorção dos nutrientes, estimula alterações metabólicas e reduz os glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas, que consequentemente provocam a depleção do estado nutricional e elevam o risco de toxicidade por agentes antineoplásicos a depender do tempo de exposição a droga (SMIDERLE; GALLON 2012; COUTINHO, 2017; PARDINHO, 2020).

Sabe-se que a perda de peso e a desnutrição são as principais causas de distúrbios nutricionais, originados por alterações metabólicas motivadas pelo desenvolvimento neoplásico, associado ao aumento da necessidade energética promovida pelo tumor juntamente com o tratamento (ISOTON, 2020).

Referente ao procedimento cirúrgico em pacientes com câncer, a desnutrição pode levar a complicações como, dificuldade na cicatrização pós-cirúrgica, provocar o surgimento de abscessos e sepse que reduz ainda mais a qualidade de vida, eleva o período de internação e diminui a taxa de sobrevida dos pacientes em tratamento (SOUZA, 2017).

Em sobreviventes do câncer, é comum que após o findar do tratamento antineoplásico ainda sintam inapetência, devido as células sensoriais do paladar permanecerem afetadas enquanto a droga estiver ativa no organismo, o que prejudica a sensibilidade ao detectarem o sabor dos alimentos (FERREIRA, 2015). Contudo, os sintomas diminuem de forma progressiva até desaparecem, possibilitando que o paciente retome a uma alimentação saudável e equilibrada após o tratamento (CORRÊA, 2018).

A orientação do consumo de alimentos antioxidantes para a prevenção e recuperação da doença, é estimulada por promover ação favorável na resposta imune, por causar efeito hipoglicêmico, inibir radicais livres, inibir os processos oxidativos e auxiliar na expressão de

genes supressores de tumor, reduzindo os erros do DNA das células afetadas (CARDOSO, 2019).

Outros fatores que favorecem o desenvolvimento de neoplasias é o sobrepeso e a obesidade, principalmente quando observados desde a infância e adolescência, que por sua vez, comprometem o desenvolvimento, afetam o sistema imunológico, além de estarem associadas ao surgimento de outros tipos diferentes da doença (BRASIL, 2017).

Referente ao estado nutricional e risco nutricional experienciado pelo paciente, estes são examinados por meio da avaliação antropométrica, uma vez que este método permite a identificação do risco desde o diagnóstico da doença até a finalização do tratamento oncológico, possibilitando a intervenção nutricional adequada para o diagnóstico nutricional detectado, que auxiliará no progresso do quadro e aumentará o tempo de vida do paciente, visto que, o estado nutricional pode mudar de forma progressiva ou imediata, devido ao aumento das necessidades energéticas e efeitos colaterais provenientes do tratamento (SOUZA, 2017; ISOTON, 2020).

Existem quatro estágios do câncer, divididos durante a trajetória da doença, sendo o estágio de tratamento ativo, estágio de recuperação, estágio de manutenção e estágio de avanço da doença (BRASIL, 2016). Conforme o tipo e estágio do câncer diagnosticado, a estatística de sobrevida muda, sendo que são reputados como sobreviventes ao câncer, todos aqueles que vivem com o diagnóstico e os que estão curados da doença (BRASIL, 2016). A esperança de vida após o câncer, normalmente leva os pacientes a se preocuparem com a manutenção da saúde em geral, sendo que cada estágio de sobrevivência determina a forma com que irão prosseguir com a maneira de cuidar de suas vidas (KNOB, 2013).

Por se tratar de fatores de risco modificáveis, a alimentação, assim como o estado nutricional devem ser avaliados com o objetivo de promoção, prevenção e manutenção da saúde dos pacientes, para que vivam mediados por um estilo de vida saudável, uma vez que um em cada três tipos de câncer comuns no Brasil são prevenidos por meio destes

fatores, justificando a necessidade e relevância deste estudo (BRASIL, 2017). Portanto, é fundamental que a qualidade do consumo alimentar habitual, assim como o estado nutricional sejam analisados, a fim de evitar o risco de recidiva e morte pela doença, durante e após o período de tratamento oncológico (FERREIRA, 2016).

Frente as alterações recorrentes no consumo alimentar e no estado nutricional que a presença do câncer, assim como os tratamentos podem provocar, este presente estudo teve como objetivo, analisar o consumo alimentar habitual e o estado nutricional de pacientes diagnosticados com câncer, assim como os resultados identificados entre os pacientes em tratamento e os sobreviventes que finalizaram o tratamento oncológico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva explicativa, sendo de caráter transversal, com abordagem quali-quantitativa. Envolve a análise objetiva de dados coletados e mensuração de variáveis pré-determinadas que permitiram a compreensão da complexidade dos dados, informações e resultados obtidos.

O tamanho amostral foi definido por conveniência, no qual foram selecionados 40 indivíduos diagnosticados com câncer. A coleta de dados sucedeu-se entre os meses de setembro a outubro de 2021.

Como critério de inclusão neste estudo, foram estabelecidas as seguintes características: pacientes adultos sobreviventes do câncer, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 59 anos, estando semi-hospitalizados, hospitalizados ou de alta médica, em tratamento oncológico, após o período de tratamento ou curados da doença, que se alimentavam somente por via oral. Aqueles indivíduos que não atenderam o critério de inclusão foram excluídos da amostra.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Salesiano (CAAE: 50673621.2.0000.5068). Após sua aprovação, apresentado para os participantes,

que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Os voluntários que participaram foram informados sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo A), segundo determina a Resolução 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012 (BRASIL, 2012).

O questionário foi elaborado e encaminhado de forma online, via Google Forms aos participantes voluntários, abordando questões sociodemográficas, clínicas, antropométricas e de consumo alimentar habitual, para o alcance do objetivo deste presente estudo.

Para avaliar as variáveis, o formulário elaborado abordou nas primeiras 5 perguntas questões referentes à identificação sociodemográfica, com informações sobre a idade, sexo, estado civil, renda familiar e religião, 4 perguntas trataram dos dados clínicos a respeito da doença, sendo informado o tipo de câncer, se estão ou não em tratamento oncológico, tipos de tratamento realizado e tempo de tratamento, e as 2 últimas questões abordaram as variáveis antropométricas, sendo altura em metros e peso em quilogramas, que permitiram a análise do estado nutricional dos voluntários através do Índice de Massa Corporal (IMC), (Anexo B), (CASTRO, 2015).

A coleta de dados referente ao consumo alimentar habitual também foi realizada de forma online, via Google Forms, mediante as questões do Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar (QQFA), (Anexo C), (LAMEZA, 2010). As variáveis foram calculadas com o auxílio do Software Microsoft Office Excel 365, 2010, versão 2109 Build 16.0.14430.20292, para a obtenção dos resultados.

A frequência do consumo alimentar, assim como o tamanho das porções foram comparados com o Guia Alimentar Para a População Brasileira, o Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável e o Guia Alimentar: saiba como ter uma alimentação saudável

(versão de bolso do Guia Alimentar Para a População Brasileira), propostos pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; BRASIL, 2018).

Para a coleta de dados antropométricos, a estatura foi informada pelos participantes, que a mensuraram com o auxílio de outra pessoa, por meio de fita métrica inextensível, onde receberam a orientação para estarem descalços, em posição ereta, com os calcanhares unidos e encostados em parede lisa, sem rodapés, e com os membros superiores soltos na lateral do corpo (BRASIL, 2011).

O peso assim como a altura, foi informado pelos participantes, que o avaliaram por meio de balança eletrônica digital, devendo utilizar roupas leves, em posição ereta, descalço, de preferência com a bexiga vazia e sem portar objetos (Souza, 2017).

O IMC, foi calculado por meio da fórmula de divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metros elevado ao quadrado (kg/m^2), que permitiu a classificação do estado nutricional atual dos pacientes e o diagnóstico da presença de possíveis riscos nutricionais (ABESO, 2016).

Quadro 1. Classificação do IMC para adultos.

IMC (kg/m^2)	Classificação	Obesidade Grau/Classe	Risco de Doença
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: ABESO, 2016.

Os dados foram apresentados a partir de estatística descritiva, no qual as variáveis qualitativas transcorreram mediante frequência absoluta e relativa, e as variáveis quantitativas foram apresentadas a partir de mínimo, média, mediana, máximo e desvio padrão, e analisadas com o auxílio do Software Microsoft Office Excel 365, 2010, versão

2109 Build 16.0.14430.20292. Para a análise Inferencial que consiste no teste não paramétrico qui-quadrado (χ^2), foi utilizado o teste exato de Fisher que é a versão exata do teste qui-quadrado, com auxílio dos programas computacionais SPSS 23.0 for Windows e do Software Microsoft Office Excel 365, 2010, versão 2109 Build 16.0.14430.20292.

Todas as variáveis coletadas foram relacionadas entre os grupos deste estudo, a fim de analisar o impacto da doença sobre o consumo alimentar habitual e do estado nutricional dos voluntários participantes.

RESULTADOS

Dentre os 40 participantes da pesquisa, 65% (n=26) se encontravam em tratamento e 35% (n=14) relataram terem concluído o tratamento oncológico.

Na tabela 1, estão descritas a caracterização social e clínica do grupo em tratamento, cujo 57,7% (n=15) eram do sexo feminino e 42,3% (n=11) do sexo masculino, sendo que, 50% (n=13) do grupo amostral contém entre 50 e 59 anos. Em relação aos dados clínicos, observou-se prevalência de casos de câncer de mama 34,6% (n=9) entre mulheres e de pulmão e próstata 7,7% (n=2) para cada entre os homens. Quanto ao tipo de tratamento realizado, destacou-se a quimioterapia com 65,4% (n=17) para ambos os sexos e tempo de tratamento menor que 1 ano com 65,4% (n=17).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da (Grupo em tratamento).

Variáveis	N	%
Idade		
20 a 29	1	3,8
30 a 39	7	26,9
40 a 49	5	19,2
50 a 59	13	50,0
Sexo		
Feminino	15	57,7
Masculino	11	42,3

Tipo de câncer		
Bexiga	1	3,8
Colo do útero	1	3,8
Endométrio	1	3,8
Esôfago	1	3,8
Gástrico	1	3,8
Hipofaringe	1	3,8
Leucemia	1	3,8
Linfoma	1	3,8
Mama	9	34,6
Neuroendócrino	1	3,8
Ovário	2	7,7
Pele melanoma	1	3,8
Próstata	2	7,7
Pulmão	2	7,7
Tireoide	1	3,8
Tipo de tratamento realizado		
Cirurgia	12	46,2
Radioterapia	13	50,0
Quimioterapia	17	65,4
Tempo de tratamento		
Menor que 1 ano	17	65,4
Entre 1 e 2 anos	6	23,1
Maior que 2 anos	3	11,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Legenda: N = frequência absoluta. % = frequência relativa percentual.

Referente ao estado civil destes, 80,8% (n=21) informam estarem casados, 11,5% (n=3) solteiros, 3,8% (n=1) divorciado e 3,8% (n=1) viúvo. Com relação a renda mensal que atualmente equivale a R\$ 1.100,00 de salário mínimo, destaca-se 61,5% (n=16) da amostra que recebem de 1 a 3 salários mínimos, seguidos por 26,9% (n=7) que recebem de 4 a 6 salários mínimos, 7,7% (n=2) recebem até 1 salário mínimo e 3,8% (n=1) recebe acima de 7 salários mínimos. No que se refere a religião, 88,5% (n=23) relataram terem religião e 11,5% (n=3) mencionaram não terem religião.

Na tabela 2, encontra-se descritas a caracterização social e clínica do grupo sobrevivente após o período de tratamento, dos quais 64,3% (n=9) eram do sexo feminino e 35,7% (n=5) do sexo masculino, sendo que 57,1% (n=8) do grupo amostral é formado por indivíduos que contém entre 40 e 49 anos. Referente aos dados clínicos, houve predominância de casos de câncer de mama 35,7% (n=5) entre mulheres e de pele não melanoma e próstata 14,3% (n=2) para cada, entre os homens. Quanto ao tipo de tratamento realizado sobressaiu a cirurgia em 100% (n=14) da amostra, com tempo de tratamento menor que 1 ano para 57,1% (n=8).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e clínica (Grupo sobrevivente).

Variáveis	N	%
Idade		
40 a 49	8	57,1
50 a 59	6	42,9
Sexo		
Feminino	9	64,3
Masculino	5	35,7
Tipo de câncer		
Colorretal	2	14,3
Mama	5	35,7
Ovário	1	7,1
Pele não melanoma	2	14,3
Próstata	2	14,3
Testículo	1	7,1
Tireoide	1	7,1
Tipo de tratamento realizado		
Cirurgia	14	100,0
Radioterapia	8	57,1
Quimioterapia	5	35,7
Tempo de tratamento		
Menor que 1 ano	8	57,1
Entre 1 e 2 anos	4	28,6
Maior que 2 anos	2	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Legenda: N = frequência absoluta. % = frequência relativa percentual.

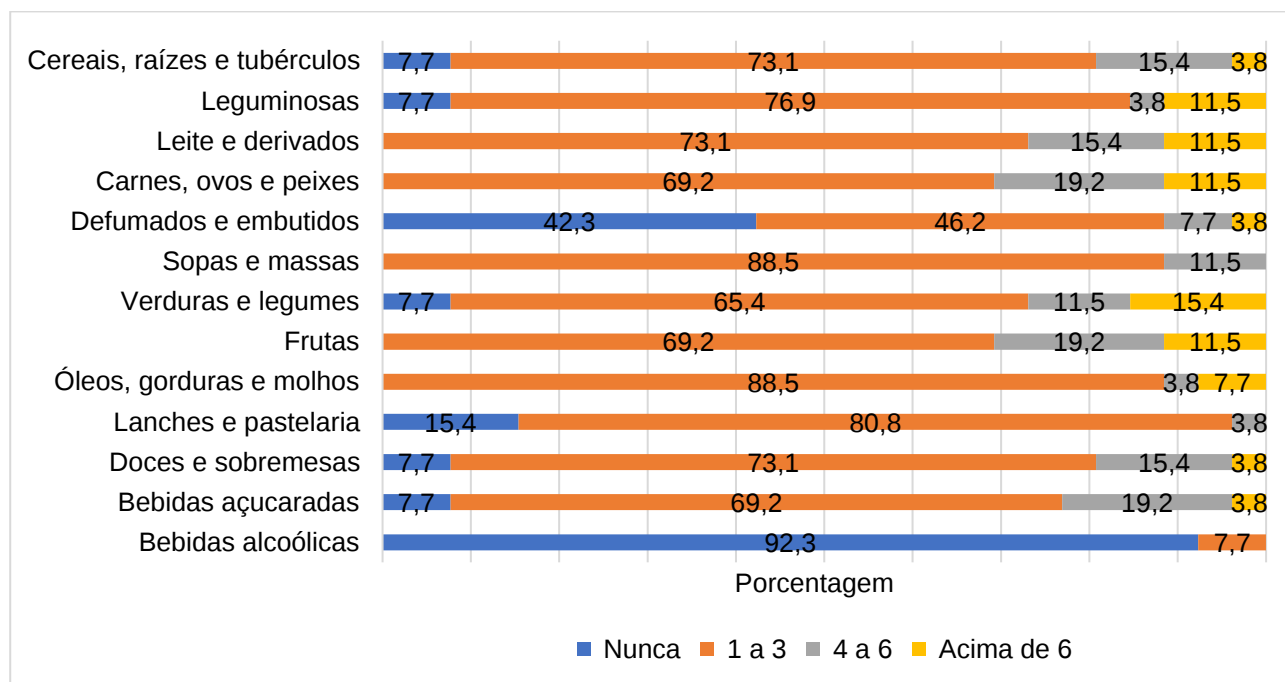
A cerca do estado civil deste grupo sobrevivente, 50% (n=7) afirmaram ser casados, 21,4% (n=3) solteiros, 14,3% (n=2) divorciados e 14,3% (n=2) viúvos. Segundo a renda mensal, 64,3% (n=9) destes recebem de 1 a 3 salários mínimos, seguidos por 28,6% (n=4) que recebem de 4 a 6 salários mínimos e 7,1% (n=1) recebe até 1 salário mínimo. Quanto a religião, 78,6% (n=11) relataram terem religião e 21,4% (n=3) informaram não terem religião.

A partir da análise dos dados do consumo alimentar habitual realizados pelo grupo em tratamento e obtidos na aplicação do QQFA, verificou-se que 76,9% (n=20) mudaram os seus hábitos alimentares recentemente e 23,1% (n=6) relatam não terem feito mudanças. Referente ao uso de suplementação, 30,8% (n=8) informaram o uso de suplementos alimentares e 69,2% (n=18) relatam não fazerem uso. Dos suplementos informados, foram citados a dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, com fonte de proteína a base de caseinato em pó (n=3), dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, com fonte de proteína a base de soja (n=1), suplemento alimentar normocalórico e hiperproteico (n=3), suplemento alimentar hipercalórico e hiperproteico (n=1), administrados de uma e três vezes ao dia.

No grupo sobrevivente o questionário demonstrou que 57,1% (n=8) mudaram os seus hábitos alimentares recentemente e 42,9% (n=6) não fizeram mudanças. Já para o consumo de suplementos 100% (n=14) afirmaram não consumirem.

O gráfico 1, apresenta o hábito alimentar usual do grupo em tratamento, conforme quantas vezes comem os determinados grupos de alimentos. Destacando que o consumo da maior parte dos grupos de alimentos ocorre com frequência de 1 a 3 vezes, exceto a bebida alcoólica em que 92,3% da amostra não consome.

Gráfico 1. Quantas vezes come, segundo o Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar (Grupo em tratamento).



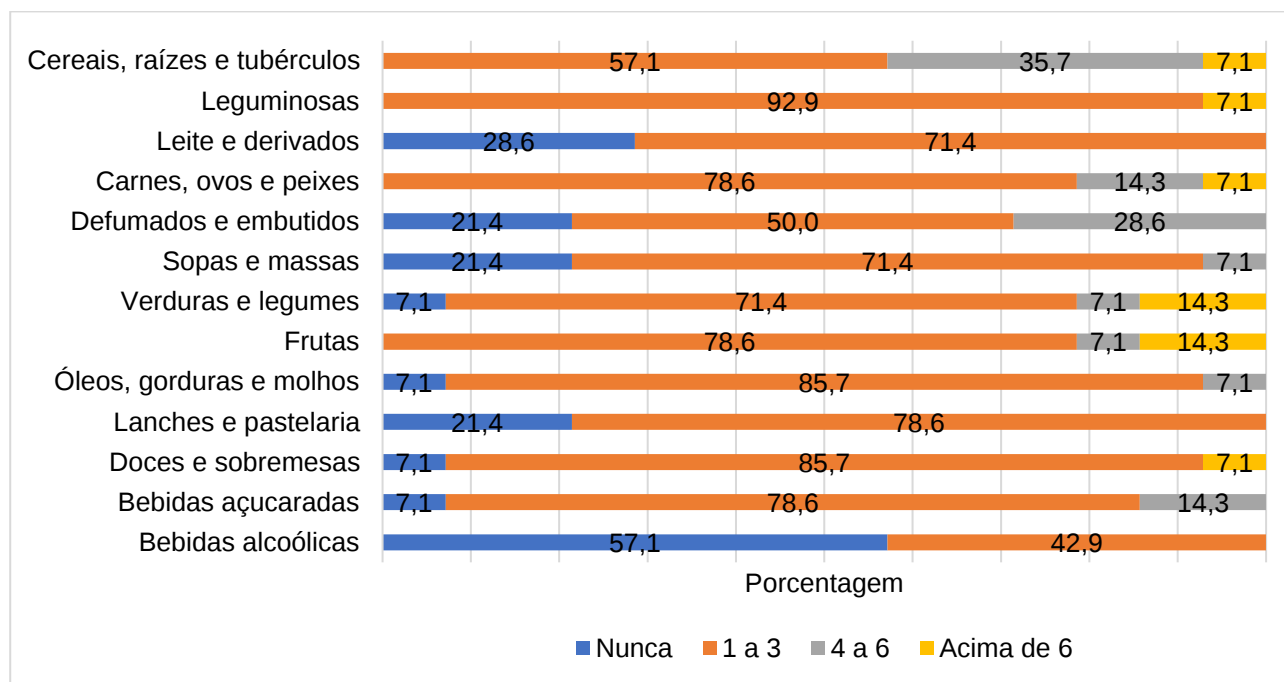
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Conforme o consumo habitual em unidade de tempo deste grupo, os resultados apresentaram que o grupo de cereais, raízes e tubérculos é consumido por 69,2% ao dia, 19,2% por semana e 3,8% ao mês. As leguminosas por 73,1% ao dia, 11,5% por semana e 3,8% ao mês. Leite e derivados por 65,4% ao dia, 26,9% por semana, 3,8% ao mês e 3,8% ao ano. Carnes, ovos e peixes por 57,7% ao dia, 34,6% por semana, 3,8% ao mês e 3,8% por ano. Defumados e embutidos por 3,8% ao dia, 26,9% por semana, 26,9% por mês. Sopas e massas por 34,6% ao dia, 46,2% por semana e 19,2% ao mês. Verduras e legumes por 69,2% ao dia, 15,4% por semana e 7,7% ao mês. Frutas por 65,4% ao dia e 34,6% por semana. Óleos, gorduras e molhos por 80,8% ao dia, 11,5% por semana, 3,8% ao mês e 3,8% por ano. Lanches e pastelaria por 3,8% ao dia, 23,1% por semana, 53,8% ao mês e 3,8% por ano. Doces e sobremesas por 23,1% ao dia, 38,5% por semana, 26,9% ao mês e 3,8% por ano. Bebidas açucaradas por 65,4% ao dia, 19,2% por semana e 7,7% ao mês. Bebidas alcoólicas por 7,7% ao ano.

Em relação ao Tamanho das porções consumidas habitualmente, é exposto que os cereais, raízes e tubérculos são consumidos por 61,5% da amostra em tamanho pequeno, 26,9% médio e 3,8% grande. As leguminosas por 46,2% em tamanho pequeno, 34,6% médio e 7,7% grande. Leite e derivados por 80,8% em tamanho pequeno e 19,2% médio. Carnes, ovos e peixes por 73,1% em tamanho pequeno e 26,9% médio. Defumados e embutidos por 50,0% em tamanho pequeno e 7,7% médio. Sopas e massas por 42,3% em tamanho pequeno, 46,2% médio e 11,5% grande. Verduras e legumes por 42,3% em tamanho pequeno, 30,8% médio e 19,5% grande. Frutas por 65,4% em tamanho pequeno e 34,6% médio. Óleos, gorduras e molhos por 84,6% em tamanho pequeno e 15,4% médio. Lanches e pastelaria por 53,8% em tamanho pequeno, 26,9% médio e 3,8% grande. Doces e sobremesas por 61,5% em tamanho pequeno e 30,8% médio. Bebidas açucaradas por 69,2% em tamanho pequeno, 15,4% médio e 7,7% grande. Bebidas alcoólicas por 7,7% em tamanho pequeno.

O gráfico 2, apresenta o hábito alimentar usual do grupo sobrevivente, conforme quantas vezes comem os determinados grupos de alimentos analisados e assim como o grupo em tratamento os resultados demonstram que o maior consumo destes ocorreram com frequência de 1 a 3 vezes, com exceção das bebidas alcoólicas, devido não ser consumida por 57,1% do grupo.

Gráfico 2. Quantas vezes come, segundo o Questionário Quantitativo de Frequência Alimentar (Grupo sobrevivente).



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto ao consumo habitual em unidade de tempo do grupo sobrevivente, constatou-se que o grupo de cereais, raízes e tubérculos é consumido por 92,9% ao dia e 7,1% ao mês. As leguminosas por 85,7% ao dia e 14,3% por semana. Leite e derivados por 28,6% ao dia e 42,9% por semana. Carnes, ovos e peixes por 71,4% ao dia, 21,4% por semana e 7,1% ao mês. Defumados e embutidos por 14,3% ao dia e 64,3% por semana. Sopas e massas por 7,1% ao dia, 50,0% por semana e 21,4% ao mês. Verduras e legumes por 71,4% ao dia e 21,4% por semana. Frutas por 57,1% ao dia e 42,9% por semana. Óleos, gorduras e molhos por 85,7% ao dia, e 7,1% por ano. Lanches e pastelaria por 42,9% ao dia, 28,6% ao mês e 7,1% por ano. Doces e sobremesas por 21,4% ao dia, 28,6% por semana, 28,6% ao mês e 14,3% por ano. Bebidas açucaradas por 78,6% ao dia, 7,1% ao mês e 7,1% por ano. Bebidas alcoólicas por 14,3% ao ano, 14,3% por semana e 14,3% ao mês.

Sobre o tamanho da porção consumida habitualmente por este grupo, é apresentado que os cereais, raízes e tubérculos são consumidos por 50,0% da amostra em tamanho

pequeno e 42,9% médio. As leguminosas por 71,4% em tamanho pequeno e 28,6% médio. Leite e derivados por 64,3% em tamanho pequeno e 7,1% médio. Carnes, ovos e peixes por 71,4% em tamanho pequeno, 21,4% médio e 7,1% grande. Defumados e embutidos por 64,3% em tamanho pequeno e 14,3% médio. Sopas e massas por 28,6% em tamanho pequeno, 42,9% médio e 7,1% grande. Verduras e legumes por 42,9% em tamanho pequeno, 42,9% médio e 7,1% grande. Frutas por 92,9% em tamanho pequeno e 7,1% grande. Óleos, gorduras e molhos por 78,6% em tamanho pequeno e 14,3% média. Lanches e pastelaria por 28,6% em tamanho pequeno, 28,6% médio e 21,4% grande. Doces e sobremesas por 71,4% em tamanho pequeno e 21,4% médio. Bebidas açucaradas por 57,1% em tamanho pequeno, 28,6% médio e 7,1% grande. Bebidas alcoólicas por 21,4% em tamanho pequeno e 21,4% médio.

Referente ao consumo da gordura bovina ou suína visível na carne pelo grupo em tratamento, observou-se que 65,4% (n=17) retiram a gordura para não consumi-la e 34,6% (n=9) consomem a gordura. Quanto a pele de frango ou peru, 53,8% (n=14) não retiram a pele e 46,2% (n=12) retiram para evitar seu consumo.

No que se refere ao consumo da gordura bovina ou suína pelo grupo sobrevivente, foi identificado que 50,0% (n=7) consomem com a gordura e a outra metade do grupo não a consomem. Já a pele do frango ou peru é retirada por 57,1% (n=8) da amostra e consumida por 42,9% (n=6).

A tabela 3, apresenta a descrição dos dados antropométricos obtidos do grupo em tratamento e do grupo sobrevivente a partir de mínimo, média, mediana, máximo, desvio padrão e o respectivo coeficiente de variação. Segundo os resultados apresentados do IMC, ambos os grupos estão em média classificados com o estado nutricional de eutrofia.

Tabela 3. Análise descritiva dos dados antropométricos (Grupo em tratamento e Grupo sobrevivente).

Grupos	Medidas	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Em tratamento	Peso (kg)	40,00	65,90	64,60	108,00	15,82
	Altura (m)	1,50	1,65	1,66	1,84	0,10
	IMC (kg/m ²)	17,09	24,02	23,79	37,37	4,92
Sobrevivente	Peso (kg)	51,00	68,02	62,50	99,50	13,11
	Altura (m)	1,54	1,67	1,65	1,93	0,10
	IMC (kg/m ²)	18,73	24,58	23,19	36,55	4,63

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Legenda: CV = coeficiente de variação.

Foi aplicado o teste não paramétrico qui-quadrado (χ^2) através do teste exato de Fisher, para verificar uma possível associação entre as variáveis: tipo de câncer e classificação do IMC (estado nutricional) sob estudo. O nível de significância foi de 5%, assim “valor-p” menor que 0,05, indicaria que existe uma associação (dependência) entre as variáveis. Contudo o grupo em tratamento obteve probabilidade de significância $p=0,623$ e o grupo sobrevivente obteve a probabilidade de significância $p=0,960$. Sendo assim, o nível de significância do valor esperado do cruzamento foi maior que 0,05, indicando que não existe uma associação (dependência) entre as variáveis estudadas.

DISCUSSÃO

Para evitar que o paciente chegue ao estágio de avanço da doença, que é caracterizado pela recidiva ou surgimento de novos tumores, estes são orientados a seguir as recomendações gerais de prevenção da doença, como manter o peso corporal adequado, realizar a prática de atividades físicas e principalmente consumir alimentos saudáveis, evitando o consumo de ultraprocessados (SALES, 2020).

Estudos apontam a necessidade em evitar o consumo de alimentos ultraprocessados e elevar o consumo de grãos integrais, frutas, vegetais e de alimentos fitoquímicos ricos em nutrientes antioxidantes, pois exercem efeitos protetores e preventivos, considerando que, a má qualidade da dieta pode contribuir no processo de formação e propagação das células neoplásicas (MELO, 2012; LEE; CESARIO, 2019).

Desta forma, o consumo alimentar habitual e o estado nutricional do paciente, podem ser retratados como facilitadores para o surgimento de células neoplásicas, assim como preventivos, por se tratar de fatores modificáveis (SAMPAIO, 2012; SALES 2020).

Neste estudo, as pacientes do sexo feminino foram encontradas em maior proporção quando comparadas ao sexo masculino, onde prevaleceu a incidência dos casos de câncer de mama entre as mulheres e os casos de câncer de próstata entre os homens de ambos os grupos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Brasil dentre os 10 tipos de câncer mais incidentes estimados para 2021 se destacaram o câncer de mama em mulheres e o câncer de próstata em homens, confirmando que os dados apresentados neste estudo são concordantes com outros estudos que envolvem o tema (BRASIL, 2020).

Quanto a religiosidade informada pela maior parte dos integrantes dos dois grupos, estudos apontam uma importância significativa entre os aspectos religiosos/espirituais com as repercussões psicossociais de pacientes adoecidos com o câncer, considerando que a fé é capaz de desenvolver a esperança da possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e saúde dos pacientes, por conceder consolo e força psicológica, fazendo com que consigam passar pela dor e o sofrimento, dando um novo significado a cada momento experienciado (BENITES, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, os três principais tipos de tratamento são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser usadas ou não em conjunto contra o câncer. Observou-se que 100% do grupo sobrevivente realizou o procedimento cirúrgico como

forma de tratamento, contudo, não é possível alegar a efetividade desse tratamento como único motivador de cura, visto que dentre, as neoplasias são poucas as que necessitam de apenas uma modalidade de tratamento (BRASIL, 2018).

Ao examinar o tempo de tratamento prevalente entre os grupos estudados evidenciou-se o tempo menor que 1 ano, confirmando que o diagnóstico precoce e preciso, aliado a intervenção nutricional, permite direcionar a terapia nutricional as necessidades individuais dos pacientes, antes do aparecimento de complicações causadas pela patologia, sendo indispensável desde o primeiro acesso do nutricionista ao paciente até a cura ou enquanto necessário, visto que apresentam um alto potencial de cura e reduzem as taxas de mortalidade motivada pela doença (BRASIL, 2020; SILVA, 2018).

Em relação ao consumo alimentar habitual, o Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda que a alimentação in natura ou minimamente processada seja priorizada. Para os alimentos processados, a orientação é que sejam consumidos em pequenas quantidades e aconselha que os alimentos ultraprocessados sejam evitados (BRASIL, 2014).

Para os pacientes diagnosticados com câncer, sabe-se que a ingestão de bebidas alcoólicas, o elevado consumo de carne vermelha, de alimentos com alto teor calórico, carnes processadas, defumados contendo cloreto de sódio, nitrito e nitrato, o reaproveitamento de óleo usado em frituras, conservas, queijos mofados, gordura animal, saturadas e hidrogenadas, somados a baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, contribuem no processo de acometimento do quadro oncológico (MELO, 2012; ALMEIDA, 2017; LEE; CESARIO, 2019; PEREIRA, 2020).

Embora a quantidade de pesquisas relacionadas as recomendações alimentares de pacientes sobreviventes ao câncer após o período de tratamento sejam insuficientes, diversos estudos encorajam que estes sigam as recomendações gerais para a prevenção

da doença, visto que também auxiliam na redução dos riscos de desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2020).

Portanto, o consumo de alimentos antioxidantes para a prevenção e recuperação da doença são estimulados, por promoverem a proteção das células saudáveis, através da prevenção, interceptação e reparo, sendo eficaz no combate aos radicais livres produzidos pela doença e tratamento oncológico, evitando assim, o retrocesso e evolução do seu estágio (ALMEIDA, 2017; PARDINHO, 2020).

As mudanças citadas nos hábitos alimentares pela maior parte dos voluntários dos dois grupos, também foi citada por Rosa, Búrigo e Raduz, em seu estudo, onde identificaram que 84,61% dos pacientes tiveram mudanças na sua alimentação após o diagnóstico de câncer. (ROSA, 2011)

Quanto ao uso de suplementação, é comum que pacientes em risco nutricional, recebam suplemento via oral hipercalórico e hiperproteico, objetivando complementar a alimentação e evitar a piora do estado nutricional, considerando que o aumento da oferta proteica é fundamental para o reparo e manutenção da massa magra, na resposta imunológica e na cicatrização de feridas (BRASIL, 2016). Desse modo, é essencial que a intervenção nutricional como parte do tratamento multidisciplinar, ocorra antes do quadro de desnutrição, para favorecer o processo de recuperação (SILVA, 2018).

Conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira o consumo dos grupos alimentares: cereais, raízes e tubérculos, devem ser consumidos em seis porções ao dia, verduras e legumes em três porções ao dia, frutas em três porções ao dia, leguminosas em uma porção ao dia, leite e derivados em três porções ao dia, carnes, peixes e ovos em uma porção do dia, óleos e gorduras em uma porção ao dia e os açúcares e doces no máximo em uma porção ao dia. Quanto aos industrializados, embutidos e bebidas alcoólicas, estes devem ser evitados. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Quando comparado ao consumo alimentar retratado por ambos os grupos deste estudo, nota-se que o consumo dos grupos alimentares cereais, raízes, tubérculos, sopas e massas, foi abaixo do recomendado para a maioria dos pacientes. Os alimentos desses grupos são responsáveis por manter o equilíbrio energético do corpo, visto que são fontes de carboidratos, fibras, vitaminas e minerais, devendo ser consumidos em quantidade adequada para manter a homeostase do organismo humano. O que não foi notado neste estudo (PEREIRA, 2015).

O consumo de leguminosas demonstrou-se adequado quando comparado com as recomendações para ambos os grupos. Identificou-se que 73,1% dos pacientes em tratamento e 92,9% dos sobreviventes o consomem com frequência de uma a três vezes ao dia e em porções pequenas. Diferentemente do estudo realizado por Sampaio, que identificou uma alta prevalência no consumo de leguminosas por pacientes diagnosticados com câncer (SAMPAIO, 2012).

O consumo de leite e derivados também foi adequado as recomendações, visto que são as principais fontes de cálcio da alimentação. Contudo, é indicado que seu consumo seja priorizado em forma desnatada, por conter o teor de gordura reduzido. (BRASIL, 2013).

Em relação as carnes, ovos e peixes, o consumo foi adequado ao recomendado entre a maior parte dos dois grupos de pacientes. Embora este estudo tenha avaliado esta frequência entre uma e três vezes diárias, o que supõe a existência de indivíduos entre estes, que possam consumir de forma inadequada, estudos apontam que o controle da ingestão de carnes em especial a vermelha, é fundamental a fim de reduzir as alterações no nível celular provocadas por cortes, principalmente os que são conservados em sal, por conterem substâncias mutagênicas e carcinogênicas (PEREIRA, 2015).

O consumo de verduras, legumes e frutas, foi adequado as recomendações entre os dois grupos estudados. A ingestão adequada promove efeito protetor contra o desenvolvimento de células neoplásicas, além de reduzir o risco de diversos cânceres. Seu consumo

adequado fornece fibras e vitaminas antioxidantes, que diminuem os agentes oxidativos relacionados ao aparecimento de cânceres (FAGIOLI, 2013; FERREIRA, 2016).

A ingestão de óleos, gorduras e molhos também se mostrou adequada as recomendações do Ministério da Saúde, entre os dois grupos estudados. Contudo o Guia Alimentar para a População Brasileira ainda recomenda que seja priorizado o uso de óleos vegetais nas preparações, com intuito de evitar o consumo de calorias reduzir os riscos de prejuízos à saúde através do desenvolvimento de doenças provocadas por seu excesso. (BRASIL, 2014).

O consumo de defumados, embutidos, lanches e pastelaria, foi maior que o recomendado entre os dois grupos analisados. Estudos apontam que a ingestão a partir de três vezes por semana destes alimentos está relacionada ao aumento do risco de câncer (BRASIL, 2016). Em específico, os alimentos defumados e embutidos, pois apresentam grandes quantidades de nitrito e nitrato em sua composição, que em contato com o trato gastrointestinal são transformados em nitrosaminas, substâncias cancerígenas devido sua grande capacidade de induzir o surgimento de câncer, principalmente o de intestino (ALMEIDA, 2017).

Quanto a ingestão de doces, sobremesas e bebidas açucaradas, se manteve inadequada para ambos os grupos, visto que ocorreram com maior frequência do que o recomendado. O consumo de alimentos e bebidas com alta densidade energética, devem ser evitados a fim de reduzir o quantitativo calórico ingerido, além de auxiliar na manutenção do estado nutricional, visto que o consumo inadequado destes eleva o risco de obesidade, que é responsável por diversos tipos de câncer (BRASIL, 2020).

Embora a ingestão de bebidas alcoólicas tenha sido identificada neste estudo, notou-se que nos dois grupos de pacientes, o consumo de se manteve adequado pela maior parte dos integrantes. Esses dados corroboram com o estudo realizado por Fagioli, em que a maior frequência observada foi de pacientes que não consomem bebidas alcoólicas

(FAGIOLI, 2013). Resultado este considerado positivo, já que o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, recomenda que o consumo de bebidas alcoólicas seja evitado, por promoverem o dobro do risco de desenvolvimento e recidiva da doença, devido o seu potencial em aumentar a produção de metabólicos genotóxicos e carcinogênicos (BRASIL, 2016; BRASIL, 2020).

Os resultados divergentes entre os grupos, quanto ao consumo da gordura visível nas carnes, conflitam com o estudo realizado por Pereira, que alega a redução na ingestão de gorduras aparente nas carnes, pela maioria dos pacientes após o diagnóstico da doença (PEREIRA, 2015).

Na análise do IMC, destacou-se o estado nutricional de eutrofia entre os dois grupos estudados. Os mesmos dados foram encontrados em outros estudos, que obtiveram o estado nutricional de eutrofia na maior parte das amostras avaliadas (SARAGIOTO, et al. 2013; CAPELARI, 2018).

Os demais pacientes em tratamento foram classificados com o estado nutricional em baixo peso, sobrepeso e obesidade grau I e II, enquanto os pacientes sobreviventes classificados com sobrepeso e obesidade grau II. Um estudo realizado por Marchiori destaca que, o comprometimento do estado nutricional motivado pela perda de peso e desnutrição, é prevalente em cerca de 40 a 80% dos pacientes portadores de câncer (MARCHIORI, 2017). Embora este estudo não tenha avaliado a perda de peso, é importante destacar que o baixo peso destes pacientes pode progredir para um quadro de sarcopenia, onde ocorre a perda de massa muscular, com ou não perda de tecido adiposo, até desenvolver a desnutrição energético-proteica grave, denominado como caquexia que leva a perda da capacidade funcional, motivada pela depleção gradual de massa muscular e tecido adiposo, dificultando o tratamento e sendo capaz de evoluir ou não para a morte (FRIO, 2015).

Em relação ao sobrepeso e obesidade, estudos indicam que é esperado que o excesso de gordura corporal tenha influência no desenvolvimento de neoplasias em cerca de 13 a cada

100 pacientes acometidos pela doença e que a obesidade favorece o desenvolvimento das células neoplásicas e o prognóstico, através da interação entre as células afetadas e o tecido adiposo (BRASIL, 2017). Já para os pacientes sobreviventes do câncer após o período de tratamento, o excesso de peso é considerado um prognóstico desfavorável, por proporcionar o aumento da probabilidade de apresentarem recidiva da doença (PINHEIRO; MONTEIRO, 2019).

Conforme constatado na análise da probabilidade de significância, as variáveis são independentes, isto é, não existe associação entre o tipo de câncer e a classificação do estado nutricional no grupo em tratamento, assim como no grupo sobrevivente deste estudo. Contudo, diferentemente deste resultado, um estudo realizado por Oliveira indica que o número de pacientes com inadequação no estado nutricional está relacionado sim, com a localização do tumor (OLIVEIRA, 2018).

Vale ressaltar que a discordância da relação entre o tipo de câncer e o estado nutricional, se dá pelo fato de que o estado nutricional dos pacientes não deve ser baseado somente através do IMC, pois existem drogas administradas durante a quimioterapia, que influenciam na composição corporal, como os glicocorticoides e a terapia hormonal que provocam retenção hídrica, redução da massa muscular e eleva a gordura corporal, mascarando o real estado nutricional dos pacientes (TARTARI, 2010; CAPELARI, 2018).

Frente os dados identificados, observou-se limitações neste estudo relacionados ao tamanho amostral relativamente pequeno, assim como no diagnóstico nutricional, visto que é necessário a utilização de outros métodos indicadores do estado nutricional, além do IMC, que possibilitem identificação de outros resultados e de possíveis riscos nutricionais. Quanto ao consumo alimentar, notou-se que o QQFA utilizado mesmo sendo próprio para pacientes com câncer, dificultou a análise das respostas devido suas questões sugerirem tamanhos de porções diferentes dos recomendados pelo Consenso Nacional de Nutrição Oncológica e o Guia Alimentar para a População Brasileira. Portanto sugere-se que outros

estudos comparativos com estes grupos de pacientes sejam realizados, a fim de obterem resultados mais assertivos.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, verificou-se que os pacientes do grupo em tratamento e os sobreviventes apresentam resultados semelhantes quando comparados entre si, sugerindo que os hábitos alimentares e o estado nutricional que melhoram durante o tratamento normalmente se mantem após o período do tratamento.

Contudo, para a maioria dos pacientes, o consumo alimentar necessita de algumas adequações e o estado nutricional de eutrofia identificado para a grande maioria dos indivíduos não pode ser confirmado devido a necessidade da utilização de outros métodos de avaliação nutricional.

Embora poucos pacientes tenham sido identificados em risco nutricional, é necessário a elaboração de estratégias focadas na reeducação alimentar destes pacientes, visando uma alimentação ainda mais saudável, que auxiliará na recuperação do estado nutricional, favorecendo assim, no prognóstico da doença.

Desse modo, percebe-se a importância do cuidado do profissional nutricionista, com o consumo alimentar e o estado nutricional dos pacientes diagnosticados com câncer, durante e após o período de tratamento oncológico, uma vez que são fatores fundamentais no processo de manutenção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 2016, 4.ed., São Paulo, SP. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes->

- Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2021.
2. ALMEIDA, L; et al. Alimentação como Fator de Risco para Câncer de Intestino em Universitários. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza, 30(1): 72-78, jan./mar., 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5882/pdf_1>. Acesso em: 16 mar. 2021.
 3. BENITES, A. C.; NEME, C. M. B.; SANTOS, M. A. Significados da Espiritualidade para Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. Estudos de Psicologia. Campinas. 34(2), 269-279 . Abril – junho 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/nCPbXZgwbwX9DzSqBVZ5vkn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2021.
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer / Instituto Nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva; Organização Mario Jorge Sobreira da Silva. 6. Ed. Revista Atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2021.
 5. BRASIL. Decreto-lei n 12.732, de 22 de novembro de 2012. Lex: legislação federal, Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm#:~:text=2%C2%BA%20O%20paciente%20com%20neoplasia,do%20caso%20registrada%20em%20prontu%C3%A1rio>. Acesso em: 03 mai. 2021.
 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Dieta, Nutrição, Atividade Física e Câncer: Uma Perspectiva Global / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. –

- Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dieta_nutricao_atividade_fisica_e_cancer_resumo_do_terceiro_relatorio_de_especialistas_com_uma_perspectiva_brasileira.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Nivaldo Barroso de Pinho (organizador) – 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 112p. : Il.; v. 2
 Disponível em:
 <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/consenso-nutricao-oncologica-vol-ii-2-ed-2016.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2020. Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro. INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 01 mar. 2021.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA, 2019. Disponível em:
 <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/image/capa-estimativa-2020-publicacao_0.jpg>. Acesso em: 05 nov. 2021.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para a Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011. 76 p. : il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
 Disponível em:
 <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2021.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva Acerca do Sobrepeso e Obesidade. Revista Brasileira de Cancerologia 2017; 63(1): 7-12. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_63/v01/pdf/03-posicionamento-instituto-nacional-de-cancer-jose-alencar-gomes-da-silva-acerca-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2021.
13. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira. 2. ed. Brasília, DF, 2014. 152 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2021.
14. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. 1 ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel_1edicao.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021
15. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Alimentar: saiba como ter uma alimentação saudável. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_bolso2.pdf>. Acesso em: 06 out. 2021.
16. CAPELARI, P.; CENI, G. C. Comportamento Alimentar e Perfil Nutricional de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico. Demetra 2018; 13(1); 223-240. Disponível em: <<https://www.e->

- publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/30309>. Acesso em: 02 nov. 2021.
17. CARDOSO, E. N.; et al. Ação Educativa com Ênfase em Alimentos Funcionais em um Restaurante Universitário. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v. 13. n. 80. p.652-660. 2019. ISSN 1981- 9919. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1037>>. Acesso em: 01 mai. 2021.
 18. CASTRO, E. K.; et al. Percepção da Doença, Indicadores de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Câncer. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 16, núm. 3, 2015, pp. 359-372. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/362/36244846007.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2021.
 19. CORRÊA, F. E.; ALVES, M. K. Quimioterapia: Efeitos Colaterais e Influência no Estado Nutricional de Pacientes Oncológicos. Uniciências, v. 22, n. 2, p. 100-105, 2018. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/uniciencias/article/view/5958>>. Acesso em: 17 mar. 2021.
 20. COUTINHO M. M.; GENARO, S. C. Alterações Nutricionais Associadas ao Tratamento Quimioterápico em Pacientes com Câncer. Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 08–12, 2017. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1942>>. Acesso em: 16 mar. 2021.
 21. FAGIOLI, D.; et al. Análise do Consumo de Alimentos com Ação de Prevenção e de Risco para o Câncer Gástrico por Frequentadores de Locais de Abastecimento de Alimentos em São Paulo. Revista da Associação Brasileira de Nutrição -

- RASBRAN, [S. I.], v. 5, n. 1, p. 34–40, 2013. Disponível em: <<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/5>>. Acesso em: 29 out. 2021.
22. FARIA, S. O.; et al. Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Indivíduos com Câncer Assistidos por Organização não Governamental. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 65, n. 1, p. e-08103, 26 jun. 2019. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/103>>. Acesso em 16 mar. 2021.
23. FERREIRA, I. B.; et al. Consumo Alimentar e Estado Nutricional de Mulheres em Quimioterapia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2209-2218, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000702209&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 16 mar. 2021.
24. FRIO, C. C.; PRETTO, A. D. B.; GONZALEZ, M. C.; PASTORE, C. A. Influência da Composição Corporal sobre a Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 4, p. 351-357, 31 dez. 2015. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/224>>. Acesso em: 20 mar 2021.
25. Instituto Nacional de câncer. Tipos de Câncer. Rio de Janeiro, INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>>. Acesso em: 01 mar. 2021.
26. ISOTON, G. A.; SCOTTI, C. S.; ZANOTTI, J. Avaliação do Estado Nutricional e Capacidade Funcional de Pacientes Oncológicos em Quimioterapia de Caxias do Sul – RS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 2, p. e-02377. 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/377>>. Acesso em: 30 mai. 2021.

27. KNOB, B. P.; FELIPETTE, J. L.; MANFRIN, R. M.; SCHWARTZ, E. Qualidade de Vida em Sobreviventes de Câncer: Uma Revisão Integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 14, núm. 4, 2013, pp. 829-835 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459020.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2021.
28. LAMEZA, M. M. S. Validação de Questionário de Frequência Alimentar para Pacientes Tratados de Câncer Colorretal. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://accamargo.phlnet.com.br/MESTRADO/2010/MonicaMacedo/MonicaMacedo.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2021.
29. LEE, O. P.; CESAREO, F. C. Relação Entre Escolhas Alimentares e o Desenvolvimento de Câncer Gástrico: Uma Revisão Sistemática. *Brazilian Journal of health Review*. Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2640-2656, jul./aug. 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1953/2113>>. Acesso em: 16 mar. 2021.
30. MARCHIORI, M. C.; GENARO, S. C. Alterações Nutricionais Associadas ao Tratamento Quimioterápico em Pacientes com Câncer. *Colloquium Vitae*. ISSN: 1984-6436, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 08–12, 2017. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1942>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
31. MELO, M. M. D.; NUNES, L. C.; LEITE, I. C. G. Relação entre Fatores Alimentares e Antropométricos e Neoplasias do Trato Gastrointestinal: Investigações Conduzidas no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 1, p. 85-95, 30 mar. 2012. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/640>>. Acesso em: 16 mar. 2021.
32. NEVES, G. Y. S.; et al. Avaliação do Consumo de Alimentos Ricos em Antioxidantes e do Conhecimento Sobre os Radicais Livres por Parte dos Acadêmicos de Ciências

- Biológicas e Enfermagem da FAFIMAN. Diálogos & Saberes, Mandaguari, v. 10, n. 1, p. 47-62, 2014. Disponível em: <<http://www.fafiman.br/seer/index.php/dialogosesaberes/article/view/352/342>>. Acesso em: 28 mai. 2021.
33. OLIVEIRA, L. F.; RODRIGUES, P. A. S. Circunferência de Cintura: Protocolos de Mensuração e Sua Aplicabilidade Prática. Nutrivisa – Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde. Volume 3, Número 2, julho-outubro/2016. Disponível em: <<https://www.revistanutrivisa.com.br/wp-content/uploads/2016/11/nutrivisa-vol-3-num-2-h.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2021.
34. OLIVEIRA, L. P. M.; ANUNCIAÇÃO, T. A.; COSTA, M. L. V. Estado Nutricional de Idosos Oncológicos por meio de Diferentes Métodos. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 2, p. 209-215, 29 jun. 2018. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/80>>. Acesso em: 03 mar. 2021.
35. PARDINHO, G. J. R.; SANTOS, G. M.; BARROS, M. J. S. P.; CORRÊA, F. F. Impactos da Utilização de Compostos Antioxidantes como Parte da Terapia Nutricional do Paciente Oncológico em Tratamento. Advances in Nutritional Sciences – v. 1, n. 1, p. 62-67. 2020. ISSN: 2675-6625. Disponível em: <<https://journal.healthsciences.com.br/index.php/ans/article/view/3/1>>. Acesso em: 01 mai. 2021.
36. PEREIRA, I. M.; PARDIM, I. S.; GENARO, S. Consumo Alimentar e Estado Nutricional de Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico. Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 26–36, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3807>>. Acesso em: 1 mar. 2021.

37. PEREIRA, P. L.; NUNES, A. L. S.; DUARTE, S. F. P. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 3, p. 243-251, 30 set. 2015. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/254/171>>. Acesso em: 16 mar. 2021.
38. ROSA, L.M.; BURIGO, T; RADUZ, V. Itinerário Terapêutico da Pessoa com Diagnóstico de Câncer: Cuidado com a Alimentação. *Rev. Enferm.* 2011;19(3):463-7. Disponível em: < <https://silo.tips/download/itinerario-terapeutico-da-pessoa-com-diagnostico>>. Acesso em: 05 nov.2021.
39. SANTOS, M. O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 1, p. 119-120, 30 mar. 2018. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/115>>. Acesso em: 08 mar. 2021.
40. SALES, J. N.; BARBOSA, M. C.; BEZERRA, I. N.; VERDE, S. M. M. Consumo de Alimentos Ultraprocessados por Mulheres Sobreviventes do Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 3, p. e-141092, 26 ago. 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1092>>. Acesso em: 01 mai. 2021.
41. SAMPAIO, H. A. C.; ROCHA, D. C.; SABRY, M. O. D.; PINHEIRO, L. G. P. Consumo Alimentar de Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama: Análise em Dois Períodos de Tempo. *Revista de Nutrição Campinas*, 25(5):597-606, set./out., 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rn/a/X4hcfGMksLP75v7CzcMyQLK/?lang=pt>>. Acesso em: 27. abr. 2021.
42. SARAGIOTO, L.; LEANDRO-MERCHI, V. A.; AQUINO, J. L. B. Neoplasia Digestiva, Baixo índice de Massa Corporal e Perda de Peso Como Indicadores do Tempo de

- Internação em Pacientes Portadores de Neoplasias. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. São Paulo. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abcd/a/9fXVMM6RLwYf59K3GQdQVXQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 02 nov. 2021.
43. SILVA, H. P.; et al. Fatores que Influenciam na Alteração do Estado Nutricional de Pacientes Oncológicos. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 267-279, 2018. ISSN 2177-3335. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2511>>. Acesso em: 26 mar. 2021.
44. SMIDERLE, C. A.; GALLON, C. W. Desnutrição em Oncologia: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*. 2012; 27 (4): 250-6. Disponível em: <<http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/artigo-6-4-2014.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.
45. SOUZA, R. G.; et al. Avaliação do Estado Nutricional, Consumo Alimentar e Capacidade Funcional em Pacientes Oncológicos. *Brazilian Journal of Oncology*. 2017; 13(44):1-11. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/brazilianjournalofoncology.com.br/pdf/v13n44a04.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2021.
46. TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 56, n. 1, p. 43-50, 31 mar. 2010. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1525/920>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Consumo alimentar habitual e estado nutricional de pacientes diagnosticados com câncer em tratamento e de sobreviventes: estudo comparativo

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciene Rabelo Pereira

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Este presente estudo tem como objetivo, analisar o consumo alimentar habitual e o estado nutricional de pacientes diagnosticados com câncer, assim como os resultados identificados entre os pacientes em tratamento e os sobreviventes que finalizaram o tratamento oncológico. Visto que, é fundamental que estes marcadores sejam avaliados, a fim de evitar o risco de desenvolvimento da doença, durante e após o período de tratamento. Desse modo, serão coletados os dados sociodemográficos, clínicos, antropométricos e de consumo alimentar habitual, informados pelo participante da pesquisa, por meio de um questionário eletrônico via Google Forms.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Este estudo não apresenta riscos previsíveis, contudo, o participante pode sentir-se desconfortável ao expor suas informações individuais ao pesquisador durante o período de respostas das questões pertinentes a pesquisa.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Este estudo contribuirá com o conhecimento do assunto da comunidade acadêmica, profissionais da saúde e de pessoas diagnosticados com a doença, assim como seus familiares, através da publicação de um artigo científico, para auxílio no enfrentamento ao câncer.

ANÁLISE ÉTICA DO PROJETO: O presente projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico de Vitória (CAAE: 50673621.2.0000.5068), cujo endereço é Av. Vitória n.950, Bairro Forte São João, Vitória

(ES), CEP 29017-950, telefone (27) 33318516.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar as pesquisadoras, Luciene Rabelo Pereira através do e-mail lucienrabel@gmail.com e Marla Oliveira Santos Dias pelo e-mail nutri.marlaoliveira@gmail.com, no endereço Av. Vitória n.950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017-950, telefone (27) 33318516.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO:

() Concordo em participar desta pesquisa.

() Discordo em participar desta pesquisa.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E ANTROPOMÉTRICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E ANTROPOMÉTRICO**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: ☐ Feminino
☐ Masculino
3. Estado civil: ☐ Casado(a)
☐ Solteiro(a)
☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)
4. Renda familiar: ☐ Nenhuma renda
☐ Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00)
☐ De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.100,00 até R\$ 3.300,00)
☐ De 4 a 6 salários mínimos (de R\$ 4.400,00 até R\$ 6.600,00)
☐ Acima de 7 salários mínimos (acima de R\$ 7.700,00)
5. Religião: ☐ Não tenho religião
☐ Tenho religião

DADOS CLÍNICOS

6. Tipo de câncer: _____
7. Está em tratamento oncológico? ☐ Sim
☐ Não
8. Tipo de tratamento realizado ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia
☐ Quimioterapia
9. Tempo de tratamento ☐ Menor que 1 ano
☐ Entre 1 e 2 anos
☐ Maior que 2 anos

VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

10. Altura: _____ metros
11. Peso atual: _____ quilogramas

Fonte: Elaborado para a pesquisa, 2021.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (QQFA)

1. Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta algum motivo?

() Sim

() Não

2. Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais, outros produtos)?

() Sim

() Não

3. Se a resposta da pergunta anterior for SIM, favor responda abaixo:

SUPLEMENTO	COMPOSIÇÃO	DOSE	FREQUÊNCIA

4. As questões seguintes relacionam-se ao seu hábito alimentar usual no período de um ano. Para cada quadro responda, por favor, a frequência que melhor descreva quantas vezes você costuma comer cada item e a respectiva unidade de tempo (se por dia, por semana, por mês ou por ano). Depois responda qual a sua porção individual usual (se pequena, média ou grande, conforme o indicado no questionário). Escolha somente um círculo para cada coluna. Se você não come ou raramente come um determinado item, preencha o círculo da primeira coluna (n = nunca ou raramente come). Não deixe itens em branco.

GRUPO DE ALIMENTOS	Com que frequência você costuma comer?		Qual o tamanho da sua porção?
	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE:	SUA PORÇÃO:
Alimentos e Preparações	Número de Vezes = 1 a 3, 4 a 6, + de 6. (N = Nunca ou raramente)	D = por dia S = por semana M = por mês A = por ano	P = porção pequena M = porção média G = porção grande

CEREAIS, RAÍZES E TUBÉRCULOS: pão francês, pão de forma, pão integral, biscoito sem recheio, biscoito recheado, bolo simples, cereal matinal, arroz branco cozido, arroz integral cozido, batata cozida ou purê, mandioca cozida ou purê, inhame cozido ou purê, batata frita, mandioca frita, polenta frita, farofa, farinha de mandioca, farinha de milho e milho.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
○ ○ ○ ○	○	○	○	○	○	○	○

LEGUMINOSAS: Feijão (carioca, roxo, preto, verde), lentilha, ervilha seca, grão de bico, feijoada e feijão tropeiro.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
○ ○ ○ ○	○	○	○	○	○	○	○

LEITE E DERIVADOS: leite integral, leite desnatado, leite semidesnatado, leite de soja, leite vegetal, iogurte natural, iogurte com frutas, queijo mussarela, prato, parmesão, provolone, queijo minas, ricota, requeijão, cheddar, vitamina de frutas e creme de leite.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CARNE, OVOS E PEIXES: carne bovina (assada, cozida, ensopada, frita, com legumes), carne seca, carne de sol, carne de porco (lombo, bisteca), frango (assado, cozido, ensopado, frito), miúdos (boi ou frango), peixe (assado, cozido, ensopado, frito) e ovo (cozido, frito, mexido, omelete).

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DEFUMADOS E EMBUTIDOS: bacon, linguiça, salsicha, presunto, mortadela, salame e empanados.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOPAS E MASSAS: sopas em creme, sopas de legumes, canja, macarrão com molho sem ou com carne, nhoque, lasanha, canelone e panqueca.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VERDURAS E LEGUMES: Alface, Espinafre, Escarola, Agrião, Rúcula, Couve, repolho, Couve-Flor, Brócolis, tomate, cenoura, berinjela, beterraba, chuchu, abóbora, pepino, abobrinha, cebola, vagem, alho, quiabo, chicória e molho ou extrato de tomate.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

FRUTAS: Laranja, limão, mexerica, banana, maçã, pera, mamão, melão, melancia, abacaxi, manga, abacate, goiaba, caqui, uva, maracujá, morango, pêssego e figo.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÓLEOS, GORDURAS E MOLHOS: óleo, azeite, bacon/toucinho, banha de porco, maionese, molho para salada, manteiga, margarina, óleo vegetal, patê, shoyu, molho vinagrete, ketchup, mostarda e oleaginosas (castanha do Brasil, caju, nozes, amendoim).

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LANCHES E PASTELARIA: cachorro-quente, sanduíche, hambúrguer, salgadinho (Cheetos, Doritos, Torcida), pipoca, salgados fritos (pastel, coxinha, rissoles, bolinho, quibe), salgados assados (esfiha, bauru, torta, empada) e pizza.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE				PORÇÃO		
N 1 a 3 4 a 6 + de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DOCES E SOBREMESAS: balas, pirulitos, chantilly, leite condensado, chocolate, bombom, doce de frutas, gelatina, doces de confeitaria (tortas, pudins, mousses), sorvete, bolo recheado, mel, geleia, achocolatado e adoçante.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:				UNIDADE				PORÇÃO		
N	1 a 3	4 a 6	+ de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BEBIDAS AÇUCARADAS: suco industrializado, suco natural, refrigerante, bebida a base de soja, café, chás e chimarrão.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:				UNIDADE				PORÇÃO		
N	1 a 3	4 a 6	+ de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

BEBIDAS ALCÓOLICAS: vinho, cerveja, whisky, vodka, caipirinha e coquetel.

QUANTAS VEZES VOCÊ COME:				UNIDADE				PORÇÃO		
N	1 a 3	4 a 6	+ de 6	D	S	M	A	P	M	G
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quando você come carne bovina ou suína, você costuma comer a gordura visível?

() Sim

() Não

Quando você come frango ou peru, você costuma comer a pele?

() Sim

() Não

5. Por favor, liste qualquer outro alimento ou preparação importante que você costuma comer ou beber pelo menos uma vez por semana que não foram citados aqui.

ALIMENTO	FREQUÊNCIA POR SEMANA	QUANTIDADE CONSUMIDA

Fonte: Adaptado de LAMEZA, 2010.