

Aceitação de um sorvete adaptado como sobremesa por pacientes onco-hematológicos

Acceptance of an adapted ice cream as dessert by onco-hematological patients

Valmorbida, Aline¹; Kuerten de Salles, Raquel²; Kami Arenas, Akemi³; Kunradi Vieira, Francilene Gracieli²

1 *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.*

2 *Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.*

3 *Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.*

Recibido: 22/febrero/2019. Aceptado: 28/junio/2019.

RESUMO

Introdução: Pacientes oncológicos apresentam diversos sintomas e manifestações que influenciam a aceitação alimentar, decorrentes tanto da doença quanto do tratamento a que são submetidos.

Objetivo: Avaliar a aceitação alimentar com ênfase nas sobremesas oferecidas aos pacientes adultos e idosos de ambos os sexos com câncer hematológico internados em um hospital universitário no sul do Brasil.

Métodos: estudo transversal, descritivo, quantitativo. Os participantes foram classificados em dois grupos de acordo com a sobremesa oferecida no almoço e no jantar: Grupo sorvete adaptado (GSA) (n=22) e Grupo sobremesa padrão (GSP) (n=19). O consumo alimentar foi avaliado através de um inquérito auto-aplicado. Foi realizada triagem e avaliação nutricional pelo *Nutritional Risk Screening 2002*, Índice de Massa Corporal e Avaliação Subjetiva Global.

Resultados: Não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os dois grupos para todas as características clínicas e nutricionais avaliadas. A maioria dos participantes eram adultos (21 a 59 anos), com diagnóstico de leucemia e sem comorbidades associadas, porém encontravam-se em risco nutricional (GSA: 82%; GSP: 68%). O GSA apresentou significativamente maior aceitação de sua sobremesa no

almoço comparado ao GSP (93,8±19,5% versus 65,8±31,4%; p=0,006). No jantar não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação a aceitação da sobremesa (p=0,077). O sorvete adaptado constitui a sobremesa com maior valor energético, maior teor de proteína e fibras.

Conclusões: O sorvete adaptado obteve aceitação superior às outras sobremesas, podendo representar uma estratégia terapêutica para aumentar a ingestão energético-proteica dos pacientes. A humanização da atenção deve buscar na alimentação hospitalar recursos dietéticos que atendam as demandas nutricionais e os desejos alimentares dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE

Dietoterapia; sorvete; tratamento adjuvante; câncer hematológico.

ABSTRACT

Introduction: Oncological patients present several symptoms and manifestations that influence the food acceptance, due to both the disease and the treatment they undergo.

Objectives: To evaluate food acceptance with emphasis on desserts offered to adult and elderly patients of both sexes with hematologic cancer hospitalized in a university hospital in southern Brazil.

Methods: cross-sectional, descriptive, quantitative study. Participants were classified into two groups according to the dessert offered at lunch and dinner: Group adapted ice cream (GSA) (n = 22) and Group dessert standard (GSP) (n = 19). Food consumption was assessed through a self-administered

Correspondencia:
Francilene Gracieli Kunradi Vieira
francilene.vieira@ufsc.br

survey. Nutritional Risk Screening 2002, Body Mass Index and Global Subjective Assessment were performed.

Results: There were no statistically significant differences between the two groups for all clinical and nutritional characteristics evaluated. Most of the participants were adults (21 to 59 years old), diagnosed with leukemia and without associated comorbidities, but were at nutritional risk (GSA: 82%, GSP: 68%). The GSA showed significantly greater acceptance of the dessert at lunch compared to GSP ($93.8 \pm 19.5\%$ versus $65.8 \pm 31.4\%$, $p = 0.006$). At dinner there was no significant difference between the two groups in relation to dessert acceptance ($p = 0.077$). The adapted ice cream has greater energetic value, content of protein and fibers.

Conclusions: The adapted ice cream obtained superior acceptance to the other desserts, being able to represent a therapeutic strategy to increase the energetic-protein intake of the patients. The humanization of care should seek in hospital food dietary resources that meet the nutritional demands and the dietary desires of patients.

KEYWORDS

Diet therapy; ice cream; adjuvant treatment; hematologic neoplasms.

ABREVIATURAS

DP: Desvio padrão.

GSA: Grupo sorvete adaptado.

GSP: Grupo sobremesa padrão.

IMC: Índice de Massa Corporal.

NRS: Nutritional Risk Screening.

ASG: Avaliação Subjetiva Global.

INCA: Instituto Nacional do Câncer.

INTRODUÇÃO

Os cânceres hematológicos são aqueles que afetam elementos sanguíneos e tecidos linfóides, os chamados linfomas e leucemias. Uma das indicações de tratamento para essas doenças é a quimioterapia¹ que, no entanto, traz consigo diversas manifestações de toxicidade que impactam na aceitação alimentar. Dentre os principais efeitos colaterais, estudos relatam problemas relacionados ao trato gastrointestinal, tais como perda de apetite, constipação, diarreia, náuseas, boca seca, feridas na boca, febre e êmese^{1,2,3}. São observados outros sintomas relacionados ao estado de saúde geral, como fadiga, dor, desconforto, insônia, entre outros¹. Esses fatores, além de afetarem a qualidade de vida dos pacientes, interferem na ingestão alimentar, podendo impactar negativamente seu estado nutricional^{4,5}.

Prockmann e colaboradores (2015)² avaliaram a aceitação da dieta de pacientes com câncer hematológico em quimioterapia internados em um Hospital Universitário no Sul do Brasil. Os autores observaram que 72% dos pacientes apresentaram queixas gastrointestinais, e que a aceitação da dieta variou entre 65 e 86%. Identificaram um menor consumo nas refeições de almoço e jantar, e dentre os alimentos mais rejeitados estavam as carnes, arroz, macarrão, polenta, feijão e verduras. Nessas refeições, as sobremesas obtiveram percentual de aceitação médio de 75,5%, 79,5% e 85,2% para frutas, pudim e gelatina, respectivamente.

Okkels e colaboradores (2016)⁶ observaram que entre as preferências alimentares de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia em um hospital na Dinamarca, estavam as frutas, suco de frutas e sorvete. Entre os itens alimentares mais rejeitados estavam mingau, cereais e bolacha salgada. O estudo também demonstrou que houve preferência por alimentos na forma líquida. Em relação a temperatura dos alimentos, Trindade e colaboradores (2012)⁷ obtiveram resultados positivos ao implementar sorvete na rotina alimentar de unidades de internação de pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço no período pós cirúrgico, onde 77% deles avaliaram o sabor como excelente e 60% deles tiveram alívio dos sintomas decorrentes da cirurgia associado à temperatura fria, tais como xerostomia, odinofagia e dor na cavidade oral.

Anteriormente a este estudo, Vieira e colaboradores (2018)⁸, desenvolveram um sorvete adaptado e avaliaram sua aceitação por pacientes saudáveis e portadores de câncer em quimioterapia. O sorvete adaptado, que contém em sua composição proteína isolada do soro do leite, azeite de oliva desodorizado, polidextrose, entre outros ingredientes, é considerado fonte de proteína, fibra, baixo teor de gordura, livre de gordura *trans* e lactose. O produto foi bem avaliado pelos dois grupos de provadores, com aceitação global acima de 75%. O estudo sugeriu a introdução deste sorvete adaptado ou de outros produtos similares na rotina hospitalar representando uma possibilidade terapêutica promissora para os pacientes.

OBJETIVO

Este estudo objetivou analisar a aceitação da dieta com foco nas sobremesas padronizadas da instituição e em um sorvete adaptado servidos a pacientes com câncer em quimioterapia internados em um hospital universitário no sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado entre janeiro e novembro de 2018.

A amostra foi constituída por pacientes com diagnóstico confirmado de câncer hematológico, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, internados em um Hospital Universitário

localizado no sul do Brasil. Foram excluídos da amostra indivíduos que não possuíssem condições de responder o registro alimentar, que estivessem com dieta por via enteral ou parenteral exclusivas.

A amostra foi dividida em dois grupos para avaliar a aceitação do almoço e do jantar com foco nas sobremesas oferecidas. No grupo sorvete adaptado (GSA), os pacientes receberam como sobremesa, um complemento alimentar na forma de sorvete, nos sabores de sua preferência, qual seja: morango, chocolate, limão ou abacaxi com gengibre. No grupo sobremesa padrão (GSP), os pacientes receberam a sobremesa padronizada da instituição, que poderia ser pudim, gelatina, fruta *in natura* ou fruta caramelizada. Da mesma forma, os participantes escolhiam as sobremesas padronizadas de sua preferência. Os sorvetes adaptados foram desenvolvidos em estudo prévio⁸ e doados por uma empresa privada de Florianópolis/SC.

A composição de energia, proteína, carboidrato, gordura total e fibra do sorvete adaptado e das sobremesas padronizadas da instituição foram calculadas por 100 gramas. A média da composição dos quatro sabores de sorvete foi calculada com base nos dados publicados previamente⁸. A composição das sobremesas gelatina, pudim, fruta caramelizada e fruta *in natura*, foi determinada utilizando-se dados de tabela de composição de alimentos⁹, sendo que para a opção fruta *in natura* utilizou-se a média da composição das três frutas mais comumente servidas: laranja, banana e maçã.

Os pacientes dos dois grupos foram orientados a preencher um inquérito para avaliar o consumo alimentar, durante três dias, logo após as refeições. Este instrumento, adaptado de Prockmann e colaboradores² apresenta, nas seis refeições diárias, as diversas opções de alimentos ou bebidas disponibilizadas com maior frequência pelo Serviço de Nutrição e Dietética do hospital: desjejum (14 opções), colação (7 opções), almoço (16 opções), lanche da tarde (14 opções), jantar (16 opções) e ceia (15 opções). Cada participante foi orientado individualmente a assinalar todos os alimentos recebidos em cada refeição e classificar a aceitação do consumo de acordo com as opções: 0%, 25%, 50%, 75% ou 100% de aceitação. Os dados de aceitação dos itens alimentares individuais de cada refeição foram utilizados para determinar a aceitação média de cada refeição e a aceitação total da dieta.

Para triagem de risco nutricional, foi utilizado o *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002), sendo aplicado até 72 horas após admissão hospitalar conforme orientação do instrumento. A classificação de risco nutricional foi adotada quando a pontuação obtida foi igual ou superior a 3¹⁰. Posteriormente à triagem foi aplicada a Avaliação Subjetiva Global (ASG), proposta por Detsky e colaboradores (1987)¹¹, permitindo definir um diagnóstico nutricional e classificar os pacientes em: bem nutrido, moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição e gravemente desnutrido.

Para mensurar o peso e a altura utilizou-se balança eletrônica (Líder®, São Paulo) com capacidade de 150 quilogramas e precisão de 50 gramas e estadiômetro acoplado à plataforma, com capacidade de 2,10 metros e precisão de 0,5 centímetros. O estado nutricional foi definido conforme índice de massa corporal (IMC)¹². A classificação do estado nutricional foi realizada conforme preconizado pela World Health Organization (1998)¹³ ou por Lipschitz (1994)¹⁴ para adultos e idosos, respectivamente. Todos os dados foram coletados por nutricionistas treinadas.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2007*. As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas em média e desvio padrão (DP). Diferenças significativas entre os dois grupos, em relação as características clínicas e nutricionais, foram analisadas por meio do teste de *Qui-quadrado*. Análise de variância (ANOVA) foi utilizada para testar diferenças em relação a aceitação da dieta e das sobremesas entre os dois grupos. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o Programa Statistica 10.0 e um valor de $p < 0,05$ foi considerando significativo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 80949517.6.0000.0121). Todos os participantes forneceram consentimento por escrito.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 22 indivíduos integrantes do grupo sorvete adaptado (GSA) e 19 indivíduos do grupo sobremesa padrão (GSP), sendo que 11 participaram dos dois grupos, totalizando 30 participantes. A tabela 1 apresenta a distribuição das características clínicas e nutricionais dos participantes do estudo. Não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os grupos para todas as características avaliadas. A maioria dos participantes eram adultos (21 a 59 anos), com diagnóstico de leucemia e sem comorbidades associadas, diagnosticados como eutróficos pelo IMC (GSA: 40,9%; GSP: 42,1%), porém, de acordo com a triagem nutricional, encontrava-se em risco nutricional (GSA: 82%; GSP: 68%).

Em relação aos registros alimentares, a média de dias registrados foi 2,35 dias no total, sendo 2,9 dias no GSA e 2,57 dias no GSP.

Quanto a consistência das dietas prescritas, a maioria dos pacientes de ambos os grupos recebeu alimentação sem alteração de consistência¹⁵.

Na tabela 2 são apresentados os percentuais de aceitação médios do total do dia, de cada uma das seis refeições diárias e das sobremesas servidas no GSA e GSP. Em relação a aceitação total da dieta, o percentual de aceitação médio foi de 77% no GSA (DP: 9,3%) e de 82,1% (DP: 10,4%) no GSP,

Tabela 1. Caracterização dos pacientes onco-hematológicos participantes dos grupos sorvete adaptado (GSA) e sobremesa padrão (GSP) em um hospital universitário, Florianópolis, 2018.

Variáveis	GSA (n = 22)	GSP (n= 19)	P*
	n (%)	n (%)	
Sexo			0,412
Masculino	10 (45,5)	12 (63,2)	
Feminino	12 (54,5)	7 (36,8)	
Idade			0,974
Até 20 anos	1 (4,5)	1 (5,3)	
21 a 59 anos	18 (81,1)	15 (78,9)	
Mais que 60	3 (13,6)	3 (15,8)	
Doença de base			0,749
Linfomas	6 (27,3)	7 (36,8)	
Leucemias	16 (72,7)	12 (63,2)	
Comorbidades			0,972
Diabetes Mellitus	2 (9,1)	4 (21,0)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	2 (9,1)	2 (10,5)	
Vírus da Imunodeficiência Humana	2 (9,1)	2 (10,5)	
Sem comorbidades	16 (72,7)	11 (59,9)	
Perfil Nutricional IMC (Kg/m²)			1,000
Baixo peso	2 (9,1)	1 (5,3)	
Eutrofia	9 (40,9)	8 (42,1)	
Sobrepeso	6 (27,3)	5 (26,3)	
Obesidade	5 (22,7)	5 (26,3)	
NRS-2002			0,528
Em risco	18 (81,8)	13 (68,4)	
Sem risco	4 (18,2)	6 (31,6)	
ASG			0,956
Bem nutrido	13 (59,1)	12 (63,2)	
Desnutrição moderada ou grave	9 (40,9)	7 (36,8)	
Principais Sintomas			
Redução da ingestão alimentar	11 (50,0)	12 (63,1)	0,595
Perda de peso não intencional	19 (86,4)	14 (73,7)	0,531
Náuseas	13 (59,1)	7 (36,8)	0,268
Depleção muscular	13 (59,1)	7 (36,8)	0,268

*Teste de Qui-Quadrado; IMC: Índice de Massa Corporal; NRS: Nutritional Risk Screening; ASG: Avaliação Subjetiva Global.

sendo a colação a refeição com maior percentual de aceitação médio em ambos os grupos. No entanto, nenhuma diferença estatística significativa, entre os dois grupos, foi observada em relação a aceitação total do dia e das seis refeições diárias. Em se tratando da sobremesa, principal enfoque deste estudo, o GSA apresentou significativamente maior percentual de aceitação médio de sua sobremesa no almoço comparado ao GSP (93,8±15,8% versus 65,8±34,35%; p=0,001). No jantar, o percentual médio de aceitação da sobremesa no GSA foi superior a aceitação no GSP (87,9±23,5% versus 67,7±39,8%), porém sem diferença estatística significativa entre os grupos (p=0,077) (Tabela 2).

Quanto à composição nutricional das sobremesas, o sorvete adaptado se destaca com valor energético, proteico e de fibra superior às sobremesas padronizadas (Tabela 3).

Tabela 2. Aceitação média total da dieta, das refeições e das sobremesas do almoço e do jantar servidos aos pacientes dos GSA (n=22) e GSP (n=19) do hospital universitário, Florianópolis, 2018.

Refeição	GSA Média (DP)	GSP Média (DP)	p*
Desjejum	66,1 (39,9)	86,3 (25,5)	0,065
Colação	91,7(16,2)	94,3(14,7)	0,596
Almoço	79,5 (29,5)	75,6 (31,2)	0,683
Sobremesa	93,8 (19,5) ^a	65,8 (31,4) ^b	0,001
Lanche da tarde	80,9(35,1)	84,0(27,7)	0,758
Jantar	75,4(34,5)	64,8(39,5)	0,365
Sobremesa	87,9 (23,5) ^a	67,7 (39,80) ^b	0,051
Ceia	68,4(38,6)	87,6 (29,3)	0,084
Total da dieta	81,3 (9,0)	80,0 (10,9)	0,678

*Análise de Variância (ANOVA); a = sobremesa: sorvete adaptado; b = sobremesa: gelatina, pudim, fruta caramelizada ou fruta *in natura*.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou conhecer melhor a aceitação da dieta e das refeições, com foco nas sobremesas servidas no almoço e no jantar, pelos pacientes onco-hematológicos. Observou-se que tanto o sorvete adaptado quanto as sobremesas oferecidas pelo Serviço de Nutrição e Dietética da instituição, como gelatina, pudins artificiais e frutas *in natura* ou caramelizadas obtiveram elevados percentuais de aceitação.

Na instituição estudada todos os pacientes com diagnóstico de câncer hematológico recebem atendimento e aconselhamento nutricional diário, buscando-se personalizar ao máximo a dieta prescrita. A possibilidade de adaptar a alimentação às preferências e seus hábitos, contribuem para diminuir a rejeição alimentar. Em um primeiro momento a intenção foi padronizar três dias de registros para ambos os grupos, porém ocorreram perdas, como preparos para exames e altas hospitalares em período de coleta.

Observou-se também que as pequenas refeições (colação, lanche da tarde e ceia), foram geralmente melhores aceitas do que o almoço e jantar, apresentando um percentual de aceitação mais elevado, o que vai ao encontro do estudo de Prockmann e colaboradores (2015)², que observou que refeições mais leves são melhor aceitas, com percentual de consumo variando entre 75 e 100%. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul com pacientes oncológicos hospitalizados, os principais motivos referidos para a baixa ingestão alimentar foram associados a falta de sabor, monotonia das preparações, grandes volumes ofertados, falta de apetite e temperatura inadequada da refeição⁵. Isso justifica a alta variabilidade de resultados entre estudos que avaliam a ingestão alimentar desse público, já que as condições e características das instituições diferem bastante.

Em consonância com o estudo de Ferreira e colaboradores (2008)¹⁶, no presente estudo também se confirmou a preferência por alimentos gelados, considerando que o sorvete obteve aceitação superior à sobremesa padrão ofertada pela instituição. Além da maior aceitação, este produto promoveu oferta energética e proteica superior às sobremesas do GSP,

Tabela 3. Composição nutricional (em 100g) do sorvete adaptado e das sobremesas padronizadas servidas no hospital universitário, Florianópolis, 2018.

Sobremesas	Energia (kcal)	Proteína (g)	Carboidrato (g)	Gordura total (g)	Fibra (g)
Sorvete adaptado	193,8	11,2	29,5	3,2	4,5
Gelatina	52,4	1,24	12,48	0,0	0,0
Fruta <i>in natura</i>	49,3	0,8	16,1	0,2	2,5
Pudim	130,0	1,5	22,6	3,8	0,0
Fruta caramelizada	161,0	0,8	41,3	0,25	2,0

tendo em vista sua composição nutricional. O sorvete adaptado se destaca principalmente em relação ao teor energético, protéico e de fibras, além de possuir ingredientes diferenciados como proteína isolada do soro do leite, polidextrose e azeite de oliva desodorizado, que o tornam um produto de excelente qualidade nutricional⁸. Neste sentido, o uso do sorvete adaptado como sobremesa demonstra ser uma estratégia interessante visto que estudos comprovam que esses pacientes mantêm uma ingestão calórica e proteica deficiente^{17,18}. Santos e colaboradores (2015)¹⁸ avaliaram a ingestão alimentar *versus* as recomendações nutricionais de pacientes oncológicos ambulatoriais e observaram que havia um déficit calórico de 773 kcal ao dia e ingestão de macronutrientes abaixo das recomendações. Essa ingestão alimentar reduzida está associada não somente à hiporexia, mas também à sintomas como vômitos, estomatite, disfagia e restrições alimentares¹⁹. Outro estudo demonstrou que 13% dos pacientes que relatavam bom apetite, também apresentavam redução da ingestão alimentar²⁴. Casas e colaboradores (2012)²⁰ realizaram um estudo com pacientes oncológicos divididos em dois grupos: um recebeu suplementos nutricionais convencionais e outro recebeu um sorvete nutritivo, com maior teor proteico e energético que os convencionais. Observaram que as mudanças no estado nutricional foram bastante semelhantes nos dois grupos, mas houve melhora nos aspectos de ansiedade e depressão no grupo que recebeu sorvete, sugerindo influência positiva na qualidade de vida desses pacientes pelo fato do sorvete ser um alimento que remete prazer e conforto além de fazer parte do hábito alimentar dos mesmos.

Uma recente revisão sistemática estudou as preferências sensoriais de pacientes com câncer por suplementos alimentares, considerando que estes pacientes podem apresentar alterações no olfato e paladar, como diferença na intensidade do paladar e sabor metálico, o que os diferencia da população geral. Somado a isso, pacientes oncológicos idosos ainda possuem alterações no paladar relacionadas ao envelhecimento. Como resultado, os autores concluíram que, de maneira geral, os pacientes preferem suplementos a base de leite quando comparados a outros suplementos²¹. Este resultado sugere uma das justificativas do alto percentual de aceitação do sorvete adaptado, que apesar de não ter como base esse alimento, possui textura e sabor que remetem a ele. Além disso, o produto já havia sido testado e aprovado por pacientes com câncer e indivíduos saudáveis em estudo anterior, com aceitação superior a 75% de todos os sabores, sugerindo uma possibilidade terapêutica promissora a ser inserido na alimentação destes pacientes⁸.

Dentre outros resultados, observou-se também que houve variabilidade em relação à distribuição por sexo nos dois grupos. Isso pode ter ocorrido em virtude do delineamento do estudo, visto que os grupos foram formados aleatoriamente no decorrer da pesquisa conforme os diagnósticos eram con-

firmados. Outros estudos com pacientes onco-hematológicos também demonstram essa variabilidade, já que em alguns prevalece o sexo feminino^{2,22} e em outros o masculino^{3,17}. Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2018²³, a incidência tanto para linfomas quanto para leucemias é maior em homens.

Em ambos os grupos estudados, as leucemias foram mais prevalentes do que os linfomas, o que condiz com as estatísticas do INCA, que previu para os anos de 2018 e 2019, que as leucemias seriam o nono e décimo câncer mais prevalente em homens e mulheres respectivamente, seguido pelos linfomas na décima primeira posição para ambos os sexos²². Distribuição semelhante também é encontrada em outros estudos^{2,24}.

A avaliação das comorbidades demonstrou baixa incidência das mesmas na amostra, em porcentagem inferior a outros estudos com o mesmo público^{2,3}. Isso pode ter se dado devido à maior prevalência de adultos eutróficos neste estudo, visto que as doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica são mais prevalentes em idosos e estão associadas à presença de sobrepeso e/ou obesidade^{25,26}.

Em ambos os grupos a maioria dos pacientes internados encontrava-se em risco nutricional de acordo com o NRS-2002 (GSA: 81,8%; GSP: 68,4%), porém, foram classificados como eutróficos de acordo com o IMC (GSA: 40,9%; GSP: 42,1%). Resultado semelhante foi observado em estudo prévio realizado com 133 pacientes hematológicos internados em um hospital Universitário Público da cidade de Fortaleza, Brasil²². Outro estudo realizado em 2015, na cidade de Ribeirão Preto, Brasil, com 87 pacientes onco-hematológicos, observou que 96,3% dos participantes estavam em risco nutricional²⁷, resultado este superior aos percentuais observados no presente estudo. Isso pode ter se dado pelo número amostral menor, e em função da maioria dos participantes da presente pesquisa ter sido avaliada no início da internação, sem ter iniciado a quimioterapia. As elevadas prevalências de pacientes em risco nutricional no momento da triagem neste e em outros estudos reforçam a necessidade de uma avaliação nutricional mais detalhada para guiar a conduta do profissional precocemente^{22,27}.

No que se refere à avaliação nutricional pela ASG, um estudo com 73 pacientes onco-hematológicos observou que 47,7% dos pacientes estavam desnutridos na admissão hospitalar segundo essa ferramenta¹⁷. Em outro estudo com pacientes oncológicos, 33% dos pacientes encontravam-se desnutridos, distribuição que se assemelha com a presente pesquisa (GSA: 40,9%; GSP: 36,8%)⁵. O menor percentual de indivíduos com desnutrição deste estudo pode estar relacionado aos mesmos motivos que levaram a um menor índice de pacientes em risco nutricional segundo a ferramenta NRS, já supracitados.

Entre as sintomatologias, a náusea foi a queixa mais comum, estando presente em 46,7% dos pacientes. Outros estudos mostraram porcentagens semelhantes, como Prockmann e colaboradores (2015)² e Andrade, Sawada e Barichello (2013)¹, onde os resultados foram ainda maiores (59% e 62% dos pacientes, respectivamente). Estas variações podem estar atreladas a fatores como idade, protocolo de quimioterapia, período do ciclo, estado nutricional e presença de comorbidades. Este efeito adverso bastante comum durante o tratamento representa um grande adversário do consumo alimentar, impactando no estado nutricional.

Diante do contexto vale reforçar ainda que a terapia nutricional é de suma importância para prevenir a desnutrição energético-proteica nos pacientes oncológicos, possibilitando assim um melhor prognóstico e resposta ao tratamento, redução do risco de infecções, redução do tempo de internação hospitalar e dos custos para as instituições²⁸. Buscar estratégias para oferecer preparações mais nutritivas e enriquecidas aos pacientes no ambiente hospitalar é uma maneira mais humanizada de instituir uma terapia nutricional, tendo em vista que é mais provável que aceitem melhor os alimentos que já fazem parte do seu hábito e cultura.

CONCLUSÕES

O sorvete adaptado utilizado neste estudo apresenta características nutricionais desejáveis, como um aporte proteico de alto valor biológico, além de ser altamente palatável. Este produto apresentou um percentual de aceitação superior as sobremesas padronizadas, representando uma opção muito bem aceita e adequada do ponto de vista nutricional.

Tendo em vista que a maioria dos pacientes onco-hematológicos apresentam risco nutricional, investir na atenção nutricional é imprescindível. Melhorar a qualidade da composição nutricional das preparações alimentares mais aceitas pelos pacientes, como as sobremesas, pode ser uma excelente estratégia para minimizar o impacto e/ou recuperar o estado nutricional. Alimentos adaptados e enriquecidos nutricionalmente podem auxiliar decisivamente no alcance das recomendações mínimas de macronutrientes e energia. Recomenda-se evitar produtos com pouco valor nutricional como as gelatinas e pudins artificiais, substituindo-os por sobremesas mais elaboradas. Usar as frutas em conjunto com outros alimentos buscando aumentar o valor energético e proteico da preparação é uma das possibilidades para suprir essa demanda com alimentos que fazem parte do cotidiano dos pacientes.

E para além da dimensão nutricional, também merecem destaque os aspectos emocionais, sociais e culturais envolvidos na alimentação, que devem ser respeitados pelos profissionais de saúde para que haja maior humanização da assistência na área hospitalar, visto que os indivíduos já estão muito fragilizados devido ao processo de adoecimento. Mais

estudos com essa temática e com maiores amostras são necessários para possibilitar uma melhor assistência aos pacientes e um adequado aconselhamento nutricional durante o período de diagnóstico e tratamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam sinceros agradecimentos à empresa Ypy Sorvetes que gentilmente doou os sorvetes adaptados, ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago pelo suporte e infraestrutura e aos pacientes que aceitaram participar e foram fundamentais para a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2): 355-361.
2. Prockmann S, Freitas AHR, Ferreira MG, Vieira FGK, Kuerten RS. Evaluación de la aceptación de la dieta por los pacientes con cáncer. *Nutr Hosp*. 2015; 32(2): 779-784.
3. Laffitte AM, Farias CLA, Wszolek J. Sintomas que afetam a ingestão alimentar de pacientes com linfoma em quimioterapia ambulatorial. *O Mundo da Saúde*. 2015; 39(3): 354-361.
4. Waitzberg DL. Nutrição e câncer. *Nutrição em Pauta*. 2002; 56: 32-38.
5. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. *Einstein*. 2013; 11(1): 41-6.
6. Okkels SL, Bredie WLP, Klausen TW, Beck AM. An investigation into between-meal food desires among hospitalised hematological cancer patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2016; 35(2): 440-445.
7. Trindade A, Martinelli K, Andreou Z, Kothari P. Soft, fortified ice-cream for head and neck cancer patients: a useful first step in nutritional and swallowing difficulties associated with multi-modal management. *Eur Arch Otorhinolaryngol Suppl*. 2012; 269 (4): 1257-1260.
8. Vieira FGK, Salles RK, Mannes P, Kami AA, Búrigo T, Geraldo APG, et al. Development and acceptance of an ice cream as food alternative for cancer patients. *Journal of Culinary Science and Technology*. 2018; 11: 542-8044.
9. Departamento de Informática em Saúde. TABNUT: Tabela de composição química dos alimentos [internet]. Escola Paulista de Medicina/Unifesp. [acesso 14 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://tabnut.dis.epm.br/alimento>.
10. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr ESPEN*. 2003; 22(4): 415-21.
11. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et.al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987; 11(1): 8-13.
12. World Health Organization (WHO/OMS). WHO Global Database on Body Mass Index [Internet]. Genebra: World Health Organi-

- zation; 2008 [acesso 19 de novembro de 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
13. World Health Organization (WHO/OMS). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [acesso 19 de novembro de 2018]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
 14. Lipschitz DA. Screening of nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21(1): 55-67.
 15. Dias MCG, Motta LP, Steluti J, Evazian D. Dietas orais hospitalares. Em: Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2017. p. 779-792.
 16. Ferreira NMLA, Scarpa A, Silva DA. Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(4): 1026-34.
 17. Calleja Fernández A, Pintor de la Maza B, Vidal Casariego A, Villar Taibo R, López Gómez JJ, Cano Rodrigues I, et al. Food intake and nutritional status influence outcomes in hospitalized hematology-oncology patients. *Nutr Hosp*. 2015; 31: 2598-2605.
 18. Santos AF, Martins CA, Lima ER, Henrique MMC, Sousa RML, Vasconcelos MIL. Food intake versus dietary recommendations in patients with cancer in a health unit at São Luís, Maranhão. *Rev Bras Nutr Clin*. 2015; 30(1): 50-54.
 19. Solheim TS, Blum D, Fayers PM, Hjermstad MJ, Stene GB, Strasser F, et al. Weight loss, appetite loss and food intake in cancer patients with cancer cachexia: Three peas in a pod? – analysis from a multicenter cross sectional study. *Acta Oncologica*. 2013; 53(4): 539–546.
 20. Casas F, León C, Jovell E, Gómez J, Corvitto A, Blanco R, et al. Adapted ice cream as a nutritional supplement in cancer patients: impact on quality of life and nutritional status. *Clinical and Translational Oncology*. 2012; 14(1): 66–72.
 21. Enriquez-Fernández BE, Nejatnamini S, Campbell SM, Mazurak VC, Wismer WV. Sensory preferences of supplemented food products among cancer patients: a systematic review. *Supportive Care Cancer*. 2018; 27(2): 333-349.
 22. Sales AEC, Tavares NHC, Rodrigues BC, Souza LM, Aguiar APN, Mendonça PS, et al. Estado nutricional e indicadores de qualidade em terapia nutricional de pacientes hematológicos internados em hospital público universitário do Brasil. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2018; 38(3): 13-18.
 23. Instituto Nacional De Câncer (INCA). Estimativa 2018 - Incidência de Câncer no Brasil [internet]. 2018 [acesso em 20 dez de 2018]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
 24. Búrigo T, Fagundes RLM, Trindade EBSM, Vasconcelos HCFF, Massaut IHB, Rotolo MAS. Ação do prebiótico sobre as proteínas de fase aguda de pacientes com neoplasia hematológica. *Rev bras hematol hemoter*. 2007; 29(2): 130-135.
 25. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(1): 16-29.
 26. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial [internet]. *Cardiol*. 2016 [acesso em 15 jan 2019]; 107:1-3. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf.
 27. Miranda GB. Aplicação do instrumento de triagem nutricional NRS 2002 em pacientes admitidos na enfermaria de hematologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP [monografia na internet]. Ribeirão Preto: Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP; 2015 [acesso em 03 jan 2019]. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/lidbi/docsonline/get.php?id=5844>.
 28. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8: 514-527.