

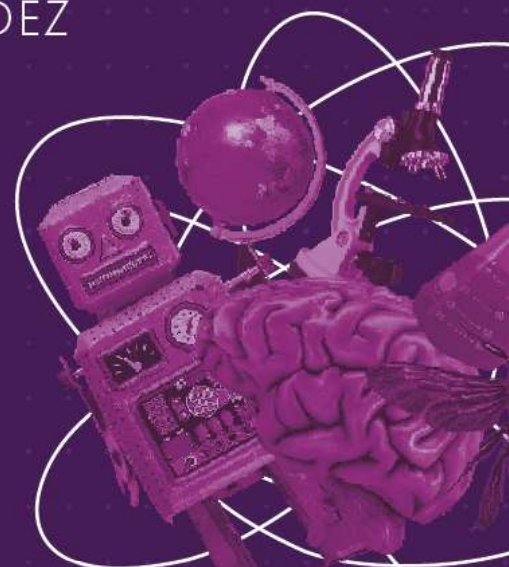
RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE CÂNCER

Professora orientadora: Vanessa Alvarenga Pegoraro

Alunas: Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha e Isabelle Sacakura Marques Lima

PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ
2024



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**CATARINA RIBEIRO BOTELHO DE SOUSA TRONCHA
ISABELLE SACAKURA MARQUES LIMA**

**RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E A EFICÁCIA DO
TRATAMENTO DE CÂNCER**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.
Orientação: Vanessa Alvarenga Pegoraro

**BRASÍLIA
2025**

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado com muito amor e gratidão a duas mulheres que foram nossas maiores inspirações na luta contra o câncer. À avó, Verônica Ribeiro Botelho, que enfrentou a doença com coragem e dignidade, deixando-nos um legado de força e esperança. Embora hoje esteja no céu, sua memória vive e nos motiva. E à mãe, Thyfani Ayres Sacakura, que travou uma batalha pela vida e hoje está conosco, se recuperando e nos enchendo de esperança com sua presença, resiliência e fé. Que suas histórias de luta e superação sejam sempre lembradas e sirvam de inspiração para todos que enfrentam essa difícil jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pela vida, pela saúde e pela força concedida em cada etapa desta jornada acadêmica, iluminando nosso caminho mesmo nos momentos de maior desafio. Aos nossos pais, pela dedicação incondicional, pelo amor, incentivo e apoio em todos os aspectos da nossa formação, sendo nossa base e inspiração diária. À nossa orientadora, Professora Vanessa Pegoraro, pela paciência, pelo comprometimento e pela orientação cuidadosa, que contribuíram não apenas para o desenvolvimento deste trabalho, mas também para nosso crescimento pessoal e profissional. Por fim, agradecemos aos participantes da pesquisa, que contribuíram para a realização deste projeto.

RESUMO

O tema da Segurança Alimentar é cada vez mais importante, especialmente em relação à saúde da população. A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) ocorre quando esse direito não é garantido, levando à fome e desnutrição. O tratamento oncológico hoje envolve uma combinação de intervenções, medicamentos e radioterapia. No entanto, as desigualdades sociais, econômicas e tecnológicas criam barreiras no acesso ao tratamento adequado. Além disso, o estilo de vida e as condições sociais e econômicas estão diretamente ligados ao câncer. Sendo assim, questões importantes a se considerar são o padrão alimentar prévio ao diagnóstico, o estado nutricional durante o tratamento e o impacto da segurança alimentar no processo terapêutico. Diante disso, o objetivo geral do estudo é identificar a relação entre insegurança alimentar e o tratamento de câncer. Para isso, 36 pacientes oncológicos participaram da pesquisa, respondendo a um questionário estruturado para coleta de dados sociodemográficos e padrão alimentar antes e durante o tratamento. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (83,3%), com idade superior a 50 anos e alta escolaridade. Observou-se aumento no número de refeições diárias durante o tratamento e maior consumo de frutas, verduras e saladas (de 41,7% para 50%). O consumo de proteínas animais manteve-se elevado (72%), enquanto alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas continuaram presentes na dieta. Na presente pesquisa não foram encontrados casos de insegurança alimentar, talvez por ser realizada na região do país de maior poder aquisitivo. Entretanto, estudos referem que a insegurança alimentar persiste como barreira, podendo impactar negativamente a resposta terapêutica e a qualidade de vida. Dessa forma, evidencia-se que a insegurança alimentar afeta a dieta de pacientes oncológicos e pode prolongar ou dificultar o tratamento. Estratégias de intervenção nutricional personalizada e políticas públicas de apoio alimentar são fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento, otimizar o estado nutricional e favorecer melhores desfechos clínicos.

Palavras-chave: câncer; insegurança alimentar; tratamento; alimentação; oncologia.

SUMÁRIO

1	Introdução	7
2	Fundamentação teórica	10
1.	Panorama da Insegurança Alimentar no Brasil	10
1.1	Dados epidemiológicos recentes e Ferramentas de avaliação	10
1.2	Determinantes sociais da insegurança alimentar	10
2.	Câncer no Brasil: Epidemiologia e Fatores de Risco	11
3.	Impactos da Insegurança alimentar em Pacientes Oncológicos	12
4.	Complicações Nutricionais Durante o Tratamento Oncológico	13
4.1	Efeitos adversos do tratamento	13
4.2	Estratégias de manejo nutricional	13
5.	Aspectos Psicossociais da Insegurança Alimentar no Câncer e Políticas Públicas	14
6.	Segurança Alimentar como Estratégia de Promoção da Saúde no Câncer	15
3	Método	16
4	Resultados e discussão	18
4.1	Perfil Sociodemográfico	18
4.2	Padrão Alimentar	21
4.3	Análise do discurso do sujeito coletivo	30
5	Considerações finais	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE A – Questionário para pesquisa	37
	ANEXO A – Registro de consentimento livre e esclarecido para pesquisas virtuais (RCLE)	42
	ANEXO B – Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)	46

1 Introdução

Atualmente é perceptível que Segurança Alimentar tornou-se um dos assuntos mais investigados e estudados mundialmente, principalmente sua relevância para a saúde da população (Maluf; Menezes, 2017). A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) definiu como o cumprimento do direito de cada cidadão ao acesso regular e saudável à alimentação, mas garantindo que esse direito seja respeitado sem comprometer outros. Sendo assim, a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) seria a não garantia de tal direito, gerando fome e desnutrição (Bezerra, 2020).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer - INCA, espera-se que, para 2023, 2024 e 2025, 704 mil novos casos de câncer no país (2022). Nesta visão, é crucial promover estratégias que assegurem condições mínimas de sobrevivência, fundamentadas nos direitos, na assistência e na inclusão dessas pessoas na nova realidade causada pelas doenças oncológicas.

Mais de 50% dos pacientes atendidos pelo SUS tem uma baixa capacidade de detecção precoce e suspeição diagnóstica na atenção básica. Nos tempos atuais, o tratamento oncológico é feito por uma combinação de intervenções, medicamentos e radioterapia (Temporão, 2022). A relação entre a insegurança alimentar e o acesso aos cuidados médicos pode causar atrasos na procura por assistência médica e dificuldades na adesão ao tratamento devido a limitações financeiras. Isso pode agravar condições de saúde já existentes e até mesmo levar a diagnósticos tardios de câncer (Chinaemelum, 2023).

Entre 2011 e 2014, em Nova York, EUA, cerca de 8,36% dos sobreviventes de câncer enfrentavam acesso incerto ou limitado a alimentos, o que equivale a quase metade dos 15,89% dos não sobreviventes de câncer que também enfrentavam insegurança alimentar (Gany, 2021). Este mesmo estudo, declara que grupos jovens e de baixa renda tinham níveis maiores de insegurança alimentar quando comparados aos indivíduos que possuem 70 anos ou mais. Uma vez que, tal população possui uma assistência financeira maior (Gany, 2021).

As principais barreiras atualmente no enfrentamento do câncer estão relacionadas às desigualdades, especialmente as sociais, mas também as econômicas, tecnológicas e políticas. A falta de equidade dentro de um mesmo país, amplia a vulnerabilidade da população aos fatores de risco e dificulta o acesso aos serviços de

saúde, afetando principalmente os indivíduos menos favorecidos (INCA, 2019). Além disso, o câncer é uma patologia relacionada, direta ou indiretamente, a fatores externos, por meio do reflexo do modo de vida dos pacientes e condições tanto sociais quanto econômicas (Da Silva, 2022).

Efeitos adversos representam uma das principais limitações do tratamento oncológico, variando em sua intensidade dependendo da terapia utilizada. Entre os efeitos estão a mielossupressão, esterilidade, alopecia, cicatrização deficiente de feridas, lesões gastrointestinais, entre outros. As náuseas e os vômitos são os efeitos mais frequentes. Além disso, a perda de apetite é um desafio para os pacientes com câncer, sendo influenciada por diversos fatores, como alterações metabólicas e hormonais, mudanças no olfato e paladar, aversão à comida e disfagia. Sendo assim, para um tratamento eficiente, faz-se necessário a adequada ingestão de alimentos, garantindo os nutrientes necessários para o processo de recuperação (Soares, 2009).

Em síntese, o contexto de insegurança alimentar impacta diretamente na questão da saúde dos pacientes, sobretudo, em relação ao estado nutricional e à eficácia do tratamento, necessitando de maior avaliação e elaboração de estratégias para uma melhor intervenção.

Diante do exposto, alguns questionamentos se fazem necessários, tais como: Qual era o padrão alimentar dos pacientes antes do diagnóstico? Qual é o estado nutricional dos pacientes após o tratamento? Há insegurança alimentar durante o tratamento? Qual o impacto da segurança alimentar no tratamento oncológico?

A alimentação é um fator importante quando nos tratamos de câncer. Uma dieta com alto teor de gordura saturada e baixo consumo de frutas, legumes e verduras aumenta a probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama, cólon, próstata e esôfago. Consumo de alta densidade energética aumenta a possibilidade de ganho de peso, o que, por sua vez, está relacionado ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Essas condições são fatores de risco para vários tipos de neoplasias. No entanto, refeições ricas em frutas, legumes, verduras reduz o risco do desenvolvimento de tumores malignos nos pulmões, pâncreas, cólon, reto, próstata, esôfago, boca, faringe e laringe (INCA, 2019).

A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 227º, trata do direito à alimentação adequada e saudável. Nesse contexto, ela assume o compromisso com a

população que está em tratamento oncológico, uma vez que a oferta de tratamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não atende à demanda necessária. Apesar da legislação garantir esse direito, as pessoas em tratamento oncológico enfrentam uma realidade significativamente diferente da maioria da população brasileira, enfrentando diversas situações de vulnerabilidade (Brasil, 1988).

À medida que a gravidade da insegurança alimentar aumenta, a incidência de câncer também tende a aumentar (Parks, 2022). Um estudo revelou que 16% das famílias afetadas pela insegurança alimentar apresentavam algum membro em tratamento de câncer, evidenciando o impacto direto dessa condição no prognóstico da doença (Parks, 2022). A implementação de medidas de triagem e tentativa de resolução da insegurança alimentar em pessoas diagnosticadas com câncer, pode representar estratégias promissoras para aumentar a adesão ao tratamento e diminuir as disparidades socioeconômicas nos desfechos relacionados ao câncer (MCDougall, 2020).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo geral identificar a relação entre a insegurança alimentar e o tratamento de pacientes com câncer. Entre os objetivos específicos da pesquisa, destacou-se a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, por meio da análise de variáveis como faixa etária, sexo, escolaridade, tempo de tratamento e tipo de terapia utilizada no tratamento.

A compreensão desses aspectos permitiu identificar fatores associados à maior exposição à insegurança alimentar durante o tratamento. Além disso, buscou-se descrever o padrão alimentar dos pacientes antes e durante o tratamento oncológico, com o intuito de identificar possíveis mudanças nos hábitos alimentares, na disponibilidade de alimentos e na qualidade da dieta. Essas informações foram fundamentais para compreender de que forma o processo terapêutico e as condições socioeconômicas interferem na alimentação dos pacientes, impactando sua saúde e adesão ao tratamento.

2 Fundamentação teórica

1. Panorama da Insegurança Alimentar no Brasil

1.1 Dados epidemiológicos recentes e Ferramentas de avaliação

Em 2023, aproximadamente 27,6% dos lares brasileiros vivenciaram algum grau de insegurança alimentar, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024). Esse índice revela um cenário preocupante de vulnerabilidade social e nutricional no país.

Segundo a PNAD de 2013, as regiões brasileiras apresentam distintos graus de IAN. O estudo revelou uma forte relação entre IDH e IAN, sendo inversamente proporcionais (quanto maior o IDH da região, menor a IAN) e uma relação diretamente proporcional com o percentual de extremamente pobres, índices de vulnerabilidade social e mortalidade infantil (Bezerra, 2020).

Sendo assim, dados epidemiológicos de 2013 evidenciaram que a região Nordeste tem maior prevalência de Insegurança alimentar (38,1%), seguida da região Norte (36,1%) e as regiões Centro-oeste (18,2%), Sul (14,9%) e Sudeste (14,5%) possui um menor índice (Bezerra, 2020).

A avaliação dessa condição no Brasil é realizada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que classifica os domicílios em quatro níveis: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada e grave (MS, 2023). A EBIA baseia-se na percepção dos moradores sobre a disponibilidade e qualidade dos alimentos nos últimos 90 dias. O questionário, contendo 14 perguntas, é aplicado ao responsável pelo domicílio permitindo identificar desde alterações sutis na dieta até situações concretas de fome (Bezerra, 2020).

1.2 Determinantes sociais da insegurança alimentar

A segurança alimentar consiste no acesso regular a alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Na insegurança leve, observa-se piora na qualidade do consumo, ainda que a quantidade não seja afetada. Na forma moderada, há comprometimento

simultâneo de quantidade e qualidade, geralmente entre adultos. Já a insegurança grave é caracterizada pela escassez de alimentos até mesmo para crianças, com episódios de fome documentados.

Os determinantes sociais da insegurança alimentar estão relacionados principalmente a fatores socioeconômicos, estruturais, de território ou que afetem o acesso à alimentos. Dentre eles, podemos destacar as condições econômicas e de renda. A baixa renda familiar é um dos maiores preditores da IAN, sendo agravado por situações como desemprego, subemprego ou trabalho informal. Essa questão é influenciada e piora com a baixa escolaridade, uma vez que famílias com a escolaridade menor que 5 anos têm maior dificuldade de se inserir no mercado de trabalho e, com isso, apresentam uma renda per capita muito menor, influenciando no acesso à alimentação (Bezerra, 2020).

Além disso, destaca-se fatores políticos e de estrutura que interferem na segurança alimentar direta e indiretamente. Programas como o Bolsa Família, agricultura familiar e programas em escolas públicas reduziram a IAN entre 2004 e 2013. Já a precariedade no saneamento básico, limpeza das ruas (coleta de lixo) e a distribuição de água não tratada aumentam a vulnerabilidade (Bezerra, 2020).

A insegurança alimentar não se restringe à insuficiência de alimentos, mas também envolve a inadequação nutricional. Transformações socioeconômicas, crises econômicas e alterações nos hábitos alimentares influenciam diretamente esse cenário. No caso de pacientes diagnosticados com câncer, a situação de vulnerabilidade tende a se agravar, aumentando o risco de dietas inadequadas (MS, 2023).

2. Câncer no Brasil: Epidemiologia e Fatores de Risco

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, até o final de 2025, o Brasil registre aproximadamente 704 mil novos casos anuais, com maior prevalência dos cânceres de mama, próstata, cólon e reto (INCA, 2022).

A etiologia de muitos tipos de câncer resulta da interação entre fatores ambientais e endógenos, sendo a dieta um dos elementos mais relevantes dessa relação. Estima-se que cerca de 35% dos casos estejam associados a padrões alimentares inadequados (Garófolo, 2004).

Além disso, existem outros fatores de risco bem estabelecidos, como tabagismo, com destaque para cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e bexiga; alcoolismo, associado a esôfago, cavidade oral, fígado e faringe; dieta inadequada com maior repercussão em cólon, mama e esôfago; sedentarismo, exposição solar e poluição tanto ambiental quanto ocupacional (Da Silva, 2022).

Outro fator determinante para a epidemiologia de cânceres no Brasil são os determinantes sociais. A desigualdade socioeconômica influencia a exposição a fatores de risco, além de dificultar o diagnóstico precoce. É notório que regiões que possuem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor, apresentam maiores taxas de cânceres preveníveis em estágios mais avançados (De Oliveira Santos, 2023).

3. Impactos da Insegurança Alimentar em Pacientes Oncológicos

Estudos indicam que pacientes oncológicos em situação de insegurança alimentar apresentam menor adesão ao tratamento, maior número de faltas às consultas e até interrupções terapêuticas devido a limitações financeiras. A falta de recursos compromete o transporte, a compra de medicamentos, a realização de exames e o acompanhamento médico (Gany, 2021).

Além disso, o impacto econômico do câncer pode levar famílias a dificuldades para manter uma alimentação adequada. Muitas vezes, pacientes e cuidadores enfrentam a difícil escolha entre destinar recursos a cuidados médicos ou à compra de alimentos. Aproximadamente 66% dos domicílios em vulnerabilidade relataram dilema entre adquirir alimentos essenciais e suprimentos médicos (Chinaemelum, 2023).

A insegurança alimentar compromete o manejo nutricional, favorecendo a desnutrição, a perda de massa magra e a redução da imunocompetência, o que impacta negativamente a resposta terapêutica (Chinaemelum, 2023). Nessas

condições, há maior tendência ao consumo de alimentos de baixo custo, frequentemente ultraprocessados e com alta densidade calórica, mas de baixo valor nutricional (Madigan, 2021).

4. Complicações Nutricionais Durante o Tratamento Oncológico

4.1 Efeitos adversos do tratamento

Pacientes em tratamento oncológico frequentemente apresentam disfagia, mucosite, xerostomia, alterações no paladar e recusa alimentar, efeitos adversos induzidos pela quimioterapia e radioterapia (Tiezerin, 2021). Além dos sintomas já citados, disgeusia, hiporexia e constipação também são relatados. Além disso, o medo da dor e de desconfortos gastrointestinais, como diarreia e vômitos, é um fator adicional de recusa alimentar. Tais sintomas podem ser resultantes do próprio tumor ou da terapia utilizada em tratamento e reduzem a ingestão alimentar e agravam o risco de desnutrição (Pereira, 2024).

Além disso, vale ressaltar as alterações morfológicas, metabólicas e funcionais que o câncer e suas terapias provocam. Dentre elas, a lipólise, o catabolismo proteico, o aumento de gasto energético e a maior liberação de citocinas inflamatórias influenciando na má nutrição e, conseqüentemente, na desnutrição do paciente. Há evidências também no impacto da qualidade de vida e a autonomia com a fadiga e redução da capacidade funcional (Torres, 2023). A caquexia e a perda de massa muscular causadas pela má nutrição, comprometem o sistema imunológico e aumentam a possibilidade de infecções e diminuem a tolerância ao tratamento (Pereira, 2024).

4.2 Estratégias de manejo nutricional

O manejo nutricional adequado é essencial para otimizar os resultados do tratamento oncológico. A avaliação permite identificar pacientes em risco nutricional antes de apresentar sinais clínicos. Tal avaliação pode ser realizada com diferentes ferramentas, como o cálculo do Índice de massa corporal (IMC), a Avaliação Subjetiva Global (ASG) e a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (Pereira, 2024).

Recomenda-se estimular a ingestão de diferentes consistências (líquidos, pastosos e sólidos), a realização de seis a oito refeições diárias e a variação das cores dos alimentos. É importante evitar ultraprocessados, condimentos fortes, pimentas, embutidos, doces, alimentos muito quentes, gordurosos e suplementos antioxidantes sem indicação médica (Melgaço, 2021).

Indica-se antes do tratamento uma dieta equilibrada para criar reserva nutricional; durante o tratamento uma dieta com adaptação de texturas, uso de suplementos e fracionamento das refeições; pós tratamento uma dieta rica em nutrientes para ganho ponderal saudável e reconstrução muscular e, em cuidados paliativos, o foco é no conforto e nos gostos do paciente. Além dessas recomendações, é importante individualizar a intervenção nutricional, baseando-se no tipo de neoplasia, tipo de tratamento e aos sintomas (Pereira, 2024).

O World Cancer Research Fund reforça a importância de recomendações personalizadas, que considerem a quantidade adequada, limites máximos e mínimos de ingestão e variedade alimentar. Essas orientações devem ser adaptadas ao contexto socioeconômico e cultural do paciente (Garófolo, 2004).

5. Aspectos Psicossociais da Insegurança Alimentar no Câncer e Políticas Públicas

A insegurança alimentar é um fator de risco relevante para sintomas depressivos em pacientes com câncer, tratados ou não, especialmente em casos de neoplasias do trato digestivo. O estresse alimentar, somado à fragilidade física e às incertezas quanto ao tratamento e à sobrevivência, contribui para quadros depressivos e sofrimento psicológico, prejudicando a reabilitação e influenciando negativamente os desfechos clínicos (Madigan, 2021).

Fatores psicológicos também estão envolvidos negativamente no apetite. Depressão, ansiedade e estresse emocional podem levar a compulsão ou recusa alimentar, afetando diretamente na nutrição do paciente (Pereira, 2024). Como consequência podemos evidenciar a maior toxicidade do tratamento, maior tempo de

internação, pior prognóstico, menor resposta tumoral e maior mortalidade (Torres, 2023).

A Constituição Federal de 1988 garante o direito à alimentação e à saúde. O artigo 6º reconhece a alimentação como direito social fundamental, enquanto o artigo 227º assegura proteção integral a crianças, adolescentes e pessoas em situação de vulnerabilidade. O INCA defende que o enfrentamento do câncer deve ir além da abordagem curativa, contemplando a promoção da equidade e a garantia de segurança alimentar aos pacientes (Brasil, 1988; INCA, 2022).

6. Segurança Alimentar como Estratégia de Promoção da Saúde no Câncer

O enfrentamento do câncer requer uma abordagem integral, e a nutrição adequada desempenha papel fundamental nesse processo, não apenas para manter o estado nutricional do paciente, mas também para favorecer a resposta ao tratamento e prevenir complicações (Melgaço, 2021).

A literatura evidencia que a insegurança alimentar em pacientes oncológicos está associada a maiores complicações, menor adesão ao tratamento e piores desfechos clínicos. Nesse contexto, investir em segurança alimentar representa não apenas uma medida de justiça social, mas também uma estratégia efetiva de promoção da saúde, com potencial para fortalecer a resposta terapêutica e melhorar a qualidade de vida (Patton, 2002).

3 Método

Tratou-se de uma pesquisa transversal, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, com análise descritiva para os dados quantitativos e análise do discurso do sujeito coletivo, para os dados qualitativos. Cujo objetivo foi investigar aspectos relacionados ao padrão alimentar de pacientes oncológicos em tratamento. A metodologia empregada utilizou a técnica de amostragem em cadeia, conhecida como “bola de neve”, conforme descrita por Patton (2002). A coleta de dados foi realizada por meio do envio de um questionário semi-estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, utilizando plataformas digitais como e-mail e WhatsApp®. O formulário foi replicado semanalmente ao longo de três meses (de dezembro de 2024 a fevereiro de 2025), totalizando quatro disparos semanais — dois por cada orientanda.

A pesquisa teve início a partir de um sujeito-chave, chamado de “semente”, responsável por identificar os primeiros participantes com o perfil adequado, os quais indicaram novos pacientes, ampliando progressivamente a amostra.

A pesquisa foi realizada com pacientes oncológicos de todas as idades que estavam em tratamento ou já tinham finalizado e que aceitaram participar de forma voluntária. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, no caso de menores de 18 anos, foi exigido o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), acompanhado da assinatura do TCLE por seus responsáveis legais (Anexos A e B). Foram excluídos da amostra os indivíduos que se recusaram a participar, que não tinham acesso à internet ou que não estavam em condições de responder adequadamente ao questionário.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário digital com perguntas abertas e fechadas, elaborado pelas estudantes e disponibilizado via Google Forms. O link foi enviado diretamente aos participantes pelas plataformas de comunicação já citadas. Na primeira etapa, foram coletadas informações sociodemográficas como idade, gênero, escolaridade, tempo de tratamento e tipo de terapia. Na segunda etapa, o questionário abordou o padrão alimentar, os hábitos de vida e as mudanças ocorridas após o início do tratamento oncológico. Os dados foram preenchidos pelo próprio paciente ou, quando necessário, pelo responsável legal.

A análise dos dados incluiu a apresentação descritiva por meio de tabelas, com aplicação de medidas resumo como frequência relativa e absoluta.

Para análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foi considerada a teoria das representações sociais (RS), as quais resultam da interação social, com base nas coisas que são comuns para um determinado grupo de pessoas e que pode ser definido como um conjunto de opiniões, imagens e conhecimentos que corroboram para a construção social (Morera, 2017).

A pesquisa seguiu rigorosamente os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente submetida à Plataforma Brasil. Todos os dados coletados permanecem sob sigilo, e nenhuma informação pessoal identificável foi solicitada. Caso algum desconforto físico ou emocional fosse identificado, os participantes eram orientados a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima ou o serviço de psicologia do Centro de Atendimento Comunitário (CAC) do CEUB.

A participação na pesquisa foi totalmente voluntária e pôde ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízos. Os participantes tiveram o direito de não responder a perguntas que considerassem sensíveis ou desconfortáveis. O estudo não envolveu intervenções fisiológicas, psicológicas ou sociais, tampouco manipulou variáveis. Os dados foram armazenados de maneira segura, garantindo a confidencialidade das informações.

Como benefício, a pesquisa contribuiu para o conhecimento sobre o estado nutricional e o padrão alimentar de pacientes oncológicos no Brasil, promovendo a reflexão sobre a importância de uma alimentação equilibrada como fator de apoio ao tratamento. O projeto pôde ser encerrado caso o número mínimo de participantes não fosse alcançado. Os termos de consentimento foram explicados detalhadamente aos participantes ou responsáveis, assegurando a compreensão dos objetivos, riscos e benefícios do estudo.

4 Resultados e discussão

4.1 Perfil Sociodemográfico

A pesquisa foi composta por 36 participantes pacientes oncológicos que estavam realizando ou já finalizaram o tratamento de câncer. Nesse contexto, o perfil sociodemográfico dos integrantes da pesquisa foi analisado, sendo constituído de dados referentes ao gênero, idade, grau de escolaridade, tempo de tratamento e tipo de terapia. Nas Tabelas 1 e 2, verifica-se o perfil sociodemográfico da população analisada.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas

Sexo	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Feminino	30	83,3%
Masculino	06	16,7%

Idade	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Até 17 anos	00	0,0%
Até 19 anos	00	0,0%
20-29 anos	01	2,8%
30-39 anos	05	13,9%
40-49 anos	10	27,8%
50-59 anos	12	33,3%
Acima de 60 anos	08	22,2%

Nível de escolaridade	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Analfabeto (nunca frequentou instituições de ensino)	00	0,0%
Educação primária	00	0,0%

Educação secundária	03	8,3%
Ensino superior	13	36,1%
Pós-graduação	20	55,6%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Dos 36 entrevistados, 83,3% (30 entrevistados) declaram-se do gênero feminino e 16,7% (6 entrevistados), gênero masculino. Em termos de faixa etária, nenhum paciente têm até 19 anos, 01 (2,8%) têm entre 20 a 29 anos, 05 entrevistados (13,9%) têm idade entre 30 a 39 anos, já entre 40 a 49 anos, participaram 10 pacientes (27,8%), 12 (33,3%) têm entre 50 a 59 anos e 08 (22,2%) têm idade maior que 60 anos.

Em relação à escolaridade, 13 (36,1%) dos informantes concluíram o Ensino Superior e 20 (55,6%) cursaram alguma pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado). Apenas 03 (8,3%) declararam seu nível de escolaridade como educação secundária e não houve nenhuma resposta para educação primária ou analfabeto.

Tabela 2 - Associação das variáveis relacionadas ao tempo de diagnóstico e tratamento

Há quanto tempo teve o diagnóstico?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
1 a 2 meses	00	0,0%
2 a 3 meses	02	5,6%
3 a 6 meses	01	2,8%
6 a 12 meses	06	16,7%
+1 ano	05	13,9%
+2 anos	05	13,9%
+3 anos	05	13,9%
+4 anos	01	2,8%
+5 anos	11	30,6%

Há quanto tempo está fazendo tratamento	Frequência	Frequência
---	------------	------------

oncológico?	absoluta (n)	relativa (%)
1 a 2 meses	03	8,3%
2 a 3 meses	01	2,8%
3 a 6 meses	01	2,8%
6 a 12 meses	06	16,7%
+1 ano	05	13,9%
+2 anos	05	13,9%
+3 anos	04	11,1%
+4 anos	01	2,8%
+5 anos	10	27,8%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Quanto ao tempo de diagnóstico, observa-se que a maioria dos participantes recebeu o diagnóstico há mais de 5 anos, representando 30,6% (11 indivíduos). Em seguida, destacam-se os grupos com tempo de diagnóstico entre 6 a 12 meses (16,7%; 6 indivíduos), +1 ano (13,9%; 5 indivíduos), +2 anos (13,9%; 5 indivíduos) e +3 anos (13,9%; 5 indivíduos), os quais, juntos, correspondem a uma parcela significativa da amostra. Por outro lado, os menores percentuais foram observados entre aqueles diagnosticados há 3 a 6 meses e +4 anos, ambos com 2,8% (1 indivíduo), e entre os que receberam o diagnóstico entre 2 a 3 meses, totalizando 5,6% (2 indivíduos). Nenhum participante relatou diagnóstico entre 1 a 2 meses (0,0%). Esses dados demonstram uma predominância de indivíduos com diagnóstico mais antigo na amostra analisada.

Esse perfil sociodemográfico apresentado na pesquisa se assemelha mais com o que foi descrito pelo Health and Retirement Study (Pak, 2025) referente ao sexo e à idade, de modo a prevalecer o sexo feminino e a faixa etária acima de 50 anos. Exceto pelo grau de escolaridade, em que o mais descrito são pessoas de grau de escolaridade mais baixo, ensino médio completo ou inferior a isso, e nossa pesquisa revelou altos índices de pessoas com ensino superior e pós graduação.

Esse perfil sociodemográfico encontrado é em partes convergente com a literatura, uma vez que, é majoritariamente uma população feminina (Pereira, 2023).

No entanto, é notória a divergência. No sentido de que as pesquisas demonstram baixa renda e menor grau de escolaridade mais vinculadas a IAN (Penssan, 2022), além de, uma idade entre 18 e 50 anos (Pereira, 2023).

4.2 Padrão Alimentar

Entre os 36 pacientes avaliados, antes do início do tratamento 44,4% (16 indivíduos) realizavam quatro refeições/dia, 36,1% (13 indivíduos) realizavam três refeições e 16,7% (6 indivíduos) faziam mais de cinco refeições. Após o início da terapia houve redução para 38,9% (14 indivíduos) em quatro refeições e para 30,6% (11 indivíduos) em três refeições, enquanto as mais de 5 refeições aumentaram para 27,8% (10 indivíduos). Esses achados sugerem uma mudança na fragmentação do padrão alimentar após o início do tratamento: há uma leve redução no grupo que fazia 3–4 refeições e aumento no grupo com refeições mais frequentes (>5), o que pode refletir estratégias compensatórias (fracionamento) ou alterações de apetite associadas à terapia.

Tabela 3 - Associação das variáveis relacionadas à quantidade de refeições realizadas antes e após o início do tratamento

Quantas refeições por dia costumava fazer antes do início do tratamento?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Uma (1) refeição	00	0,0%
Duas (2) refeições	01	2,8%
Três (3) refeições	13	36,1%
Quatro (4) refeições	16	44,4%
+de cinco (5) refeições	06	16,7%
Quantas refeições por dia você faz após o início da terapia?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Uma (1) refeição	01	2,8%
Duas (2) refeições	00	0,0%
Três (3) refeições	11	30,6%

Quatro (4) refeições	14	38,9%
+de cinco (5) refeições	10	27,8%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

A autopercepção da qualidade alimentar melhorou numericamente após o início do tratamento: antes, 47,2% (17 indivíduos) consideravam sua dieta “saudável”, 41,7% “às vezes saudável” e 11,1% “não saudável”; depois, 63,9% (23 indivíduos) classificaram a alimentação como “saudável”, 30,6% como “às vezes” e 5,6% como “não saudável”. Essa discrepância entre percepção e comportamento real pode indicar que orientações recebidas na atenção oncológica alteraram a percepção do paciente sobre o próprio padrão alimentar, mesmo que nem sempre haja mudança objetiva nos hábitos.

A melhora na autopercepção da qualidade alimentar após o início do tratamento pode estar associada ao contato com orientações nutricionais durante a atenção oncológica, o que reforça a importância da educação alimentar no cuidado ao paciente com câncer. No entanto, estudos apontam que a percepção de uma dieta saudável nem sempre corresponde a mudanças efetivas nos hábitos alimentares, sendo comum a manutenção de padrões inadequados, especialmente em contextos de insegurança alimentar ou de dificuldades para adaptação à nova rotina alimentar. Esse descompasso pode comprometer o impacto esperado da intervenção nutricional, tornando necessária a abordagem contínua e personalizada (Bezerra, 2020).

Tabela 4 - Associação das variáveis relacionadas ao pensamento acerca da alimentação antes e após o início da terapia

O que você achava da sua alimentação antes do tratamento?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Saudável	17	47,2%
Às vezes saudável	15	41,7%
Não saudável	04	11,1%

O que você acha sobre a sua alimentação atual?		
Saudável	23	63,9%
Às vezes saudável	11	30,6%
Não saudável	02	5,6%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Observou-se um aumento no consumo diário desses alimentos — antes, 15 indivíduos (41,7%) relataram ingerir frutas/legumes todo dia; após o início do tratamento esse valor subiu para 18 indivíduos (50%). As categorias intermediárias (3–4 e 5–6 vezes/semana) também se mantiveram relevantes. Esse movimento pode refletir intervenção dietética ou maior motivação do paciente para adotar alimentos considerados protetores.

Estudos apontam que o consumo de frutas, verduras e legumes é de extrema importância na alimentação, por serem antioxidantes naturais, atuarem na defesa do organismo contra processo oxidativo, sendo esses alimentos os que mais contribuem para o fornecimento desses nutrientes ao corpo (Torres, 2023).

Tabela 5 - Associação das variáveis relacionadas ao consumo de frutas frescas, legumes e saladas antes e após o início do tratamento

Você costumava comer frutas frescas, legumes e saladas antes do início do tratamento?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Sim, todos os dias	15	41,7%
Sim, 5 a 6 vezes por semana	06	16,7%
Sim, 3 a 4 vezes por semana	06	16,7%
Sim, 1 a 2 dias por semana	06	16,7%
Raramente	02	5,6%
Não	01	2,8%

Você costuma comer frutas frescas, legumes e	Frequência	Frequência
---	-------------------	-------------------

saladas atualmente?	absoluta (n)	relativa (%)
Sim, todos os dias	18	50%
Sim, 5 a 6 vezes por semana	08	22,2%
Sim, 3 a 4 vezes por semana	09	25%
Sim, 1 a 2 dias por semana	00	0,0%
Raramente	01	2,8%
Não	00	0,0%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

A frequência de ingestão diária de proteína animal era alta antes do tratamento (29 indivíduos; 80,6%) e manteve-se elevada após (26 indivíduos; 72,2%), com pequeno deslocamento para frequências 5–6 e 3–4 vezes/semana. A manutenção de consumo proteico cotidiano é clinicamente relevante, pois a proteína auxilia na preservação da massa magra durante tratamentos catabólicos.

A manutenção do consumo proteico é fundamental para pacientes oncológicos, pois contribui para preservar a massa magra e apoiar a resposta imunológica durante tratamentos que induzem intenso catabolismo (Melgaço, 2021). O aporte adequado de proteínas, aliado a outros nutrientes, é apontado pelo INCA (2019) como fator essencial para otimizar o prognóstico e reduzir complicações nutricionais ao longo do tratamento.

Tabela 6 - Associação das variáveis relacionadas ao consumo de proteínas antes e após o início do tratamento

Com qual frequência costumava se alimentar de proteína animal (carne, peixe e frango) antes do tratamento oncológico?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Todos os dias	29	80,6%
5 a 6 dias por semana	02	5,6%

3 a 4 dias por semana	04	11,1%
1 a 2 dias por semana	01	2,8%
Raramente	00	0,0%
Nunca	00	

Com qual frequência costuma se alimentar de proteína animal (carne, peixe e frango) durante o tratamento?

Todos os dias	26	72,2%
5 a 6 dias por semana	04	11,1%
3 a 4 dias por semana	04	11,1%
1 a 2 dias por semana	00	0,0%
Raramente	01	2,8%
Nunca	01	2,8%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Os dados mostram consumo frequente de refrigerantes/sucos industrializados e ultraprocessados na amostra — por exemplo, a categoria “às vezes” foi a mais prevalente para bebidas (13 indivíduos; 36,1%) e para ultraprocessados (16 indivíduos; 44,4%). Esse padrão favorece alta densidade calórica com baixa qualidade nutricional, o que pode prejudicar o estado inflamatório, o controle de glicemia e a resposta imunológica, fatores que têm importância nos desfechos de pacientes oncológicos. Em relação ao consumo de frituras, a maioria relatou consumo esporádico (17 indivíduos; 47,2% “às vezes”, 15 indivíduos; 41,7% “raramente”), sendo poucos os que afirmaram “sempre” ou “na maior parte das vezes”.

O consumo frequente de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados, observado na amostra, reflete um padrão alimentar com alta densidade calórica e baixo valor nutricional, o que pode impactar negativamente o estado inflamatório, a regulação glicêmica e a função imunológica em pacientes oncológicos (Melgaço, 2021). A ingestão habitual desses produtos está associada à piora do prognóstico e ao

aumento do risco de complicações, uma vez que favorece processos pró-inflamatórios e resistência insulínica (INCA, 2019). Embora o consumo de frituras tenha sido menos frequente, a presença desses alimentos na dieta, mesmo que esporádica, ainda representa um fator de atenção, considerando as recomendações para reduzir a ingestão de gorduras saturadas e trans durante o tratamento (Melgaço, 2021).

Tabela 7 - Associação das variáveis relacionadas ao consumo de refrigerante, sucos industrializados, alimentos industrializados/ultraprocessados ou frituras atualmente

Costuma tomar refrigerante ou sucos industrializados? Se sim, com que frequência?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nunca	07	19,4%
Raramente	11	30,6%
Às vezes	13	36,1%
Na maior parte das vezes	01	2,8%
Sempre	04	11,1%

Com qual frequência você come alimentos Industrializados/ultraprocessados, como: hambúrguer, presunto, mortadela, peito de peru, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos e salgados?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nunca	04	11,1%
Raramente	12	33,3%
Às vezes	16	44,4%
Na maior parte das vezes	02	5,6%
Sempre	02	5,6%

Costuma comer frituras? Se sim, com qual frequência?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nunca	01	2,8%

Raramente	15	41,7%
Às vezes	17	47,2%
Na maior parte das vezes	01	2,8%
Sempre	02	5,6%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Relacionando o adoecimento com à alimentação, pode ser observado na tabela 8 que, apenas 16,7% acreditavam que sua alimentação tinha relação com a patologia, enquanto 47,2% relataram mudança brusca na alimentação após o início do tratamento e 27,8% referiram dificuldades para se adaptar à nova dieta.

Estudos indicam que o adoecimento por câncer pode alterar significativamente a relação do indivíduo com a comida, seja pelo impacto emocional do diagnóstico, seja pelas mudanças fisiológicas provocadas pela doença e pelo tratamento. Além disso, o medo de sentir dor ou desconforto ao se alimentar pode levar à recusa alimentar e à perda de prazer nas refeições, dificultando a manutenção de uma dieta equilibrada essencial para o tratamento (Tiezerin, 2021).

Tabela 8 - Variáveis referente ao adoecimento e tratamento relacionado à alimentação

Perguntas	Resultado n (%)
Acha que sua alimentação tem relação com sua patologia?	
Sim	16,7%
Não	83,3%
Houve alguma mudança brusca em sua alimentação após o início do tratamento?	
Sim	47,2%
Não	52,8%
Sentiu dificuldades para se adaptar à nova dieta durante o tratamento?	

Sim	27,77%
Não	72,22%
TOTAL	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

A análise dos dados referentes ao diagnóstico oncológico (Tabela 9) revela que o câncer de mama foi o mais prevalente entre os participantes, correspondendo a 44,8% dos casos. Em seguida, aparecem o câncer de próstata (8,4%), câncer de tireóide (5,8%) e câncer de ovário (5,6%). Outros diagnósticos, como câncer de orofaringe, câncer de colo de útero e linfoma de Hodgkin, apresentaram a mesma frequência, de 2,8% cada.

Esses achados estão alinhados com estimativas nacionais do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), que apontam o câncer de mama como o de maior incidência no Brasil, seguido por outros tipos com menor frequência relativa. Fatores como envelhecimento populacional, hábitos de vida e determinantes sociais de saúde contribuem para essa distribuição (Silva, 2022).

No que tange às terapias utilizadas, a predominância da quimioterapia (56%), seguida por hormonioterapia (47,6%) e radioterapia (42%), confirma o padrão descrito na literatura, segundo o qual esses métodos permanecem como pilares no tratamento oncológico, mesmo diante do avanço de terapias-alvo e da medicina de precisão (Temporão, 2022). A menor frequência de abordagens como imunoterapia, iodoterapia e uso de anticorpos monoclonais, variando de 2,8% a 5,6%, pode refletir barreiras de acesso, custo elevado e restrições de indicação clínica no contexto brasileiro.

Tabela 9 - Variáveis referente ao diagnóstico e tratamento oncológicos

Perguntas	Resultado n (%)
Qual o seu diagnóstico oncológico?	
Câncer de mama	44,8%
Câncer de próstata	8,4%
Câncer de tireóide	5,8%

Câncer de orofaringe	2,8%
Câncer de ovário	5,6%
Câncer de colo de útero	2,8%
Linfoma de Hodgkin	2,8%

Qual a terapia utilizada em seu tratamento?

Quimioterapia	56%
Radioterapia	42%
Hormonioterapia	47,6%
Cirurgia	25,2%
Imunoterapia	2,8%
Corticoterapia	5,6%
Iodoterapia	5,6%
Anticorpo monoclonal	2,8%
TOTAL	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

Já na Tabela 10 demonstra que a maioria absoluta dos participantes (88,9%) nunca passou fome por não ter comida suficiente, enquanto 8,3% relataram essa experiência raramente e apenas 2,8% afirmaram tê-la vivenciado na maior parte das vezes. Nenhum entrevistado declarou ter passado fome “às vezes” ou “sempre”, talvez por o DF ser a Unidade da Federação com a maior declaração de patrimônio por habitante (R\$95 mil) (FGV, 2023). Esses resultados indicam uma baixa prevalência de insegurança alimentar grave na amostra estudada, embora um grupo relevante enfrente situações de vulnerabilidade.

Segundo o IBGE (2024), a insegurança alimentar no Brasil está fortemente associada a fatores socioeconômicos e regionais, sendo mais prevalente em domicílios de baixa renda e em contextos de desigualdade social. No caso de pacientes oncológicos, estudos internacionais mostram que a insegurança alimentar pode impactar diretamente a adesão ao tratamento e os desfechos clínicos (Mcdougall, 2020). Ainda que os dados desta pesquisa indiquem uma condição relativamente

favorável na maioria dos casos, a presença, mesmo que pontual, de insegurança alimentar reforça a necessidade de acompanhamento social e nutricional contínuo, conforme preconiza a Constituição Federal (Brasil, 1988) e o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional definido pelo Ministério da Saúde (2024).

Tabela 10 - Variáveis referente à falta de comida

Já passou fome por não ter comida suficiente?	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Nunca	32	88,9%
Raramente	03	8,3%
Às vezes	00	0,0%
Na maior parte das vezes	01	2,8%
Sempre	00	0,0%
TOTAL	36	100%

Fonte: elaboração própria, 2025.

4.3 Análise do discurso do sujeito coletivo

Para a análise do discurso do sujeito coletivo, foram realizadas as seguintes perguntas:

“Sentiu dificuldades para se adaptar à nova dieta durante o tratamento? Se sim, quais foram??” (IC1), e “Relate detalhadamente como foram suas primeiras refeições após início do tratamento.” (IC2). Na análise das entrevistas foi possível encontrar duas Ideias Centrais (IC) que compuseram os discursos a seguir.

IDEIA CENTRAL 1 — Mudanças alimentares motivadas pelo tratamento oncológico, dificuldades iniciais e adaptação gradual

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

“Antes do tratamento, minha alimentação incluía mais industrializados, frituras, embutidos e refrigerantes, mas após o diagnóstico passei a priorizar comidas de verdade, preparadas em casa, com mais verduras, legumes, frutas e menos açúcar. Em

alguns momentos, a quimioterapia tirava totalmente meu apetite e alterava o paladar, deixando gosto amargo ou metálico, o que dificultava comer carne, verduras ou até beber água. Muitas vezes, no início, eu só conseguia ingerir alimentos pastosos, caldos, chás ou pequenas porções várias vezes ao dia. Busquei orientações nutricionais para organizar as refeições e adaptar os alimentos à minha tolerância, incluindo opções antioxidantes e proteínas magras. Com o tempo, consegui manter uma alimentação mais equilibrada, no horário certo, o que melhorou meu bem-estar, reduziu os enjoos e me ajudou a me sentir mais forte durante o tratamento.”

Os relatos mostram que 47,2% dos participantes declararam ter feito mudanças bruscas na alimentação após o início do tratamento, sendo as mais frequentes a redução de ultraprocessados, frituras, refrigerantes, açúcares e embutidos, com aumento no consumo de frutas, legumes e preparações caseiras. As dificuldades mais citadas foram enjoos, alterações no paladar e inapetência — efeitos colaterais comuns de terapias como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (INCA, 2022).

Conforme supracitado, a adaptação foi facilitada pelo apoio nutricional e pela reorganização das refeições, destacando-se a priorização de alimentos frescos e ricos em nutrientes, com benefícios na tolerância ao tratamento e percepção de saúde. Esses achados estão alinhados com a literatura, que aponta a nutrição adequada como fator protetor contra a perda de massa magra, complicações metabólicas e piora da qualidade de vida em pacientes oncológicos (Gomes, 2021).

Ideia Central 2 – Alterações no paladar, sintomas gastrointestinais e busca por refeições leves e adaptadas

“As primeiras refeições após o início do tratamento foram frequentemente influenciadas por alterações no paladar e sintomas como náuseas, enjoos e sabor metálico, comuns em terapias oncológicas. Muitos pacientes optaram por refeições mais leves, pastosas ou líquidas, priorizando caldos, sopas, frutas e legumes cozidos, seguindo, em alguns casos, orientações nutricionais individualizadas. Alguns mantiveram o padrão alimentar anterior, enquanto outros introduziram mudanças

visando melhor qualidade nutricional, maior ingestão de líquidos e redução de ultraprocessados.”

Alterações sensoriais e gastrointestinais, como disgeusia e náuseas, estão entre os efeitos colaterais mais frequentes da quimioterapia e radioterapia, afetando diretamente a aceitação e a variedade alimentar (Silva, 2021). A preferência por alimentos de consistência macia e de sabor suave, observada nos relatos, é uma estratégia recomendada para minimizar desconfortos e manter o aporte nutricional durante o tratamento (INCA, 2020). Além disso, a readequação da dieta com foco em alimentos in natura ou minimamente processados, associada à hidratação adequada, pode favorecer o controle de sintomas, a manutenção da massa magra e a resposta imunológica (Souza, 2022).

5 Considerações finais

As análises realizadas no presente estudo permitiram compreender aspectos importantes sobre a relação entre insegurança alimentar e eficácia do tratamento oncológico, destacando que fatores como condições socioeconômicas, acesso a alimentos de qualidade e mudanças nos hábitos alimentares exercem influência direta na saúde e na adesão terapêutica dos pacientes.

Observou-se que a maioria dos participantes apresentou boa disponibilidade de alimentos, bem como níveis satisfatórios de escolaridade. Esse cenário, embora positivo para a saúde dos indivíduos, pode ter limitado a observação de situações de insegurança alimentar mais graves, representando um viés na amostra e reforçando a necessidade de ampliar o alcance da pesquisa para diferentes contextos socioeconômicos.

Mesmo diante desse perfil privilegiado, foi possível identificar alterações no padrão alimentar de alguns participantes durante o tratamento, especialmente relacionadas à qualidade da dieta e à adaptação às demandas impostas pelos efeitos colaterais das terapias. Tais mudanças evidenciam que o tratamento oncológico pode impactar não apenas o estado nutricional, mas também o comportamento alimentar, independentemente da condição inicial de segurança alimentar.

As respostas às questões abertas revelaram que muitos pacientes enfrentam dificuldades alimentares durante o tratamento, relatando sintomas como enjojo, gosto metálico na boca, perda do apetite e alterações no paladar. Esses fatores impactam diretamente a qualidade da alimentação e podem dificultar a adesão ao tratamento nutricional recomendado. Além disso, considerando que a maioria da amostra apresentava boa condição de tratamento, é possível que esses desafios sejam ainda maiores em populações com menor acesso a recursos. Por isso, é fundamental ampliar as pesquisas para incluir diferentes perfis socioeconômicos, de modo a compreender melhor esses impactos e apoiar a criação de estratégias nutricionais mais eficazes e acessíveis para todos os pacientes oncológicos.

Constatou-se ainda que a literatura científica nacional e internacional sobre a relação entre insegurança alimentar e tratamento do câncer é escassa, o que limita a comparação e aprofundamento dos resultados. Embora existam pesquisas consolidadas sobre nutrição oncológica, há carência de estudos que associem de forma

direta o contexto socioeconômico, a segurança alimentar e a resposta terapêutica, principalmente no cenário brasileiro.

Assim, este trabalho contribui para preencher parcialmente essa lacuna, trazendo reflexões que podem orientar políticas públicas e intervenções multiprofissionais voltadas à manutenção da segurança alimentar como parte integrante do cuidado oncológico.

A alimentação adequada, além de ser um direito humano fundamental, constitui fator essencial para a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida e o potencial êxito terapêutico de pacientes em tratamento contra o câncer. Avançar nessa agenda requer esforços integrados entre saúde, assistência social e educação alimentar, garantindo que nenhum paciente tenha sua recuperação comprometida pela falta de acesso a uma nutrição adequada.

REFERÊNCIAS

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. – 5. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BEZERRA, M. S. et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3833-3846, 2020.

BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 637-651, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 6º.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 227º.

BURTON-OBANLA, A. A. et al. Oncology registered dietitian nutritionists' knowledge, attitudes, and practices related to food insecurity among cancer survivors: A qualitative study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, v. 122, n. 12, p. 2267-2287, 2022.

CHAPDELAINE, A. G.; SUN, G. Challenges and opportunities in developing targeted therapies for triple negative breast cancer. *Biomolecules*, v. 13, n. 8, p. 1207, 2023.

CHINAEMELUM, A. et al. Impact of food insecurity on outcomes following resection of hepatopancreaticobiliary cancer. *Annals of Surgical Oncology*, v. 30, n. 9, p. 5365-5373, 2023.

DA SILVA, J. L.; SILVA, A. S. Epidemiologia e os tipos de câncer de maior incidência no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 7, p. 51703-51711, 2022.

DE OLIVEIRA SANTOS, M. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 1, 2023.

FGV Social. *Mapa da riqueza: dados inéditos mostram que Brasília é o lugar com maior renda do país*. Portal FGV – Notícias. 14 fev. 2023. Disponível em: <https://portal.fgv.br/noticias/mapa-riqueza-dados-ineditos-mostram-brasilia-e-lugar-maior-renda-pais>. Acesso em: 15 ago. 2025.

GANY, F. et al. Food insecurity among cancer patients enrolled in the supplemental nutrition assistance program (SNAP). *Nutrition and Cancer*, v. 73, n. 2, p. 206-214, 2021.

GANY, F. et al. The association between housing and food insecurity among medically underserved cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, v. 29, n. 12, p. 7765-7774, 2021.

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Revista de Nutrição*, v. 17, p. 491-505, 2004.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE: 27,6% dos lares brasileiros vivem com insegurança alimentar. IBGE, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Desigualdade e câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MADIGAN, K. E.; LEIMAN, D. A.; PALAKSHAPPA, D. Food insecurity is an independent risk factor for depressive symptoms in survivors of digestive cancers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, v. 30, n. 6, p. 1122-1128, 2021.

MALUF, R. S.; MENEZES, F.; MARQUES, S. B. Caderno segurança alimentar. Paris: Fhp, 2000. p. 1-52.

MCDUGALL, J. A. et al. Food insecurity and forgone medical care among cancer survivors. *JCO Oncology Practice*, v. 16, n. 9, p. e922-e932, 2020.

MELGAÇO, A. A. et al. Dietoterapia para pacientes oncológicos: câncer colorretal, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025 [online]. Disponível em:

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>. Acesso em: 11 ago. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário Saúde Brasil: Insegurança Alimentar e Nutricional [online]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/inseguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 11 ago. 2025.

MORERA, J. A. C. Las representaciones sociales y la cognición social: contribuciones para la investigación en enfermería y salud. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 4, e1500017, 2017. Disponível em:

<https://scielo.br/j/tce/a/xQhFLNMLqdkcjyWTNNwf7xt/?lang=es>. Acesso em: 10 jul. 2025.

PAK, T. Health expenditures and food insecurity among older cancer survivors in the United States. *Health Economics Review*, v. 15, n. 1, p. 22, 2025.

PARKS, C. A. et al. A scoping review of food insecurity and related factors among cancer

survivors. *Nutrients*, v. 14, n. 13, p. 2723, 2022.

PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.

PENSSAN, Rede. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022.

PEREIRA, C. P. P. et al. A importância da avaliação do estado nutricional e da segurança alimentar no acompanhamento terapêutico de pacientes oncológicos no interior de Pernambuco. *Revista Multidisciplinar do Sertão*, v. 5, n. 4, p. 499-507, 2023.

PEREIRA, L. F. S. Aspectos nutricionais dos pacientes em tratamento oncológico: uma revisão sistemática. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 5, p. e3405, 2024.

RABER, M. et al. Food insecurity among people with cancer: nutritional needs as an essential component of care. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, v. 114, n. 12, p. 1577-1583, 2022.

SOARES, L. C. et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 714-719, 2009.

TEMPORÃO, J. G. et al. Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00006122, 2022.

TIEZERIN, C. S. et al. Impacto da recusa alimentar em pacientes com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 4, 2021.

TORRES, T. A.; SALOMON, A. L. R. Estado nutricional e consumo alimentar de pacientes em tratamento de câncer. *BRASPEN Journal*, v. 34, n. 4, p. 384-390, 2023.

TREGO, M. L. et al. Food insecurity among adult cancer survivors in the United States. *Journal of Cancer Survivorship*, v. 13, p. 641-652, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA

DADOS GERAIS

1. Gênero?

- Feminino
- Masculino
- Outros

2. Idade?

- Até 19 anos
- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- Acima de 60 anos

3. Qual seu grau de escolaridade?

- Analfabeto (Nunca frequentou instituições de ensino)
- Educação primária
- Educação secundária
- Ensino superior
- Pós-graduação

4. Há quanto tempo teve o diagnóstico?

- 1 a 2 meses
- 2 a 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- +1 ano
- +2 anos
- +3 anos
- +4 anos
- +5 anos

5. Há quanto tempo está fazendo tratamento oncológico?

- 1 a 2 meses

- 2 a 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- +1 ano
- +2 anos
- +3 anos
- +4 anos
- +5 anos

PADRÃO ALIMENTAR

1. Quantas refeições por dia costumava fazer antes do início do tratamento?

- Uma refeição
- Duas refeições
- Três refeições
- Quatro refeições
- + de cinco

2. O que você achava da sua alimentação antes do tratamento?

- Saudável
- Às vezes saudável
- Não saudável

3. Você costumava comer frutas frescas, legumes e saladas antes do início do tratamento?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Não

4. Com qual frequência costumava se alimentar de proteína animal (carne, peixe e frango) antes do tratamento oncológico?

- Todos os dias
- 5 a 6 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana

- 1 a 2 dias por semana
- Raramente
- Nunca

5. Quantas refeições por dia você faz após o início da terapia?

- Uma refeição
- Duas refeições
- Três refeições
- Quatro refeições
- + de cinco

6. O que você acha sobre sua alimentação atual?

- Saudável
- Às vezes saudável
- Não saudável

7. Costuma tomar refrigerante ou sucos industrializados? Se sim, com que frequência?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte das vezes
- Sempre

8. Já passou fome por não ter comida suficiente?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Na maior parte das vezes
- Sempre

9. Você costuma comer frutas frescas, legumes e saladas atualmente?

- Sim, todos os dias
- Sim, 5 a 6 dias por semana
- Sim, 3 a 4 dias por semana
- Sim, 1 a 2 dias por semana
- Raramente

Não

10. Com qual frequência você come alimentos Industrializados/ultraprocessados, como: hambúrguer, presunto, mortadela, peito de peru, salame, linguiça, salsicha, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos e salgados?

Nunca

Raramente

Às vezes

Na maior parte das vezes

Sempre

11. Costuma comer frituras? Se sim, com qual frequência?

Nunca

Raramente

Às vezes

Na maior parte das vezes

Sempre

12. Acha que sua alimentação tem relação com sua patologia?

Sim

Não

Se a sua resposta foi SIM na questão acima, poderia nos dizer mais a respeito?

13. Com qual frequência costuma se alimentar de proteína animal (carne, peixe e frango) durante o tratamento?

Todos os dias

5 a 6 dias por semana

3 a 4 dias por semana

1 a 2 dias por semana

Raramente

Nunca

14. Houve alguma outra mudança brusca em sua alimentação após o início do tratamento?

Sim

Não

Se a sua resposta foi SIM na questão acima, poderia nos dizer mais a respeito?

PERGUNTAS ABERTAS

1- Qual o seu diagnóstico oncológico?

2- Qual terapia utiliza em seu tratamento?

3- Sentiu dificuldades para se adaptar à nova dieta durante o tratamento? Se sim, quais foram?

4- Relate como foram suas primeiras refeições após início do tratamento.

ANEXOS

ANEXO A - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisas Virtuais

RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE CÂNCER

Instituição proponente: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Pesquisadora responsável: Vanessa Alvarenga Pegoraro

Pesquisadoras assistentes: Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha e Isabella Sacakura Marques Lima

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE CÂNCER, DESENVOLVIDO POR PESQUISADORES DO CEUB**. O nome deste documento que você está lendo é Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) que visa assegurar seus direitos como participante.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo identificar a relação entre a insegurança alimentar e a eficácia do tratamento de câncer.

Faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. As pesquisadoras as responderão a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em responder ao questionário que durará no máximo 12 minutos e não ocorrerá outro envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

Riscos: A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa ele pode ser avaliado como: mínimo. Em estudos com risco mínimo não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam.

Os possíveis riscos mínimos poderão ser: Cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; Constrangimento ao responder o questionário; Sensação de desconforto ou alterações de comportamento diante de reflexões sobre seu tratamento e patologia e o estado nutricional em que está inserido. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Os dados coletados na pesquisa serão armazenados em dispositivo local, de maneira segura, sendo eliminados todos os registros que constam em plataforma virtual, ambiente compartilhado e “nuvem” conforme as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (Conep, 2021).

O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a).

Benefícios: Ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes para promover conhecimento sobre a relação da insegurança alimentar e a eficácia do tratamento de câncer. Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo e anonimato das informações coletadas.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Também deverá ser esclarecido quanto ao direito do participante de não responder qualquer uma das

perguntas.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade de Vanessa Alvarenga Pegoraro, Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha e Isabelle Sacakura de Marques Lima, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, incluindo os danos possíveis, entre em contato de segunda a sexta de 8h às 18h com a pesquisadora responsável Vanessa Alvarenga Pegoraro, pelo telefone (61) 98350-1670 ou pelo e-mail vanessa.pegoraro@ceub.edu.br, e com as pesquisadoras assistentes Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha, pelo telefone (61) 99248-7007 ou pelo e-mail catarina.ribeiro@sempreceub.com, ou Isabelle Sacakura de Marques Lima, pelo telefone (61) 99601-1777 ou pelo e-mail isabelle.sacakura@sempreceub.com. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. O horário de atendimento do CEP-UniCEUB é de segunda a quinta: 09h30 às 12h30 e 14h30 às 18h30. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

O CEP é um grupo de profissionais de várias áreas do conhecimento e da comunidade, autônomo, de relevância pública, que tem o propósito de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Caso concorde em participar deste estudo, favor assinalar a opção a seguir:

() Concordo em participar do estudo aqui apresentado.

ANEXO B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)**RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE CÂNCER**

Pesquisadora responsável: Vanessa Alvarenga Pegoraro

Pesquisadoras assistentes: Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha e Isabella Sacakura Marques Lima

Você sabe o que é assentimento? Significa que você concorda com algo. No caso desse documento, significa que concorda em participar dessa pesquisa. Antes de decidir se quer ou não participar, é importante que entenda o estudo que está sendo feito e o que ele envolverá para você. Portanto, você é livre para fazer parte ou não desta pesquisa. Não tenha pressa de decidir. Também poderá conversar com seus pais, amigos ou qualquer um com quem se sinta à vontade para decidir se quer participar ou não, e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que não entenda ou situações que você queira que eu explique mais detalhadamente, porque ficou mais interessada ou preocupada. Nesse caso, por favor, peça mais explicações.

Natureza, objetivos e procedimentos do estudo

Nós queremos saber como você se sente em relação ao seu padrão alimentar após o início de seu tratamento oncológico. Vamos pedir para você responder um questionário com algumas perguntas sobre a sua alimentação e como ela influencia na sua saúde. São questões simples, você irá responder respostas objetivas de sim ou não e questões discursivas, se sinta à vontade para escrever o que achar melhor. Após o questionário, vamos medir sua altura e pesar você, caso não saiba seu peso e altura.

- Sua participação consiste em responder ao questionário que durará no máximo 10 minutos e você não fará nada além do que estamos explicando neste documento.

- Sua participação é voluntária, ou seja, você só participa se quiser e, de acordo com as leis brasileiras, não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo.

- Ninguém vai cobrar dinheiro de você ou de seus pais/responsável, ou vai tratá-lo(a) mal se não quiser participar.

- Você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento, bastando falar com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme as normas brasileiras sobre pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá dinheiro nem presentes pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados ficarão somente com os pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.

- O material com as suas informações, no caso os questionários, ficará guardado sob a responsabilidade das pesquisadoras, com a garantia de que ninguém vai falar de você para outras pessoas que não façam parte desta pesquisa.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Caso ocorram danos causados pela pesquisa, todos os seus direitos serão respeitados de acordo com as leis do país. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, incluindo os danos possíveis, entre em contato de segunda a sexta de 8h às 18h com a pesquisadora responsável

Vanessa Alvarenga Pegoraro, pelo telefone (61) 98350-1670 ou pelo e-mail vanessa.pegoraro@ceub.edu.br, e com as pesquisadoras assistentes Catarina Ribeiro Botelho de Sousa Troncha, pelo telefone (61) 99248-7007 ou pelo e-mail catarina.ribeiro@sempreceub.com, ou Isabelle Sacakura de Marques Lima, pelo telefone (61) 99601-1777 ou pelo e-mail isabelle.sacakura@sempreceub.com. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. O horário de atendimento do CEP-UniCEUB é de segunda a quinta: 09h30 às 12h30 e 14h30 às 18h30. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

O CEP é um grupo de profissionais de várias áreas do conhecimento e da comunidade, autônomo, de relevância pública, que tem o propósito de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Caso concorde em participar deste estudo, favor assinalar a opção a seguir:

() Tenho o consentimento do meu/minha coordenador(a) responsável já e concordo em participar do estudo aqui apresentado.