

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Estado nutricional e depressão em idosos com e sem câncer
vivendo na comunidade: prevalências e associações**

Stefanie Martins Menezes

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso II – 0060029, como
requisito parcial para a graduação no Curso
de Nutrição da FSP/USP.**

**Orientadora: Pesquisadora Manuela de
Almeida Roediger**

Assinatura:



São Paulo

2020

Estado nutricional e depressão em idosos com e sem câncer vivendo na comunidade: prevalências e associações

Stefanie Martins Menezes

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso II – 0060029, como
requisito parcial para a graduação no Curso
de Nutrição da FSP/USP.**

**Orientadora: Pesquisadora Manuela de
Almeida Roediger**

Assinatura:



**São Paulo
2020**

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento inicial vai à Deus que proporcionou que meus objetivos ao longo da vida e da graduação fossem alcançados, ainda vão à minha família e amigos que deram todo o suporte emocional e psicológico ao longo da graduação; ao esforço dos meus pais por todos os anos de dedicação para que ingressasse em uma universidade de excelente qualidade, tivesse a melhor formação do país e pudesse participar de tantos projetos de extensão ao longo da graduação.

Agradeço também a todos os professores que tive a oportunidade de conhecer e obter aprendizados ao longo do curso, tenho certeza de que deram o seu melhor para passar o conhecimento que adquiriram ao longo da vida. Ainda, agradeço aos colegas de sala com todo o apoio durante os trabalhos, os momentos difíceis do curso e por compartilhar momentos de muito aprendizado e realizações.

Gostaria de prestar meus agradecimentos às Instituições de ensino e aprendizagem que tive a oportunidade de estar para realizar estágios práticos como o Hospital das Clínicas, Instituto do Câncer de São Paulo e Unidade Básica de Saúde. E ainda, a todos os projetos de extensão que fiz ao longo da graduação como Extensão Médica Acadêmica, Nutri Jr USP, Projeto de Linha de Cuidado em Sobrepeso e Obesidade, USParódia, Ligas Acadêmicas e entre outros, pois eles moldaram a profissional que sou hoje e contribuíram para aprendizados que não teria adquirido sem a dedicação que tive a eles. Em especial gostaria e agradecer ao projeto MadAlegria que me proporcionou uma humanização em saúde que não teria como ter em outro projeto e fortaleceu tudo que aprendi na Faculdade de Saúde Pública sobre o olhar humanizado no momento do encontro com o indivíduo a ser cuidado.

Gostaria de agradecer à minha orientadora que ao longo do ano deu suporte para que todos os dados do SABE 2015 pudessem fazer parte do meu trabalho e no desenvolvimento deste. E agradecer a todos os envolvidos no Estudo SABE pela contribuição na realização dos questionários, coleta de dados e análise.

Menezes, SM. Estado nutricional e depressão em idosos com e sem câncer vivendo na comunidade: prevalências e associações (Trabalho de conclusão de curso – Curso de Nutrição). São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2020.

RESUMO

Introdução: O câncer é uma doença multifatorial que promove impacto emocional. Estudos mostram que o idoso com câncer está mais sujeito a alterações do estado nutricional e possível ocorrência de depressão. **Objetivo:** Verificar a associação do estado nutricional, depressão e outros fatores em idosos, com e sem a presença de câncer, domiciliados. **Metodologia:** O estudo é transversal e epidemiológico, realizado com idosos (≥ 60 anos) domiciliados, de ambos os sexos, do Estudo SABE de 2015 (n=1.130) do Município de São Paulo – SP. As variáveis do estudo foram: presença ou ausência de câncer e depressão, sexo, estado civil, grupo etário, escolaridade, IMC (≤ 23 kg/m² baixo peso, entre 23 e 28 kg/m² eutrofia, entre 28 e 30 kg/m² sobrepeso e ≥ 30 kg/m² obesidade) e perda de peso. Utilizou-se o teste Qui-Quadrado, considerando significativo quando valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Verificou-se associação significativa ($p < 0,05$) com escolaridade, idosos com baixa escolaridade possuem menos chance de ter câncer (OR = 0,43, IC = 0,25 – 0,73 e valor de $p = 0,002$, com ajuste), idosos com depressão estão mais propensos a ter câncer (OR = 1,89, IC = 1,10 – 3,25 e valor de $p = 0,020$, com ajuste) e idosos de 70-79 anos (OR = 1,88, IC = 1,12– 3,15 e valor de $p = 0,016$) e 80 anos e mais (OR = 2,73, IC = 1,39 -5,37 e valor de $P = 0,004$) tem mais propensão ao câncer. **Conclusão:** O estudo concluiu que há uma associação com escolaridade e desenvolvimento de câncer, quanto mais baixa a escolaridade menor associação com a doença. Há uma associação positiva entre idade, depressão e câncer. Contudo ainda são necessários novos estudos para investigar como se dá tal a relação a fundo.

Descritores: estado nutricional, depressão, câncer e idosos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estimativa de taxas de mortalidade em 2018 no mundo, todos os cânceres, entre 60 e 84 anos, ambos os sexos... ..	12
Figura 2. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma... ..	13
Figura 3. Total de mortes por câncer, por anos, no Brasil, com Faixa etária de 60 a 99 anos ou mais, entre 1979 e 2018.....	13
Figura 4. Prevalência global de desordens depressivas, por idade e sexo (%).	16
Figura 5. Representação espacial das taxas de incidência por 100mil homens, estimado para o ano de 2020, segundo Estado (todos os tipos de câncer, menos de pele não melanoma)	19
Figura 6. Representação espacial das taxas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2020, segunda Estado (todos os tipos de câncer, exceto de pele não melanoma).....	19
Figura 7. Perda de peso nos últimos 12 meses dos indivíduos participantes do Estudo SABE.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência das características da população estudada. Estudo SABE.....	25
Tabela 2. Valores médios, desvio padrão e valores mínimo e máximo de variáveis antropométricas da população estudada, segundo variáveis câncer e depressão. Estudo SABE.....	27
Tabela 3. Associação da presença ou ausência de câncer e variáveis de estudo. Estudo SABE.....	29
Tabela 4. Variáveis de acordo com a presença de câncer, Estudo SABE.	31
Tabela 5. Análise de regressão logística entre presença de câncer e variáveis de estudo, Estudo SABE.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número de óbitos por câncer de acordo com o ano e a faixa etária, dados da TabNet.....	48
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	9
1.2 O CÂNCER	11
1.3 ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS COM CÂNCER	14
1.4 ASSOCIAÇÃO DE DEPRESSÃO COM ESTADO NUTRICIONAL	16
1.5 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CÂNCER	18
1.6 JUSTIFICATIVA	20
2. OBJETIVOS	20
2.1. OBJETIVO GERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. METODOLOGIA	21
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
3.2. ESTUDO SABE	21
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	22
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
3.4.1. VARIÁVEL DEPENDENTE	22
3.4.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES	23
3.4.2.1 Sociodemográficas	23
3.4.2.2 Clínicas	23
3.4.2.3 Depressão	24
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
4. RESULTADOS	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	25
4.2 ASSOCIAÇÃO CÂNCER E VARIÁVEIS DE ESTUDO	25
5. DISCUSSÃO	25
6. CONCLUSÃO	25
7. IMPLICAÇÕES PARA ÁREA DE ATUAÇÃO	25
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	34
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO ESTUDO SABE	35

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento é algo natural e inerente ao ser humano, é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como:

“Processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O envelhecimento apesar de ser complexo e diferente para cada indivíduo, do ponto de vista da legislação e para assegurar direitos, precisa que seja definido em uma idade cronológica, sendo assim tal definição é diferente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. No caso do Brasil, país em desenvolvimento, a Política Nacional do Idoso estabelece como idoso aquela pessoa com sessenta anos e mais. Nos países desenvolvidos é considerada idosa a pessoa com sessenta e cinco anos ou mais, dado que o padrão de envelhecimento é diferenciado entre esses países (BRASIL, 1994).

Com o avanço de tecnologias, a melhoria de qualidade de vida e a possibilidade de tratamentos de doenças crônicas, a expectativa de vida das populações começou a aumentar, o cenário da sociedade contemporânea foi modificado com o envelhecimento populacional se fazendo presente, dando início ao processo de transição demográfica nunca visto entre os povos de todas as partes do mundo. Para cada país em desenvolvimento, esse fenômeno se apresenta com uma forma e gradação distinta, ao passo que em países desenvolvidos ela já ocorreu (LEBRÃO, 2007).

No Brasil, esse o processo começou a ocorrer a partir do século XX, com a taxa de esperança de vida ao nascer aumentando, ao passo que a mortalidade foi reduzindo, assim como a de fecundidade, resultando em um aumento da idade e do envelhecimento. A média da

expectativa de vida do brasileiro hoje é de 76,3 anos, enquanto em 1940 era de 45,5 anos (IBGE, 2018). A participação percentual dos idosos nas últimas décadas na população brasileira está aumentando em uma velocidade sem precedentes. Segundo o censo de 1991, os idosos brasileiros correspondiam a 7,3% da população e em 2010, 10,7% (IBGE, 2018). Ainda segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017, ao analisar a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), entre 2012 e 2016 a população idosa cresceu 16%, representando 29,6 milhões de pessoas idosas. Portanto, hoje o brasileiro vive mais anos, além dessas razões mencionadas, também devido ao acesso a serviços de saúde, melhora na qualidade de vida, renda, escolaridade, acesso aos alimentos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o êxodo rural (VASCONCELOS, 2012).

Outra transição encontrada é referente aos tipos de doenças que afetam tanto o Brasil, como o mundo. Até o século passado as doenças infecciosas apareciam com mais destaque, contudo, o quadro se inverteu e, atualmente, temos um predomínio das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) representadas pela Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças cardiovasculares, Doenças Respiratórias Crônicas e Câncer. A característica dessas doenças é origem não infecciosa, multifatorial, estar ligado a genética, grande período de latência e incapacidades funcionais, contudo existem fatores de risco que afetam o desenvolvimento delas, como: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e uso de álcool, são considerados os principais e nos quais as intervenções devem ser feitas (MALTA, 2017; WHO, 2018 e SCHMIDT, 2011).

Sabe-se que com o envelhecimento e a expectativa de vida aumentando no Brasil e no mundo as DCNT tomam proporções maiores, pois as pessoas estão vivendo mais tempo com essas doenças, e muitas vezes as adquirem de forma precoce. O resultado disso é o aumento da carga de doenças crônicas no país, o que tem constituído um problema de saúde pública, não apenas nacional, mas mundial (SILVA, 2017; BRASIL, 2019 e LIMA-COSTA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT representam 70% de todas as mortes no mundo, estimando cerca de 38 milhões de mortes anuais (MARTA, 2017; WHO, 2018). Ainda, cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países de baixa ou média renda, segundo o Relatório Mundial de Doenças Crônicas Não transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010. A Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, revelou que a carga de morbidade de DCNT é alta no Brasil, cerca de 45% da população declarou possuir pelo menos uma delas (MALTA, 2015 e IBGE, 2014).

O Boletim Epidemiológico Brasileiro foi lançado em 2019 com a finalidade de realizar uma vigilância em saúde no Brasil de 2003 até 2017. Durante esse período pode-se perceber que houve um declínio da mortalidade prematura por DCNT no Brasil, fator importante pois reflete que a meta do Plano de Enfrentamento no Brasil 2011- 2022, do Plano Global de DCNT 2013-2020, além de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 estão sendo alcançados.

Como é possível perceber a alta carga de DCNTs é um problema de saúde pública e deve ser colocado em pauta. Como o câncer é uma dessas doenças, é importante que a discussão acerca do tema seja feita. No Brasil, 72% das mortes são causadas por DCNTs, e delas 16,3% são por câncer (MALTA et al, 2015). Na próxima seção do trabalho serão tratados dados e números referentes a tal doença e sua magnitude.

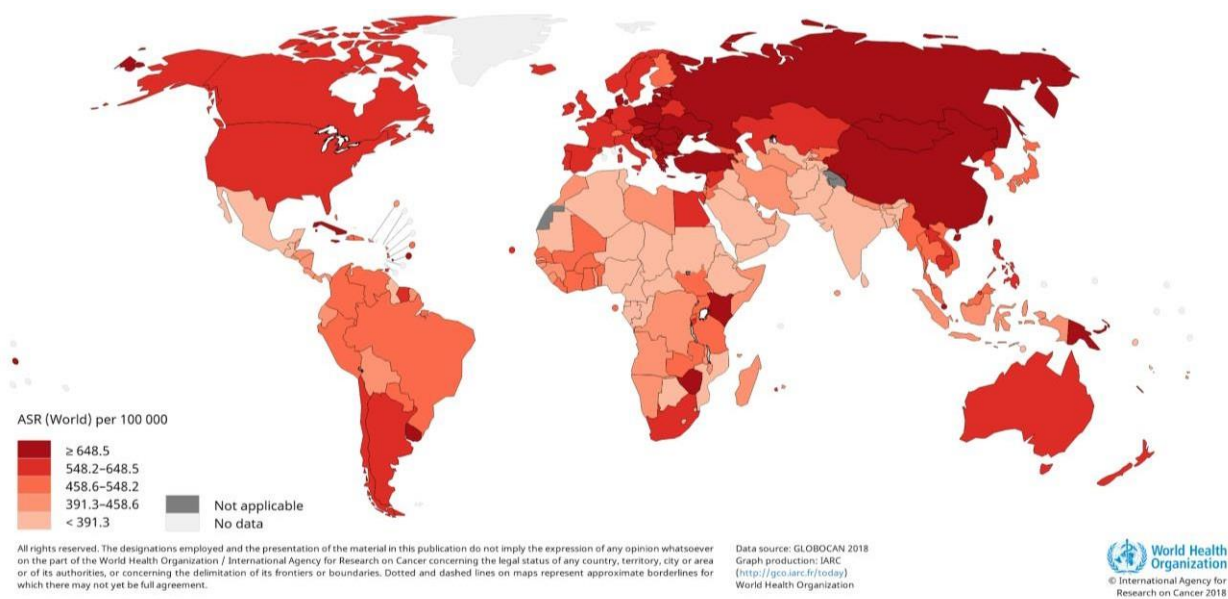
1.2 O CÂNCER

O câncer encontra-se categorizado dentro das DCNTs, como mencionado anteriormente, em progresso de ascensão no mundo e há uma preocupação para que haja o controle e a diminuição da incidência e prevalência dessa doença, considerada na maior parte dos países a segunda causa de morte (MALTA, 2019).

No ano de 2018, a incidência de câncer foi de 18 milhões e cerca de 9,6 milhões de pessoas vieram a óbito em todo o mundo devido a doença em questão. O câncer de pulmão é o mais incidente em todo o mundo com 2,9 milhões, em seguida o câncer de mama com 2,1 milhões, cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão) (INCA, 2020).

Como é possível observar na Figura 1, as altas mortalidades estão em países desenvolvidos e localizadas no continente Asiático e parte do Leste europeu. De acordo com dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 70% das mortes são em países de baixa e média renda, e o Brasil entra dentro dessa classificação.

Figura 1. Estimativa de taxas de mortalidade em 2018 no mundo, todos os cânceres, entre 60 e 84 anos, ambos os sexos.



Fonte: Global Cancer Observatory (<https://gco.iarc.fr/>)

O câncer no Brasil, em 2017, encontrava-se entre as dez principais causas de morte, sendo o nono o câncer de Próstata e décimo lugar os cânceres de traqueia, de brônquios e de pulmão, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde. Em 2016, mais de 121 mil pessoas de 30 a 69 anos vieram a óbito por conta do câncer, de acordo com o Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. A Mortalidade Prematura por DCNTs é atualmente um grande foco, tendo em vista que está aumentando e pode ser prevenida com intervenções de promoção da saúde. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2019, o câncer teve uma queda na mortalidade prematura, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país, em contrapartida nas regiões Norte e Nordeste houve um aumento.

Em 2018, de acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), cerca de 86 mil homens e cerca de 71 mil mulheres vieram a óbito devido a condição de câncer, o que demonstra que é uma doença que leva a óbito um número maior no sexo masculino.

O INCA prevê uma incidência de câncer em 2020 de 625 mil, por cada ano do triênio 2020-2022, em ambos os sexos no país, 387.980 no sexo masculino e 297.980 no sexo feminino. Cujas incidências por sexo será: o de próstata mais incidente (29,2%), seguido do de cólon e reto (9,1%) e depois o de traqueia, brônquio e pulmão (7,9%) no sexo masculino. Já no sexo feminino, o câncer de mama lidera com 29,7%, em seguida o de cólon e reto (9,2%) e depois o de colo de útero (7,4%), incidências que podem ser destacadas na Figura 2. Ainda, a maior

incidência está nos estados pertencentes a Região Sudeste, cerca de 60%, seguida da Região Norte (27,8%) e Sul (23,4%). (INCA, 2020).

Figura 2. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2020 por sexo, exceto pele não melanoma.

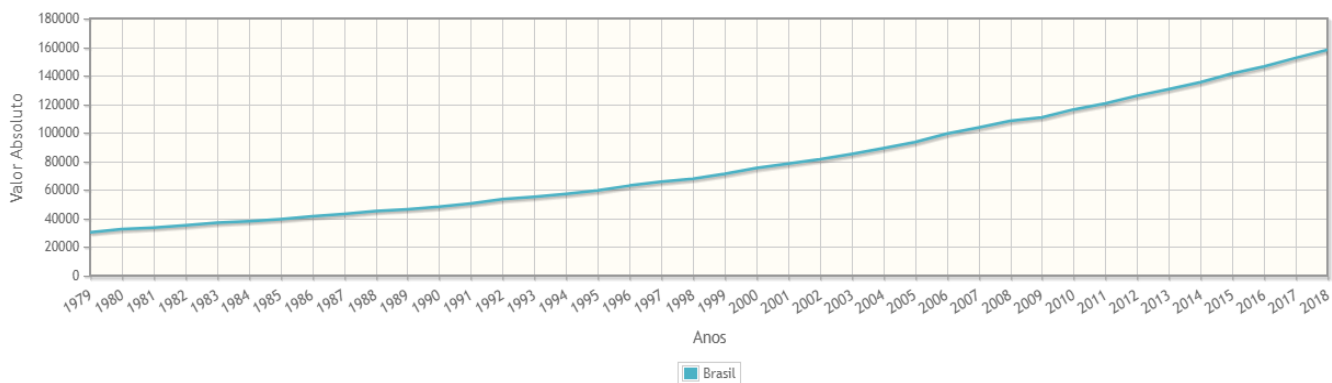
Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Homens	Mulheres	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e reto	20.520	9,1%			Cólon e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%			Colo do útero	16.590	7,4%
Estômago	13.360	5,9%			Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
Cavidade oral	11.180	5,0%			Glândula tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%			Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%			Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%			Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%			Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%			Sistema nervoso central	5.220	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Estimativa de câncer, INCA, 2020.

Entre a faixa etária dos idosos (60 anos ou mais) é perceptível que o câncer também tenha contribuído para o aumento dos óbitos, como mostra o gráfico em linha na Figura 3 abaixo e no quadro 1 em anexo, extraída do DATASUS, que com o passar dos anos há um aumento de óbitos por câncer.

Figura 3. Total de mortes por câncer, por anos, no Brasil, com Faixa etária de 60 a 99 anos ou mais, entre 1979 e 2018.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

O câncer é uma preocupação em qualquer faixa etária, contudo nos idosos deve ser dado mais atenção pois com o envelhecimento é possível observar um comprometimento imune e de processos de homeostase orgânica com a diminuição de reservas fisiológicas e funcionais, que favorecem a inflamação sistêmica, a propensão ao desenvolvimento de câncer e outras doenças crônicas, bem como a presença de câncer pode contribuir para alterações no estado nutricional, com evidência relevante da perda de peso nos pacientes em tratamento dessa doença crônica agravando sua condição clínica e nutricional (INCA, 2016).

1.3 ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS COM CÂNCER

As alterações nutricionais que o câncer acarreta podem proporcionar desnutrição, depleção de reservas musculares, adiposas e perda de peso. Diversos fatores estão associados a essas consequências: a fisiopatologia da própria doença, a redução de apetite, dificuldades mecânicas de mastigar e deglutir os alimentos, efeitos colaterais dos tratamentos, jejuns prolongados devido a quantidade de exames que o paciente deve fazer (DALLACOSTA et al, 2017; FERREIRA, 2013 e INCA, 2009).

Os principais fatores determinantes para o desenvolvimento do tumor são a redução de ingestão total de alimentos, as alterações metabólicas causadas pelo tumor e o aumento da demanda calórica que o tumor causa para benefício do seu crescimento, isso acarreta na redução de peso corporal, evidenciando um quadro de desnutrição, condição nutricional comum nesse perfil de pacientes. A redução de peso pode influenciar na qualidade de vida, aumentar a morbimortalidade, tempo de internação, aumentar o risco de infecções e custo hospitalar para o paciente com câncer (DALLACOSTA et al, 2017; FERREIRA, 2013 e INCA, 2009).

O grande impacto da desnutrição em um idoso com câncer é a suscetibilidade que o idoso tem para o desenvolvimento de síndrome de retroalimentação, caquexia ou sarcopenia (INCA, 2016), fatores preocupantes nessa faixa etária e que podem influenciar no tratamento da doença de base.

De acordo com os resultados de GOMES (2015), mais da metade de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico possui um estado nutricional preocupante que seria indicado uma intervenção nutricional crítica. No Inquérito Luso-Brasileiro de Nutrição

Oncológica (2015) o diagnóstico de desnutrição e/ou risco nutricional em paciente idoso com câncer chega a 73%, índices altos e que afetam a vida e qualidade de vida desses pacientes.

Outra questão nutricional de destaque é a obesidade, questão de saúde pública hoje no Brasil e no mundo, pois ela é fator precursor de várias doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, o próprio câncer, entre outros. Além disso, de acordo com os dados do Mapa da obesidade da Associação Brasileira para Estudo de Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) cerca de 56% da população brasileira apresenta sobrepeso e 20% obesidade, sendo a segunda mais prevalente em mulheres do que em homens. Os mesmos dados demonstram que no estado de São Paulo a obesidade é de 18% para homens e 22% para mulheres. Com relação aos dados do VIGITEL (2020), cerca de 60% da população idosa no Brasil se encontra com sobrepeso e 21% com obesidade, valores que refletem a da população em geral como destacado pela ABESO.

Hoje a obesidade tem um papel tão importante quando relacionada com o câncer que segundo a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO, 2014) irá rapidamente ultrapassar o tabaco como a principal causa evitável de câncer. A grande questão que relaciona a obesidade com o câncer é a resistência à insulina e quadro de inflamação subclínica que o acúmulo de gordura visceral pode proporcionar para os indivíduos, além disso, o tecido adiposo funciona como um órgão endócrino no corpo, com liberação de hormônios e influência no metabolismo. A obesidade contribui para um ambiente pró inflamatório e com citocinas que contribuem para o avanço do tumor, contudo ainda é necessário novos estudos para determinar os biomarcadores que são relacionados a obesidade e o câncer (AVGERINOS et al, 2019).

A ASCO (2014) ainda ressalta que esse momento que o indivíduo descobre um câncer e está categorizado com sobrepeso ou obesidade deve ser entendido pelos profissionais de saúde como um momento de educação e incentivo para adoção de medidas de hábitos de vida mais saudáveis.

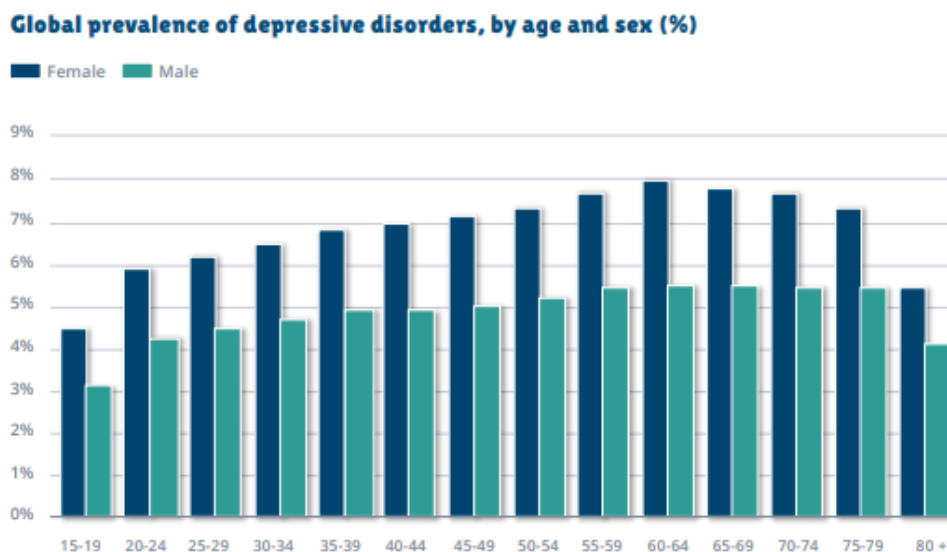
A presença do câncer não somente promove a alterações no estado nutricional, como também contribui para variações na condição emocional, desencadeando estados depressivos que podem agravar ainda mais a situação clínica e tratamento do paciente, tornando-se uma tarefa desafiadora para os profissionais de saúde, especialmente o nutricionista na condução do tratamento desse perfil de pacientes.

1.4 ASSOCIAÇÃO DE DEPRESSÃO COM ESTADO NUTRICIONAL

Segundo a OMS, a depressão é um dos principais transtornos de cunho mental em ascensão no mundo e no Brasil, entre 2005 e 2015, o número aumentou 18,4%. Cerca de 322 milhões de pessoas sofrem com o impacto da depressão na vida delas, cerca de 4,4% da população mundial, sendo mais prevalente em mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%).

O Brasil conta com uma prevalência de 5,8% de depressão, mais de 11 milhões de brasileiros, é o segundo maior índice das Américas (OMS, 2017). De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, cerca de 7,6% dos indivíduos já se declarava com tal morbidade, 3,9% do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino, podendo ser até três vezes maior em mulheres do que em homens (MALTA,2015).

Figura 4. Prevalência global de desordens depressivas, por idade e sexo (%)



Fonte: Global Burden of Disease Study, 2015 ([http://:ghdx.healthdata.org/bd-results-tools](http://ghdx.healthdata.org/bd-results-tools))

Como é possível observar na Figura 4, há uma prevalência maior de depressão entre idosos de 60 a 64 anos comparada as outras faixas etárias e entre os próprios idosos. De acordo com PINHO et al (2010), a incidência de depressão na população idosa residente na comunidade chega a 12%.

A prevalência de depressão parece ser mais elevada em pacientes oncológicos do que na população em geral e mesmo em pacientes com outros tipos de doenças crônicas (SALVETTI et al, 2020). No estudo de SIMÃO (2017) é possível perceber que há uma piora significativa na percepção de qualidade de vida em pacientes com depressão comparado a pacientes sem depressão, o que pode influenciar na percepção de sintomas físicos desse paciente, o que piora o enfrentamento da doença de base, o câncer.

De acordo com SALVETTI (2020) ainda há poucos estudos nacionais sobre prevalência de depressão em pacientes oncológicos, e a maioria é relacionado a depressão desenvolvido no tratamento de quimioterapia e radioterapia. SALVETTI et al (2020) afirma que quanto maior os escores de depressão de um paciente oncológico, menor é qualidade de vida geral, piores os índices de funcionalidade física e emocional dele. Além disso, os maiores escores de depressão contribuem para maiores escores de fadiga (SALVETTI et al, 2020). MOTA et al (2012) afirma em seu estudo que a depressão é condição preditora para o desenvolvimento da fadiga, assim como prejuízo no sono e funcionalidade, a junção desses fatores contribui para uma probabilidade de 80% de fadiga, e sem eles de apenas 8%. No caso, a depressão contribui cerca de 27% e dentre os três fatores, é o que mais contribui para o aparecimento de fadiga em pacientes com câncer colorretal.

Como já citado, o câncer tem grande impacto em questões emocionais do indivíduo, PAULA et al (2012) analisou pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico e constatou que as taxas de depressão e disforia podem aumentar do início ao final do tratamento, de 7,3 a 12,1% para 9,7% a 21,9%.

De acordo com o estudo de SANTOS et al (2015), 43,8% dos idosos com câncer se encontram com diagnóstico de desnutrição moderada ou grave, cerca de 65% apresenta um sintoma de impacto nutricional e 47,9% com necessidade de intervenção nutricional crítica. O mesmo estudo apontou prevalência e 17% de depressão em idosos com câncer, sendo maior no sexo feminino.

Em contrapartida, DRAGAN (2009) enfatiza que o aumento do IMC tem associação com o desenvolvimento de depressão, podendo resultar em formas mais graves de depressão, contudo a relação inversa não pode ser observada (níveis mais graves de depressão não resultam em maior ganho de peso). O estudo de DRAGAN não é realizado em idosos e nem em indivíduos com câncer, contudo demonstra que a obesidade tem uma relação significativa com o grau de depressão que o indivíduo pode ter.

Há uma preocupação dos pesquisadores estudarem a avaliação da depressão em idosos desnutridos institucionalizados e/ou hospitalizados, contudo, naqueles vivendo na comunidade ainda necessitam de mais estudos nesse cenário de atendimento (VALÊNCIA E ANDRADE, 2011).

1.5 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CÂNCER

O envelhecimento é inerente ao ser humano e acarreta mudanças no metabolismo do indivíduo o tornando mais lento e propenso ao aparecimento de doenças crônicas, como o câncer. De acordo com EDWARD et al (2002), o câncer é uma doença com desenvolvimento mais significativo a partir dos 50 anos de idade.

Para HEMMINKI e LI (2003), o tipo câncer pode ter uma relação com a escolaridade, os autores citam que o câncer de mama, cólon, próstata, testículo, câncer de sistema nervoso, melanoma e câncer de pele de células escamosas estão mais relacionados com indivíduos com alta escolaridade. No caso do câncer cervical, se encontra aumentada em uma população de baixa escolaridade, o estudo afirma que pode ser reduzida se programas de rastreamento forem realizados.

Ainda, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018) afirma que os cânceres de mama, próstata e colorretal estão mais associados a indivíduos com níveis sociodemográficos mais elevados e os cânceres de colo de útero, estômago e cabeça e pescoço a nível sociodemográficos mais baixos. Tal questão é perceptível através da Figura 2, com a disposição de câncer de próstata e mama como os mais incidentes para o próximo triênio e o de colorretal em segundo lugar. Segundo o estudo de MASCARELLO et al (2012) é perceptível que as escolaridades mais baixas tem forte associação com o câncer colo de útero entre as mulheres.

Através das Figuras 5 e 6 é possível observar a incidência dos cânceres por sexo, em que nos homens, é mais predominante em regiões mais ricas como o Sudeste e Sul, e nas mulheres mais incidente na região Nordeste, mas possui outros pontos isolados como no Sul e no Centro-Oeste. Ainda, pelas figuras é possível perceber que as taxas de incidência para os homens é maior que para as mulheres, e como já citado os homens possuem maior mortalidade pela doença.

Figura 5. Representação espacial das taxas de incidência por 100mil homens, estimado para o ano de 2020, segundo Estado (todos os tipos de câncer, menos de pele não melanoma).

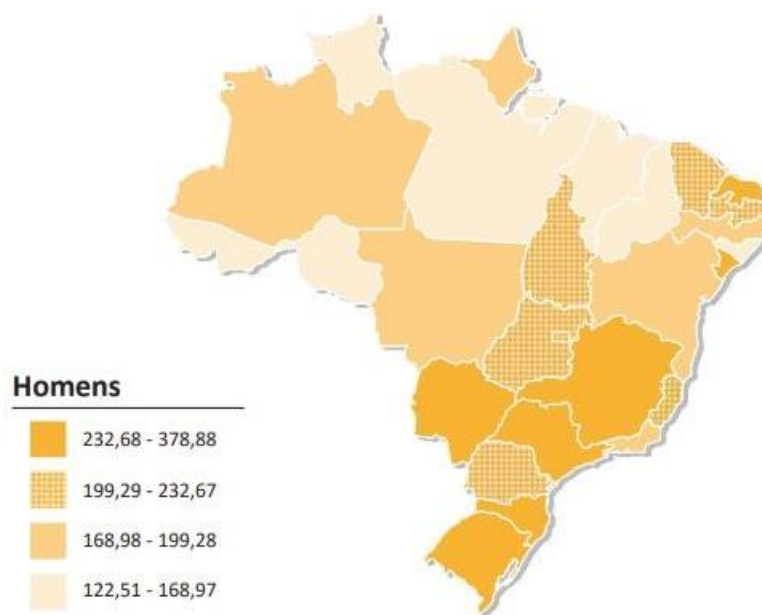
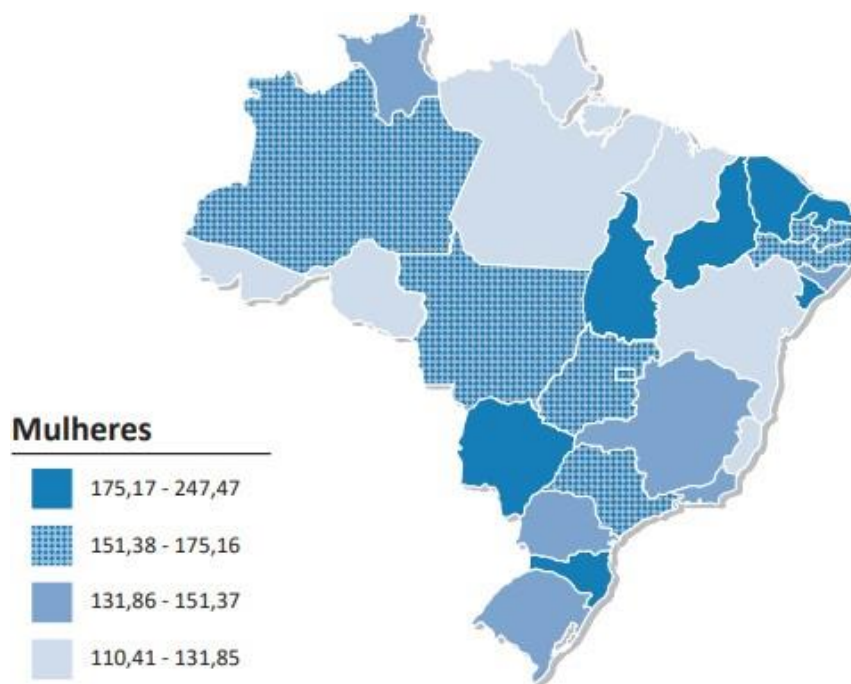


Figura 6. Representação espacial das taxas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2020, segunda Estado (todos os tipos de câncer, exceto de pele não melanoma).



1.6 JUSTIFICATIVA

A ascensão nos números de novos casos e de óbitos que o câncer está proporcionando ao longo dos anos, colocam a doença como segunda causa de morte tanto no Brasil como no mundo. Cerca de 16,3% das mortes causadas por DCNTs no Brasil é proveniente do câncer (MALTA et al, 2015) e o número absoluto de mortes entre os idosos está subindo com o passar dos anos. A condição nutricional mais frequente no diagnóstico de câncer é a perda de peso e risco para desenvolvimento de desnutrição, caquexia e fragilidade, contudo a obesidade é um importante fator de risco para a doença, sendo assim, o estado nutricional de um idoso com câncer deve ser visto de perto no momento do tratamento. Existem estudos que apontam para uma influência do estado nutricional com a depressão e outras questões psicológicas (VALÊNCIA E ANDRADE, 2011; SANTOS et al, 2015). O presente trabalho visa apresentar dados sobre o estado nutricional de idosos com e sem câncer, domiciliados, e associar com a presença de um estado de depressão nesse mesmo grupo. Sendo assim, para contribuição para todos os profissionais de saúde, principalmente nutricionistas, a ter conhecimento do quanto é importante estar atento ao estado nutricional de um idoso com câncer e qual pode ser a influência desse estado nutricional com questões psicológicas como a depressão.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar a associação do estado nutricional, depressão e outros fatores em idosos, com e sem a presença de câncer, domiciliados no município de São Paulo - SP.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos com e sem a presença de câncer, segundo dados sociodemográficos e clínicos;
- Verificar o estado nutricional e associar com dados sociodemográfico e clínicos, incluindo a depressão nesse grupo de estudo;
- Compreender como o estado nutricional pode contribuir para a depressão nesse grupo de estudo.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal e de associação, com idosos domiciliados residentes no Município de São Paulo. A base de dados utilizada será o Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, realizado em 2015.

3.2. ESTUDO SABE

O Estudo SABE (Saúde, Bem- Estar e Envelhecimento) que teve início em 2000 foi coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), é um inquérito multicêntrico

e epidemiológico que teve como objetivo analisar as condições de vida e saúde da população idosa em sete capitais da América Latina e Caribe, para analisar estágios do envelhecimento e traçar um panorama de condições de vida dos idosos dessas regiões, o Brasil foi representado como um envelhecimento menos avançado porém que caminha para um estágio de envelhecimento avançado de forma muito rápida. No Brasil, o estudo foi realizado no município de São Paulo com coordenação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Ministério da Saúde.

A partir de 2006, este estudo, no município de São Paulo passou a ser um estudo longitudinal, em que a cada 5 anos se realiza nova coleta de dados e é incluída uma nova coorte de pessoas com 60 a 64 anos.

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo é composta por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que participaram do Estudo SABE no ano de 2015, e que na pergunta 171 da Seção C do questionário relataram possuir câncer e na pergunta 91 da Seção C relataram possuir um diagnóstico de depressão. Ao total a amostra do presente estudo teve 1.130 idosos participantes.

3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.4.1. VARIÁVEL DEPENDENTE

O estudo foi realizado com idosos que tiveram ou que têm algum tipo de câncer. O fato é descrito de acordo com a pergunta 171, contida na Seção C na página 34: “Alguma vez

um médico lhe disse que o(a) Sr (a) tem (teve) câncer (excluir tumores menores da pele)?”. Com as respostas possíveis de sim ou não. Essa é a pergunta que irá classificar a população estudada ao longo do presente trabalho.

3.4.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

3.4.2.1 Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas serão classificadas em Sexo (homem e mulher), Estado civil (casado(a), separado(a) e viúvo(a)), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais) e de escolaridade (não alfabetizado, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior). Todas obtidas da Seção A do questionário de 2015.

3.4.2.2 Clínicas

A avaliação do estado nutricional foi feita com base medidas antropométricas que foram coletadas no estudo, na Seção K. Os dados utilizados foram de altura e peso para conseguir realizar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) dos indivíduos. As medidas de altura e peso não tem uma referência pré estabelecida, contudo a medida de IMC tem uma classificação: $\leq 23 \text{ kg/m}^2$ como baixo peso, entre 23 e 28 kg/m^2 como eutrofia, entre 28 e 30 kg/m^2 como sobrepeso e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ como obesidade (OPAS, 2002)

Ainda, para complementar as informações foi utilizada uma pergunta contida na Seção C o questionário: “Nos últimos 12 MESES, o(a) Sr(a) PERDEU peso sem fazer nenhuma dieta?”. As possíveis respostas a essa pergunta foram: não perdeu, perdeu entre 1 e 3 kg ou mais que 3 kg.

3.4.2.3 Depressão

A depressão dos indivíduos do estudo será avaliada com base na pergunta “Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem DEPRESSÃO?”. Com possíveis resultados se relata ter ou não ter. A categorização desta variável será em relação à presença ou ausência da condição: sim ou não.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para as análises descritivas das variáveis quantitativas (peso, idade, altura e perda de peso) foi utilizado medidas de tendência central como média e valores mínimos e máximos, e de dispersão o desvio padrão. Referente as variáveis categóricas (grupo etário, sexo, escolaridade, depressão, câncer, estado nutricional e estado civil) foram utilizadas medidas de frequência (absoluta e relativa).

Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis de estudo categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, considerando significativo quando valor de $p < 0,05$. Posteriormente àquelas variáveis com $p < 0,20$ foram consideradas na análise univariada, sendo que, em ordem crescente de entrada, compuseram o modelo final de regressão múltipla. Permaneceram, nesse modelo, as variáveis com $p < 0,05$, ou aquelas que alteraram em, no mínimo, 10%, o *odds ratio* da variável de interesse. Ressalta-se que a variável grupo etário foi mantido para ajuste do modelo, independentemente do valor de p .

Os cálculos estatísticos foram realizados no programa Stata versão 13.0 *Windows* e as interpretações dos resultados realizados pelos pesquisadores deste estudo.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Conteúdo retirado para publicação de artigo.

4.2 ASSOCIAÇÃO CÂNCER E VARIÁVEIS DE ESTUDO

Conteúdo retirado para publicação de artigo.

5. DISCUSSÃO

Conteúdo retirado para publicação de artigo.

6. CONCLUSÃO

Conteúdo retirado para publicação de artigo.

7. IMPLICAÇÕES PARA ÁREA DE ATUAÇÃO

De acordo com a Resolução CFN N°600/2018, o presente trabalho conversa com a VI área de Nutrição no Ensino, na Pesquisa e na Extensão, na subárea C de pesquisa. Tendo vista que a nutrição é uma ciência e deve ser embasa em fatos científicos o trabalho contribui para conclusões científicas acerca do tema de estado nutricional, depressão e fatores associados em indivíduos que referiram presença ou ausência de câncer.

Além disso, o estudo também contribui para a II área de Nutrição Clínica Assistência Nutricional e Dietoterápica Hospitalar, Ambulatorial, em nível de Consultórios e em Domicílio, e nesse caso não tem uma subárea específica pois pode influenciar em todas dependendo do tipo de serviço no qual o profissional atua e o tipo de paciente que encontra. Os nutricionistas da área de saúde pública, especialmente àqueles que atendem em nível ambulatorial, na atenção básica, ou seja que recebem pacientes que vivem no domicílio, e até mesmo àqueles da área clínica precisam analisar o estudo e suas conclusões pois influenciam em condutas que irão ter antes de iniciar, durante e depois do tratamento dos pacientes.

Com base nos resultados apresentados pelo estudo, o profissional nutricionista precisa ficar atento a doença de base do indivíduo, e no caso de câncer, a depressão tem grande associação com o quadro devido a muitos fatores da doença e da percepção que esta traz ao indivíduo com câncer.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Notícias. Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos. 28 novembro 2019. Notícias. Diretoria de Pesquisas. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>.
2. Agência IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Notícias. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões. 24 Nov 2017. Notícias. Diretoria de Pesquisas. Disponível em : <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>.
3. Associação Brasileira para estudo de Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). Mapa da Obesidade. 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>.
4. Avgerinos KI, Spyrou N, Mantzoros CS, Dalamaga M. Obesity and cancer risk: Emerging biological mechanisms and perspectives. *Metabolism*. 2019 Março;92:121-35. Disponível em: <https://www.metabolismjournal.com/action/showPdf?pii=S0026-0495%2818%2930232-4>
5. Brasil. Lei Nº 8.842. 4 Jan 1994. Política Nacional do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm.
6. Dallacosta FM, Carneiro TA, Velho SF, Rossoni C, Baptistella AR. Avaliação nutricional de pacientes com câncer em atendimento ambulatorial. *Cogitare Enferm*. 2017 Nov 22;22(4). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483654880018>.
7. Dragan, A. & Akhtar-Danesh, N. (2007). Relation between body mass index and depression: A structural equation modeling approach. *Medical Research Methodology*, 7 (17), 1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868752/>.
8. Edwards BK, Howe HL, Ries LAG, Thun MJ, Rosenberg HM, Yancik R, et al. Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer*. 2002 May 15;94(10):2766-92. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.10593?sid=nlm%3Apubmed>.

9. Ferreira Daiane, Guimarães Tessa Gomes, Marcadenti Aline. Aceitação de dietas hospitalares e estado nutricional entre pacientes com câncer. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 June 10]; 11(1): 41-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082013000100008&lng=en.
10. Gomes NS, Maio R. Avaliação subjetiva global produzida pelo próprio paciente e indicadores de risco nutricional no paciente oncológico em quimioterapia. Rev. bras. cancerol. 2015;61(3):235-42. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v03/pdf/06-artigo-avaliacao-subjetiva-global-produzida-pelo-proprio-paciente-e-indicadores-de-risco-nutricional-no-paciente-oncologico-em-quimioterapia.pdf.
11. Gróf M, Vagašová T, Oltman M, Skladaný L, Maličká L. Inequalities in cancer deaths by age, gender and education. Cent Eur J Public Health. 2017 Dec 30;25(Supplement 2):S59-S63. Disponível em: <https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2017/89/09.pdf>.
12. Hemminki K, Li X. Level of education and the risk of cancer in Sweden. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003 Aug;12(8):796-802. Disponível em: <https://cebp.aacrjournals.org/content/12/8/796>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 17 de setembro de 2019. Consultado em 15 de Novembro de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
15. Lebrão, Maria Lúcia, O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva [Internet]. 2007;4(17):135-140. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>
16. Ligibel JA, Alfano CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Burger RA, Chlebowski RT, et al. American Society of Clinical Oncology position statement on obesity and cancer. J Clin Oncol. 2014 Nov 1;32(31):3568-74. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2014.58.4680>
17. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). Ciênc saúde coletiva. 2011 Sep;16(9):3689-96.

- Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>.
18. Lima Manuela, Irigaray Tatiana. Lócus de controle, escolaridade e conhecimento sobre a doença em pacientes oncológicos. *Psic., Saúde & Doenças* [Internet]. 2019 Dez [citado 2020 Nov 05] ; 20(3): 659-669. Disponível em:
 19. Mascarello Keila Cristina, Silva Nayara Fazolo, Piske Marieli Thomazini, Viana Kátia Cirlene Gomes, Zandonade Eliana, Amorim Maria Helena Costa. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 417-426. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf
 20. Malta Deborah Carvalho, Andrade Silvânia Suely Caribé de Araújo, Oliveira Taís Porto, Moura Lenildo de, Prado Rogério Ruscitto do, Souza Maria de Fátima Marinho de. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 June 15] ; 22: e190030. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en. Epub Apr 01, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.
 21. Malta Deborah Carvalho, Bernal Regina Tomie Ivata, Lima Margareth Guimarães, Araújo Silvânia Suely Caribé de, Silva Marta Maria Alves da, Freitas Maria Imaculada de Fátima et al . Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 19] ; 51(Suppl 1): 4s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en. Epub June 01, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>.
 22. Malta Deborah Carvalho, Stopa Sheila Rizzato, Szwarcwald Celia Landmann, Gomes Nayara Lopes, Silva Júnior Jarbas Barbosa, Reis Ademar Arthur Chioro dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Dec [cited 19 Out 2020] ; 18(Suppl 2): 3-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.
 23. Ministério da Saúde (BR). IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Brasília, 2014. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

24. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): 2019. 120 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
25. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer: abordagens básicas para controle do câncer. Rio de Janeiro (RJ): 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>.
26. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro (RJ); 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consenso-nutricao-oncologica-vol-ii-2-ed-2016.pdf>.
27. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Inquérito luso-brasileiro de Nutrição oncológica do Idoso: Um estudo multicêntrico. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro (RJ); 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inquerito-lusobrasileiro-de-nutricao-oncologica-completo.pdf>
28. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro (RJ); 2009. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consenso-nacional-de-nutricao-oncologica-2009.pdf>.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019 set [19 Out 2020]; 50, 1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2019. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2020/01/vigitel-brasil-2018.pdf>.
33. Mota Dálete Delalibera Corrêa de Faria, Pimenta Cibele Andrucio de Mattos, Caponero Ricardo. Fatigue in colorectal cancer patients: prevalence and associated factors. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 June [cited 2020 June 04] ; 20(3): 495-503. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692012000300010&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300010>.
34. Nações Unidas Brasil. *Objetivos de desenvolvimento sustentável: objetivo 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades* [Internet]. Brasília: Nações Unidas Brasil; 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/>.
35. Organização Pan-Americana (OPAS). *Depressão: o que você precisa saber*. 2016-2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822.
36. Organização Pan-Americana (OPAS). XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Beinestar y Envejecimeiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. 2001. Disponível Em: <https://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>.
37. Paula JMd, Sonobe HM, Nicolussi AC, Zago MMF, Sawada NO. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 Apr;20(2):362-8. doi: 10.1590/ S0104-11692012000200020
38. Pinho Miriam Ximenes, Custódio Osvladir, Makdisse Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2009 Apr [cited 2020 June 11] ; 12(1): 123-140. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000100123&lng=en.
39. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2010 Nov;40(11):1797-810. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935927/pdf/nihms203992.pdf>.

40. Salvetti Marina de Góes, Machado Caroline Silva Pereira, Donato Suzana Cristina Teixeira, Silva Adriana Marques da. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 June 04] ; 73(2): e20180287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200150&lng=en.
41. Santos Carolina Araújo dos, Ribeiro Andréia Queiroz, Rosa Carla de OliveiraBarbosa, Ribeiro Rita de Cassia Lanes. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 June 11] ; 20(3): 751-760. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300751&lng=en.
42. Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011 Jun;377(9781):1949-61. Disponível em: http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf.
43. Simão DAS, Aguiar ANA, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL, et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. *Enferm Foco.* 2017;8(2):82-6. doi: 10.21675/2357-707X.2017. v8.n2.874.
44. Swaminathan R, Selvakumaran R, Vinodha J, Ferlay J, Sauvaget C, Esmey PO, et al. Education and cancer incidence in a rural population in south India. *Cancer Epidemiol.* 2009 Aug;33(2):89-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19679053/>.
45. Rafihi-Ferreira, Renatha El; PIRES, Maria Laura Nogueira; SOARES, Maria Rita Zoéga. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. *Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre* , v. 25, n. 3, p. 506-513, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300010&lng=en&nrm=iso.
46. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012 Dec;21(4):539-48.. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt.
47. World Health Organization. Depressão e outras desordens mentais comuns, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.

48. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
49. World Health Organization. Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Geneva: WHO; s.d. [citado 19 Out 2020]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
50. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO. 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=BCE6C6CED8892831D7B0B5EEA13DAA9A?sequence=1

ANEXOS

Quadro 1. Número de óbitos por câncer de acordo com o ano e a faixa etária, dados da TabNet

Ano	60- 69 anos	70 - 79 anos	80 ou mais	Total
2018	57.608	55.915	46.785	160.308
2017	55.548	53.860	45.192	154.600
2016	53.431	51.681	43.184	148.296
2015	51.340	50.663	41.450	143.453
2014	48.650	48.897	39.815	137.362
2013	46.934	47.359	38.227	132.520
2012	45.005	46.091	36.810	127.906
2011	42.984	44.257	35.017	122.258
2010	41.559	43.297	33.204	118.060
2009	39.279	41.803	31.305	112.387
2008	39.083	40.745	29.977	109.805
Total	521.421	524.568	420.966	1.466.955

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO ESTUDO SABE

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - Coorte 2015

Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo.

Pesquisador: YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47683115.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.800.782

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto temático sobre saúde do idoso, com base em amostra representativa e seguimento longitudinal (4a onda) de residentes na cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar padrões de vida e de saúde de idosos na cidade de São Paulo, bem como de seus determinantes e fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto equacionou adequadamente a avaliação de riscos e benefícios. Já foi aprovado para as ondas anteriores e já havia sido aprovado quanto a esse quesito para a corrente avaliação da 4a onda do seguimento longitudinal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A única pendência levantada dizia respeito à solicitação de informações adicionais quanto ao envio ao exterior de amostras de sangue para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios. O TCLE informa adequadamente aos participantes do

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br