

PERDA DE PESO E ANOREXIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

BERGMANN, Rafaela Bülow¹, ZANINI, Roberta de Vargas¹

¹ Faculdade de Nutrição – UFPel; email: bergmann.rafa@gmail.com

SILVEIRA, Denise Halpern¹

¹ Faculdade de Nutrição – UFPel; email: denise_hs@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma enfermidade causada pelo crescimento anormal celular localizado ou metastático, que atingiu grande importância e notoriedade na área da saúde pública desde o ano de 2003, quando passou a ser considerado a segunda principal causa de morte no mundo (INCA, 2009).

Apesar da variada sintomatologia apresentada pelos pacientes, de acordo com o tipo de tumor, estadiamento e tipo de tratamento realizado (SILVA, 2006), algumas situações são comuns entre os portadores de neoplasias. Dentre os sintomas comuns, podem ser citados vômitos, dificuldades na alimentação, xerostomia, diarreias, desnutrição, perda de peso, anorexia, caquexia, dentre outros, os quais são intimamente influentes sobre o estado nutricional (CORRÊA; SHIBUYA, 2007; BOVIO et al., 2008).

Ao observar especificamente a anorexia no câncer, Waitzberg (2006) afirma que 15 a 25% dos pacientes oncológicos já apresentam perda do desejo de comer no momento do diagnóstico, enquanto 50% dos pacientes apresentam perda de peso (CAPUANO et al., 2008).

O Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico do Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) realiza, desde 2005, cuidados domiciliares aos pacientes com câncer em tratamento paliativo. O programa tem característica interdisciplinar, humanizada e familiar.

Sabendo da importância do câncer na atualidade e da diferenciada sintomatologia que atinge os pacientes que possuem essa enfermidade, o presente trabalho teve o objetivo de verificar a prevalência da perda de peso e anorexia entre os pacientes do PIDI oncológico.

2 METODOLOGIA

Este estudo é uma análise transversal de dados secundários coletados da atuação do Serviço de Nutrição e Dietética do HE/UFPel junto ao PIDI. Entre fevereiro de 2006 e julho de 2009, todos os pacientes foram avaliados através de visita semanal de um nutricionista ou estagiário da Faculdade de Nutrição da UFPel. O protocolo de atendimento consistiu na aplicação da Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP), proposta por Ottery em 1996. Trata-se de um questionário dividido em duas partes (uma auto-aplicável e outra realizada pelo profissional de saúde), capaz de identificar risco nutricional e/ou desnutrição entre os pacientes oncológicos.

Os dados obtidos a partir da ASG-PPP e de prontuários foram digitados em um banco de dados em planilha do Microsoft Excel[®], sendo que as

informações referentes à perda de peso, anorexia, idade, sexo e localização do tumor primário foram selecionadas para análise estatística através do programa Stata[®], versão 11.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao total, foram selecionados 187 pacientes para compor a amostra. Destes, 54,4% eram do sexo masculino, e quase metade (48%) eram idosos.

Em relação ao tipo de tumor, foram encontradas prevalências expressivas para os tumores do trato gastrointestinal (34,2%) e pulmão (20,9%), os quais, juntos, foram responsáveis por mais da metade dos casos de internação.

A presença de anorexia no momento da aplicação da ASG-PPP foi observada em 65,2% dos pacientes, sendo maior entre os homens (67,7%). Este resultado vai de encontro a um estudo realizado no setor de oncologia de um hospital privado australiano, onde a ASG-PPP foi aplicada a 71 pacientes com câncer, e constatou que a anorexia foi o sintoma mais prevalente, atingindo pelo menos 46% dos pacientes (BAUER et al., 2002).

A perda de peso no paciente oncológico se reflete em um pior prognóstico para tratamento e cura, e é um fator independente como causa de morte (AMBRUS J. L. et al., 1975). Dentre os pacientes do PIDI, perda ponderal nos 15 dias anteriores à aplicação da ASG-PPP ocorreu em 69,5% dos casos.

Ao relacionar perda de peso e anorexia com o sítio do tumor primário, nota-se que ambos os sintomas foram prevalentes em mais da metade dos indivíduos para todos os tipos de câncer (Tabela 1), porém com menores prevalências relacionadas ao câncer de mama.

Tabela 1: Prevalência de anorexia e perda de peso segundo a localização do tumor primário nos de pacientes do PIDI (n=187). Pelotas, RS.

| Tumor primário | Anorexia | | Perda de Peso | | Anorexia e Perda de peso | |
|------------------------|----------|------|---------------|------|--------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Pulmão | 29 | 74,4 | 29 | 74,4 | 21 | 53,8 |
| Mama | 6 | 50,0 | 7 | 58,3 | 3 | 25,0 |
| Trato gastrointestinal | 38 | 59,4 | 40 | 62,5 | 27 | 42,2 |
| Cabeça e Pescoço | 14 | 66,7 | 15 | 71,4 | 13 | 61,9 |
| Outros | 35 | 68,6 | 39 | 76,5 | 26 | 51,0 |

Tchekmedyan et al (1995), corroborando os resultados desse estudo, verificaram a presença de anorexia e perda de peso em pacientes oncológicos ambulatoriais e constataram que mais da metade dos 644 pacientes estudados apresentaram perda ponderal, redução do apetite ou alguma alteração na ingestão alimentar. Concluíram ainda que quando se verifica a presença desses sintomas em pacientes não ambulatoriais podem ser esperados resultados ainda mais expressivos.

Saskia et al. (2007), analisaram a prevalência de sintomas em pacientes com câncer incurável, com diferentes sítios primários de tumor. A anorexia foi também um sintoma relatado pela maioria dos pacientes, atingindo mais de 50% da população avaliada.

Observa-se que mesmo quando são estudados pacientes terminais ambulatoriais, ou aqueles em internação domiciliar, é possível perceber que a perda de peso e anorexia são sintomas comuns e que aumentam de acordo com a gravidade do quadro do paciente.

Em relação aos pacientes internados no PIDI, muitos já apresentam metástase, além da maioria dos indivíduos serem idosos. Estes fatores, conforme citado por Baxter (2005), indicam um mau prognóstico e permitem que perda de peso e anorexia sejam mais prevalentes.

Inui (2002), através de revisão bibliográfica, buscando informações que visassem a melhor aplicabilidade das terapias do câncer para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, destaca que a maior prevalência de perda ponderal é encontrada em pacientes cujo sítio primário do tumor é localizado no trato gastrointestinal ou pulmão. Body (1999) reforça essa afirmação e acrescenta que paciente com câncer de mama, leucemia, sarcoma e linfoma apresentam um menor risco para a redução do peso.

Neste trabalho, a perda de peso e anorexia foram mais prevalentes para os pacientes com câncer do trato gastrointestinal e pulmão, mas expressivas para todos os tipos de câncer. Quando o sítio primário do tumor está localizado no trato gastrointestinal, pulmão ou cabeça/pescoço, ocorre uma interação direta entre os componentes que afetam o estado nutricional, fazendo com que a perda de peso e a anorexia tornem-se mais prevalentes, e por isso sejam considerados tumores mais agressivos ao organismo. O contrário pode ser observado, por exemplo, no câncer de mama, uma vez que os sintomas encontrados podem ser menos específicos, não havendo interação direta com aqueles que provocam perda ponderal e de apetite.

4 CONCLUSÃO

Os pacientes atendidos no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar apresentaram um elevado índice de perda de peso e anorexia. Pacientes idosos e a presença de câncer do trato gastrointestinal, pulmão e cabeça/pescoço predispõem ao aumento da prevalência de perda de peso e anorexia, possivelmente pela localização do tumor primário bem como pelo estágio avançado da doença. Pacientes portadores de câncer de mama apresentaram menor prevalência de perda de peso e anorexia comparados com pacientes com outros tipos de câncer, pois nesse caso a sintomatologia não se relaciona diretamente com o aumento das perdas nutricionais.

5 REFERÊNCIAS

AMBRUS, J.L., AMBRUS, C. M., MINK, I.B., PICKREN J.W. Causes of death in cancer patients. **Journal of Medicine**. v. 6, n. 1, p. 61 – 64, 1975.

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. **European journal of clinical nutrition**. v. 56, n. 8, p. 779 – 785, 2002.

BAXTER, N.N., VIRNIG, D.J., ROTHENBERGER, D.A., MORRIS, A.M., JESSURUN, J., VIRNIG, B.A. Lymph node evaluation in colorectal cancer patients: a population based study. **Journal of the National Cancer Institute**, Reino Unido, v. 97, n. 3, 219 – 225, 2005.

BODY, J.J. The syndrome of anorexia-cachexia. **Current Opinion in Oncology**. v. 11, n. 4, p. 255 - 260, 1999

BOVIO, G.; MONTAGNA, G.; BARIANI, C.; BAIARDI, P. Upper gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer: relationship to nutritional and performance status. **Supportive Care in Cancer**, Heidelberg, v. 17, n. 10, 2009.

CAPUANO, G.; PAVASE, I.; TOSTI, M.; PALLADINO, M. di Palma; SATTA, F. Influence of unintentional weight loss on quality of life in elderly cancer patients before chemo and/or radiotherapy. **Journal of Clinical Oncology**. v.26, n.15, 2008.

CORRÊA, P.H., SHIBUYA E. Administração da Terapia Nutricional em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 53, n. 3, p. 317 - 323, 2007.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). Estimativa da Incidência de Câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões. Rio De janeiro: INCA, 2008.

INUI, A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. **CA Cancer J Clin**, Atlanta, v. 52, n. 2, p. 72 - 91, 2002.

OTTERY, F. D. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. **Nutrition**, Burbank, v.12, n.1 Suppl, p. 15 - 19, 1996.

SASKIA C.C.M. et al. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. **Journal of Pain and Symptom Management**. Amsterdam, v. 34, n.1, p. 94 – 104, 2007.

SILVA, M. P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista brasileira de cancerologia**, v.52, n.1, p. 59 - 77, 2006.

TCHEKMEDYIAN, N. S. Costs and benefits of nutrition support in cancer. **Oncology**, Long Beach California, v. 9, n. 11, p. 79 – 84, 1995.