

Influência do estado nutricional sobre a qualidade de vida em pacientes com cânceres de trato gastrointestinal e de pulmão pré-quimioterapia

Influence of nutritional status on quality of life in gastrointestinal tract and lung cancer patients previous to chemotherapy

Raquel Firnkes¹
Carla Alberici Pastore²
Maria Cristina Gonzalez³

Unitermos:

Qualidade de Vida. Câncer. Estado Nutricional.

Keywords:

Quality of Life. Cancer. Nutritional Status.

Endereço para correspondência:

Carla Alberici Pastore
Rua Taquari, 617 – Laranjal – Pelotas, RS, Brasil –
CEP: 96090-770
E-mail: pastorecarla@yahoo.com.br

Submissão:

4 de setembro de 2013

Aceito para publicação:

20 de janeiro de 2014

RESUMO

Introdução: O câncer é importante causa de desnutrição com reflexos na qualidade de vida dos doentes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a influência do estado nutricional sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos atendidos em um serviço público de quimioterapia. **Métodos:** Estudo transversal realizado entre junho de 2008 e maio de 2010, com pacientes com cânceres de trato gastrointestinal e de pulmão. O estado nutricional foi avaliado pela Avaliação Nutricional Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) e Índice de Massa Corporal (IMC) e a qualidade de vida pelo instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30). **Resultados:** Foram avaliados 77 pacientes, 57,1% do sexo masculino, com 74% da amostra apresentando câncer de trato gastrointestinal. O EORTC QLQ C-30 apontou escore médio na escala de saúde geral/QV de $67,1 \pm 22,5$ pontos, a escala funcional atingiu $69 \pm 22,4$ e a escala de sintomas $25,5 \pm 21,3$ pontos. Os pacientes classificados como gravemente desnutridos apresentaram pior qualidade de vida geral ($p=0,02$), funcionalidade diminuída ($p=0,01$) e aumento dos sintomas ($p<0,001$). Os pacientes classificados como obesos, segundo o IMC, obtiveram os melhores escores nas escalas de estado geral de saúde/QV ($p=0,08$) e funcional ($p=0,04$). Os pacientes com cânceres de pulmão apresentaram pior qualidade de vida geral ($p=0,07$), menor funcionalidade ($p=0,04$) e maior presença de sintomas ($p=0,02$). **Conclusões:** Houve associação entre desnutrição e menores escores de qualidade de vida em pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is an important cause of malnutrition, reflecting on quality of life. The aim of this study was to evaluate the influence of nutritional status on quality of life of cancer patients attended at a public chemotherapy service. **Methods:** Cross-sectional study conducted between July 2008 and May 2010, with gastrointestinal and lung cancer patients. Nutritional status was defined by Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and Body Mass Index (BMI). Quality of life was assessed by the *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ C-30). **Results:** Were assessed 77 patients, 57.1% male, 74% of the sample presenting gastrointestinal cancer. The EORTC QLQ C-30 pointed mean score 67.1 ± 22.5 in general health/QOL scale, and 25.5 ± 21.3 points in symptoms scale. Patients classified as severely malnourished presented poor general QOL ($p=0.02$), poor function ($p=0.01$) and more symptom ($p<0.001$). Patients classified as obese by the BMI obtained the best scores in general health/QOL ($p=0.08$) and function ($p=0.04$) scales. Lung cancer patients presented poorer general QOL ($p=0.07$), function ($p=0.04$) e more symptoms than the gastrointestinal ones. **Conclusions:** There was association between malnutrition and quality of life scores for cancer patients.

1. Nutricionista, graduada pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
2. Nutricionista Mestre e Doutora em Saúde e Comportamento – Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil. Nutricionista da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.
3. Médica, Mestre e Doutora em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer representa 12% do total de mortes anuais, segunda causa principal de óbito no mundo¹⁻⁴. A desnutrição é a complicação mais frequente em pacientes oncológicos, sendo que 40% a 80% apresentam algum grau de deterioração nutricional no curso da doença^{2-3,5}. A desnutrição associa-se com aumento da morbimortalidade, diminuição da resposta e tolerância ao tratamento, maiores custos hospitalares, redução da sobrevida, aumento do risco de complicações e pior qualidade de vida (QV)^{2,3,5-8}.

QV é um conceito subjetivo e multidimensional, refletindo a capacidade física dos pacientes, o estado emocional, cognitivo e funções sociais, as percepções pessoais do estado de saúde e os sintomas decorrentes da doença e/ou do tratamento⁹⁻¹¹. Instrumentos que mensurem QV são comumente utilizados para a avaliação do impacto da doença nos indivíduos¹¹. A Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) desenvolveu e validou, em 1986, o Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30) destinado a avaliar QV dos pacientes com câncer^{1,9}. O câncer e o tratamento induzem mudanças metabólicas, fisiológicas e psicológicas, que podem reduzir a QV do paciente por influenciar negativamente seu estado nutricional¹².

O presente estudo objetivou avaliar a influência do estado nutricional sobre a QV em pacientes oncológicos atendidos por um Serviço público de Quimioterapia da cidade de Pelotas, RS, Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal desenvolvido no Serviço de Quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), RS, Brasil, de junho de 2008 a maio de 2010. Foram incluídos pacientes com cânceres de trato gastrointestinal (TGI) e de pulmão, maiores de 18 anos e submetidos ao tratamento quimioterápico pela primeira vez.

Os pacientes que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram avaliados por nutricionista, que coletou dados sociodemográficos, localização e estadiamento tumoral e indicação quimioterápica (curativa, prévia ou neoadjuvante, adjuvante ou paliativa). O Índice de Massa Corporal foi calculado a partir de medidas antropométricas (peso e altura) coletadas segundo técnicas padronizadas. Foi realizada também Avaliação Nutricional Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP)¹³.

Para avaliação da QV, foi utilizado o EORTC QLQ-C30, validado para a população brasileira. Foram obtidos valores nas escalas de estado geral de saúde/QV, funcional e de sintomas (de zero a 100). Nas duas primeiras, quanto maior a pontuação, melhor a QV relacionada aos respectivos aspectos. Já na escala de sintomas, valores maiores significam maior presença desses sintomas^{1,8,14}.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPEL (ofício 066/06 de 30 de julho de 2006).

Os dados foram duplamente digitados e checados através do software EpiInfo 6.04d[®]. As análises foram realizadas com o software Stata 11.1[®], considerando-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 77 pacientes, sendo 57,1% do sexo masculino. A idade média foi de $63,9 \pm 11,6$ anos, variando de 36 a 91 anos de idade. A maioria da amostra apresentava Ensino Fundamental incompleto, declarou-se branca e era casada/vivia com companheiro. Os tumores de TGI foram mais prevalentes e mais de 60% dos indivíduos apresentava doença em estadiamento III ou IV. A quimioterapia paliativa foi a mais prevalente (Tabela 1).

Segundo a ASG-PPP, 66,2% dos pacientes apresentavam desnutrição suspeita/moderada e 20,8% desnutrição grave. Já segundo o IMC, apenas 7,8% dos pacientes apresentam baixo peso, estando a maioria (59,7%) eutrófica (IMC médio da amostra $23,3 \pm 3,8$ kg/m²).

A escala de estado geral de saúde/QV atingiu escore médio de $67,1 \pm 22,5$ pontos, a escala funcional de $69 \pm 22,4$ pontos e a escala de sintomas de $25,5 \pm 21,3$ pontos. Foi testada a associação entre o estado Nutricional (ASG-PPP) e os domínios de QV. Na escala de QV geral, pacientes bem nutridos apresentaram escore de $75 \pm 16,2$ pontos, pacientes desnutridos suspeitos/moderados apresentaram escore de $69,8 \pm 23$ pontos e desnutridos graves obtiveram escore médio de $53,6 \pm 21,1$ pontos ($p=0,02$). Em relação aos domínios funcional e sintomas, a qualidade de vida piorou conforme houve declínio do estado nutricional (Tabela 2).

Quando avaliada segundo IMC, a pontuação média de saúde geral/QV não variou significativamente conforme o estado nutricional ($p=0,08$). Já escala funcional associou-se com o IMC ($p=0,04$). Os resultados expressos na Tabela 3 demonstram que os pacientes eutróficos apresentaram escore maior que pacientes com baixo peso ou com sobrepeso. Entretanto, foram os pacientes obesos que obtiveram os melhores escores do domínio de funcionalidade. Não houve variação significativa entre a escala de sintomas e as categorias de IMC ($p=0,09$).

Pacientes com tumores de TGI obtiveram, na escala de estado geral de saúde/QV, pontuação média de $67,7 \pm 23,9$, enquanto os pacientes com tumores de pulmão atingiram escore médio de $65,4 \pm 18,4$ ($p=0,07$). O escore médio da escala funcional foi 22,1 pontos maior em pacientes com tumores de TGI, indicando que pacientes com doença pulmonar apresentam pior funcionalidade ($p=0,04$). Quanto

Tabela 1 – Descrição da amostra de pacientes oncológicos.

| Variável | n | % |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 44 | 57,1 |
| Feminino | 33 | 42,9 |
| Escolaridade | | |
| Não estudou | 25 | 32,5 |
| Ensino Fundamental incompleto | 34 | 44,2 |
| Ensino Fundamental completo | 9 | 11,7 |
| Ensino Médio Completo | 6 | 7,8 |
| Ensino Superior | 3 | 3,9 |
| Cor (autorreferida) | | |
| Branca | 66 | 85,7 |
| Não branca | 11 | 14,3 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 10 | 13,0 |
| Com companheiro/Casado | 45 | 58,4 |
| Viúvo | 20 | 26,0 |
| Separado/Divorciado/Desquitado | 2 | 2,6 |
| Sítio tumoral | | |
| Esôfago/Estômago | 17 | 22,1 |
| Cólon e reto | 36 | 46,8 |
| Pâncreas e Vesícula Biliar | 4 | 5,2 |
| Pulmão | 20 | 26,0 |
| Tipo de quimioterapia | | |
| Sem informação | 1 | 1,3 |
| Curativa | 1 | 1,3 |
| Prévia/neoadjuvante | 23 | 29,9 |
| Adjuvante | 12 | 15,6 |
| Paliativa | 40 | 52,0 |
| Estadiamento do tumor | | |
| II | 17 | 23,0 |
| III | 26 | 35,1 |
| IV | 20 | 27,0 |
| Desconhecido | 11 | 14,9 |
| Total | 77 | 100,0 |

à escala de sintomas, os pacientes com tumores de pulmão apresentaram maior escore que pacientes com tumores gastrin-testinais ($p=0,02$) (Tabela 4).

Tabela 2 – Escores do domínio funcional e de sintomas de acordo com o estado nutricional segundo a ASG-PPP.

| Escala Avaliada Estado Nutricional | Mediana | Intervalo Inter-Quartil | p valor ¹ |
|------------------------------------|---------|-------------------------|----------------------|
| Função | | | 0,01 |
| Bem nutrido | 86,7 | 75,6; 93,3 | |
| Desnutrição moderada/suspeita | 77,8 | 51,1; 91,1 | |
| Desnutrição severa | 54,4 | 38,9; 68,9 | |
| | | | 0,0003 |
| Sintomas | | | |
| Bem Nutrido | 7,7 | 0; 17,9 | |
| Desnutrição moderada/suspeita | 17,9 | 5,1; 41,0 | |
| Desnutrição grave | 47,4 | 30,8; 52,6 | |

¹Teste de Kruskal-Wallis para dados não-paramétricos.

Tabela 3 – Escores do domínio funcional de acordo com a classificação do estado nutricional, segundo o IMC.

| Estado nutricional | Mediana | Intervalo Inter-Quartil | p valor ¹ |
|--------------------|---------|-------------------------|----------------------|
| | | | 0,04 |
| Baixo peso | 52,2 | 28,9; 55,6 | |
| Eutrofia | 77,8 | 55,6; 88,9 | |
| Sobrepeso | 71,1 | 46,7; 93,3 | |
| Obesidade | 83,3 | 66,7; 100 | |

¹Teste de Kruskal-Wallis para dados não-paramétricos.

Tabela 4 – Escore do domínio funcional e de sintomas de acordo com a localização do tumor.

| Escala avaliada | Mediana | Intervalo Inter-Quartil | p valor ¹ |
|-----------------|---------|-------------------------|----------------------|
| Função | | | 0,04 |
| Tumor de TGI | 77,8 | 60; 93,3 | |
| Tumor de pulmão | 55,6 | 44,4; 72,2 | |
| Sintomas | | | 0,02 |
| Tumor de TGI | 15,4 | 5,1; 41,0 | |
| Tumor de pulmão | 39,7 | 19,2; 47,4 | |

¹Teste de Mann Whitney para dados não-paramétricos.

DISCUSSÃO

Por se tratar de um estudo transversal, o presente estudo apresenta algumas limitações, como a impossibilidade de

estabelecer relação temporal entre a exposição (estado nutricional) e o desfecho (QV), em virtude de observar o indivíduo em um único momento, sem avaliação prévia da QV.

O comprometimento nutricional é um achado comum nas neoplasias malignas e torna-se um desafio para os pacientes portadores de câncer. A prevalência de desnutrição moderada/grave foi elevada na amostra estudada. O IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional)¹⁵, estudo realizado com quatro mil doentes hospitalizados na rede pública brasileira, identificou que 20,1% dos pacientes internados eram portadores de câncer. Desses, 66% apresentavam-se desnutridos, sendo 45,1% moderadamente e 21,3% gravemente. Já no estudo de Borges et al.⁶, realizado também no Hospital Escola da UFPel com pacientes submetidos à quimioterapia, 70,7% da amostra apresentava-se bem nutrida e apenas 4,2% apresentava desnutrição grave. Sua amostra, porém, era composta prioritariamente por pacientes com câncer de mama ou ginecológico, o que pode justificar a alta prevalência de pacientes bem nutridos.

Segundo o IMC, observou-se que menos de 8% dos pacientes apresentavam déficit nutricional, corroborando com os achados de Nourissat et al.⁹, em que 8,6% da amostra apresentou IMC menor que 18,5kg/m². Azevedo & Dal Bosco¹ encontraram que a maioria dos pacientes (55%) apresentava sobrepeso (grande parcela da amostra composta por pacientes com câncer de mama).

Estudos mostram que a ASG-PPP apresenta maior capacidade de detectar pacientes em risco nutricional do que o IMC^{7,16}, que não é suficientemente sensível e específico para avaliar o diagnóstico de depleção nutricional em pacientes oncológicos⁹, em virtude dos mesmos poderem apresentar aumento de mediadores inflamatórios como as citocinas, o que pode acarretar, além de degradação proteica, expansão de líquido extracelular, ocasionando retenção hídrica e mascarando o real estado nutricional¹⁷. Ulsenheimer et al.¹⁶ destacaram em seu estudo que o IMC revelou apenas 5,6% de desnutrição, enquanto a ASG indicou 50%.

Neste estudo, os pacientes consideraram razoável sua QV geral, bem como sua funcionalidade, e a escala de sintomas atingiu pontuação média considerada baixa. Estes resultados se assemelham ao estudo de Sawada et al.¹⁰, realizado com pacientes em tratamento quimioterápico, onde na escala de estado geral de saúde/QV a média foi de 69,7 pontos, na escala funcional a média dos domínios variou de 55,46 (emocional) a 75,12 (social) e na escala de sintomas a média variou de 22,3 (fadiga) a 9,4 (náusea e vômito).

Em contrapartida, Azevedo & Dal Bosco¹, ao avaliar os escores médios dos domínios de QV, encontraram baixa pontuação média na escala de estado geral de saúde/QV (44,2 pontos) e alta pontuação na escala de sintomas (com

escore médio de 19,2 para dor, 34,2 para náusea e vômito e 50,0 para fadiga), resultado que pode ser justificado pelo fato de os pacientes estarem no curso da quimioterapia, expostos aos efeitos colaterais do tratamento.

Quanto à associação entre a ASG-PPP e QV, os resultados apontam que, à medida que piorou o estado nutricional, a escala de saúde geral piorou, a funcionalidade diminuiu e os sintomas aumentaram. Tais resultados são consistentes com os relatados por Gupta et al.⁸, que discutiram sobre a relação entre estado nutricional (ASG-PPP) e QV em 58 pacientes com câncer colorretal, utilizando o questionário EORTC QLQ-C30, e também constataram que pacientes bem nutridos apresentaram melhor QV. Concordantemente, Correia et al.¹⁴ também observaram associação significativa entre o estado nutricional e a QV em câncer, em que os pacientes classificados como desnutridos (ASG-PPP) apresentaram menores escores médios em QV geral e funcionalidade e maior presença de sintomas quando comparados aos pacientes bem nutridos.

Nourissat et al.⁹ investigaram a mesma relação em 907 pacientes com câncer, e constataram que os pacientes que perderam menos de 10% do peso desde o início da doença apresentaram escores médios dos domínios de QV geral e funcional significativamente maior que aqueles que apresentaram perda superior a 10%. Para estes, os escores de sintomas foram maiores. Em revisão sistemática de Lis et al.¹², dos 26 estudos revisados, 24 concluíram que melhor estado nutricional estava associado com melhor QV.

Os pacientes com tumor de pulmão apresentaram pior QV geral e funcionalidade e maior presença de sintomas que os pacientes com câncer gastrointestinal. Gupta et al.⁸, ao estudarem pacientes com câncer colorretal, encontraram na escala de QV geral média de 62,2 pontos, a escala funcional variou de 62,6 (domínio social) a 81,8 (domínio físico) e, na escala de sintomas, fadiga pontuou 37,7 pontos, vômito e náusea 8,6 pontos e dor 26,4 pontos. No estudo de Scott et al.¹⁸, realizado com pacientes com cânceres de pulmão, encontrou-se na escala de QV geral pontuação média de 50 pontos, a escala funcional variou de 33,3 (domínio social e cognitivo) a 50 pontos (domínio desempenho de papel) e em relação aos sintomas, a fadiga pontuou 55,5 pontos, dor 16,7 e perda de apetite 33,3 pontos.

CONCLUSÕES

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de avaliação nutricional sensível e precoce e de introdução de terapia nutricional adequada, a fim de prevenir ou reverter o declínio do estado nutricional, com possíveis repercussões positivas na QV.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo CD, Bosco SMD. Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(1):23-30.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro: INCA; 2009.p.126.
3. Silva, MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras Cancerol*.2006;52(1):59-77.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012/2013: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
5. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer.*Eur J Clin Nutr*.2002;56(8):779-85.
6. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, Assunção MC, Gonzalez MC. Can nutritional status influence the quality of life of cancer patients? *Rev Nutr*. 2010;23(5):745-53.
7. Wanderley FM, Cardoso RM, Liberali R, Coutinho VF. Estado nutricional de pacientes com neoplasia: revisão sistemática. *Ensaio Ciênc*. 2011;15(4):167-82.
8. Gupta D, Lis CG, Granick J, Grutsch JF, Vashi PG, Lammersfeld CA. Malnutrition was associated with poor quality of life in colorectal cancer: a retrospective analysis. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(7):704-9.
9. Nourissat A, Vasson MP, Merrouche Y, Bouteloup C, Goutte M, Mille D, et al. Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer. *Eur J Cancer*. 2008;44(9):1238-42.
10. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm*. 2009;43(3):581-7.
11. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):554-61.
12. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M, Vashi PG. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer: a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J*. 2012;11:27.
13. Gonzalez MC, Borges LB, Silveira DH, Assunção MC, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Rev Bras Nutr Clin*. 2010;25(2):102-8.
14. Correia M, Cravo M, Marques-Vidal P, Grimble R, Dias-Pereira A, Faias S, et al. Serum concentrations of TNF-alpha as a surrogate marker for malnutrition and worse quality of life in patients with gastric cancer. *Clin Nutr*.2007;26(6):728-35.
15. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-80.
16. Ulsenheimer A, Silva ACP, Fortuna FV. Perfil nutricional de pacientes com câncer segundo diferentes indicadores de avaliação. *Rev Bras Nutr Clin*. 2007;22(4):292-7.
17. Fonseca DA, Garcia RRM, Stracieri APM. Perfil nutricional de pacientes portadores de neoplasias segundo diferentes indicadores. *Rev Dig Nutr*. 2009;3(5):444-61.
18. Scott HR, McMillan DC, Brown DJ, Forrest LM, McArdle CS, Milroy R. A prospective study of the impact of weight loss and the systemic inflammatory response on quality of life in patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2003;40(3):295-9.

Local de realização do trabalho: Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.