

## **INFLUÊNCIA DA COMPOSIÇÃO CORPORAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER**

CAMILA SOARES CONDE<sup>1</sup>; CARLA ALBERICI PASTORE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Nutrição - Universidade Federal de Pelotas – [camila.sconde@yahoo.com.br](mailto:camila.sconde@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Faculdade de Nutrição - Universidade Federal de Pelotas – [pastorecarla@yahoo.com.br](mailto:pastorecarla@yahoo.com.br)

### **1. INTRODUÇÃO**

As neoplasias malignas representam um problema de saúde pública mundial, sendo definidas pelo crescimento anormal e desordenado de células, que podem invadir outros órgãos, cuja etiologia deve-se a inter-relação de fatores internos (genéticos) e externos (estilo de vida, relacionado a hábitos) (CORONHA et al, 2011). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030 surgirão 27 milhões de novos casos de câncer, 17 milhões de mortes serão por câncer e haverão 75 milhões de pessoas vivas com a doença (BRASIL, 2011).

Sabe-se que o câncer pode ter reflexos na composição corporal do paciente, tais como perda de massa magra com uma preservação relativa de massa proteica visceral (CORONHA et al, 2011). A sarcopenia, encontrada em pacientes oncológicos, definida como perda de massa muscular independente de perda de tecido adiposo, tem sido associada à diminuição da capacidade funcional, ao aumento do risco de quedas e fraturas, a maior tempo de hospitalização e a aumento de infecções nosocomiais com repercussões negativas na qualidade de vida do indivíduo acometido (BARACOS et al, 2010). Assim, a modificação da composição corporal no paciente, principalmente aquelas relacionadas à perda de massa magra, reflete na qualidade de vida, influenciando seu estado funcional, emocional e social (CORONHA et al, 2011).

Segundo a OMS, qualidade de vida (QV) é definida como a forma que um indivíduo percebe sua posição na vida, suas expectativas, o contexto cultural e sistema de valores que experimenta em relação a seus objetivos, padrões e preocupações (SIDDIQUI et al, 2010). No paciente oncológico a QV pode ser influenciada pela nutrição e composição corporal (CORONHA et al, 2011).

Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a influência da composição corporal sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão.

### **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma coorte composta por 77 pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão, maiores de 18 anos. A coleta de dados foi realizada antes do início da sua primeira seção de quimioterapia, no serviço de quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no período de junho de 2008 a maio de 2010.

As informações demográficas e socioeconômicas foram obtidas através de questionários padronizados, para analisar o perfil socioeconômico foi utilizado a classificação da Associação de Empresas de Pesquisa (ABEP 2013).

Dados relacionados ao tipo de tumor, estadiamento e tipo de quimioterapia (curativo, prévio ou neoadjuvante, adjuvante ou paliativo) foram obtidos do prontuário eletrônico dos pacientes. A composição corporal foi avaliada por meio de bioimpedância elétrica, realizada com instrumento BIA (RJL Systems® Quantum

101, utilizando o software VCORP®). O exame foi realizado com os pacientes em jejum de oito horas (sólidos e líquidos) e com a bexiga vazia. Os indivíduos foram deitados em uma mesa de exame, com as pernas afastadas e os braços sem tocar o tronco. As medições foram realizadas no hemi-corpo direito, sendo utilizados quatro eletrodos de superfície (dois no pé e dois na mão). Para a classificação da composição corporal, foram calculados, a partir dos dados obtidos na bioimpedância, o Índice de Massa Livre de Gordura (IMLG= peso da massa magra (Kg) / Altura (m)<sup>2</sup>) e Índice de Massa de Gordura (IMG= peso massa gorda (Kg) / Altura (m)<sup>2</sup>) e avaliada conforme critérios de Kyle et al (2005), que classifica em Déficit de Massa Muscular (Homens IMLG ≤ 17,4 Kg/m<sup>2</sup> e Mulheres IMLG ≤ 15,0 Kg/m<sup>2</sup>) e Excesso de Adiposidade (Homens IMG ≥ 8,3 Kg/m<sup>2</sup> e Mulheres IMG ≥ 11,8 Kg/m<sup>2</sup>).

A avaliação da QV foi realizada através do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30) (AARONSON et al, 1993), validado para a população brasileira. Este instrumento possui 30 questões, sendo composto por cinco escalas funcionais (funções física, cognitiva, social, emocional e desempenho de papel), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômito), uma escala de estado geral de saúde/QV e cinco itens que avaliam sintomas relatados por doentes com câncer: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia; além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença. Para análise dos resultados, são obtidos valores nas escalas de funções física, cognitiva, social, emocional, desempenho de papel e estado geral de saúde/QV, sendo que quanto mais próxima de 100 a pontuação, melhor a QV relacionada a esses aspectos. Nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam maior presença dos sintomas e dificuldades.

As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1. As comparações dos escores de QV de acordo com as categorias de composição corporal foram realizadas através do Teste t de Student, considerando-se nível de significância de 5%.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 74 pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão, sendo feita a exclusão de três pacientes que não realizaram o exame de bioimpedância elétrica (BIA) devido a não apresentação em jejum.

A amostra apresentou idade média de 64,2±11,6 anos, sendo a maioria (56,76%) do sexo masculino. A maior parte dos pacientes se declarou com cor de pele branca (86,49%) e era casado ou vivia com companheiro (58,11%). Quanto ao perfil socioeconômico, 60,81% da amostra se enquadrava na classe C. O sítio tumoral mais prevalente foi cólon e reto (47,30%), seguido de pulmão (24,32%), esôfago e estômago (22,97%) e pâncreas e vesícula biliar (5,41%). Verificou-se que mais de metade dos pacientes tinha a doença em estadiamentos III e IV (60,56%) e receberam indicação de quimioterapia paliativa (52,70%).

A avaliação da composição corporal segundo os critérios de Kyle et al. (2005), mostrou que 24,3% da amostra apresentou déficit de massa muscular. Entre os homens, 23,81% apresentaram déficit de massa muscular, enquanto entre as mulheres 25% apresentaram déficit de massa muscular. Nenhum paciente apresentou excesso de adiposidade.

Na avaliação da QV, a escala de estado geral de saúde/QV atingiu um escore médio de  $67,11 \pm 22,91$  pontos, a escala funcional atingiu  $69,42 \pm 22,72$  pontos e na escala de sintomas a mediana foi de 19,2 (IIQ 5,12; 43,6) pontos, resultados semelhantes aos apresentados por outros trabalhos realizados com pacientes oncológicos e que utilizaram o EORTC QLQ-C30 como instrumento de avaliação, sendo assim demonstra estar dentro da variação de valores médios encontrados na literatura. Sawada et al. (2009) ao avaliarem a QV de pacientes em tratamento quimioterápico, encontraram na escala de saúde geral/QV média de 69,71 pontos; na escala funcional a média dos domínios variaram, sendo que o escore mais baixo foi encontrado no domínio emocional (55,46 pontos) e na escala de sintomas a dor apresentou escore médio de 23,33 pontos, seguido da fadiga com escore de 22,31 pontos, demonstrando assim, serem esses sintomas os mais prevalentes na população do referido estudo.

Na análise da relação entre composição corporal e as diferentes escalas de QV, os pacientes com déficit de massa muscular apresentaram escores mais baixos nas escalas de Saúde Geral/QV e funcional, e maiores pontuações na escala de sintomas, demonstrando pior qualidade de vida quando comparados aqueles sem déficit de massa muscular, conforme observado na Tabela 1. Não foi encontrado na literatura estudos que avaliem a influência da composição corporal sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos. Observando aspectos que podem indiretamente indicar a composição corporal (como estado nutricional e força muscular), em estudo que avaliou o impacto do estado nutricional segundo Avaliação Subjetiva Global e da força muscular sobre o estado de saúde geral/QV, utilizando a mesma amostra do presente estudo, foi observado menores escores na escala de estado geral de saúde/QV conforme piora no estado nutricional dos pacientes; já a força do aperto de mão não esteve associada à escala avaliada (PASTORE et al, 2013).

**Tabela 1.** Escores nas escalas de QV de acordo com a presença de déficit de massa muscular de pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão atendidos no Serviço de Quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, RS, 2008-2010.

| Qualidade de Vida               | Déficit de Massa Muscular |                   | p*    |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|-------|
|                                 | Sim                       | Não               |       |
| <b>Escala Avaliada</b>          | <b>Média (DP)</b>         | <b>Média (DP)</b> |       |
| <b>Estado de saúde geral/QV</b> | $57,40 \pm 28,56$         | $70,23 \pm 20,09$ | 0,040 |
| <b>Funcional</b>                | $60,12 \pm 21,18$         | $72,42 \pm 22,57$ | 0,040 |
| <b>Sintomas</b>                 | $37,46 \pm 21,40$         | $21,74 \pm 20,18$ | 0,006 |

\*Teste t

#### 4. CONCLUSÕES

Este estudo identificou déficit de massa muscular em grande parte da amostra analisada, e esta esteve associada, em todas as escalas avaliadas, à pior QV

nesses pacientes, demonstrando assim que a composição corporal exerce influência sobre a QV de pacientes com câncer.

Diante do exposto percebe-se a importância da avaliação da composição corporal de pacientes oncológicos, bem como de sua QV, pois essas informações podem ser necessárias e fundamentais para as decisões de tratamento e intervenções com o objetivo de melhorar os aspectos negativos produzidos pela doença.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONSON N.K.; AHMEDZAI S.; BERGMAN B.; BULLINGER M.; CULL A.; DUEZ N.J. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst.**, 85(5):365-76, 1993.

BARACOS V.E.; REIMAN T.; MOURTZAKIS M.; GIOULBASANIS I.; ANTOUM S. Body composition in patients with non-small cell lung cancer: a contemporary view of cancer cachexia with the use of computed tomography image analysis. **Am J Clin Nutr**, 91 (suppl): 1133s-7s, 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde** (MS). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118p Disponível em <<http://www.inca.gov.br/>>

CORONHA A.L.; CAMILO M.E.; RAVASCO P. The relevance of body composition in cancer patients: what is the evidence?. **Acta Med Port.**, 24(S4): 769-78, 2011.

KYLE U.G.; PIRLICH M., LOCHS H.; SHUETZ T.; PICHARD C. Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. **Clinical Nutrition**, 24: 133-42, 2005.

PASTORE C.A.; OEHLSCHLAEGER M.H.K.; GONZALEZ M.C. Impacto do estado nutricional e da força muscular sobre o estado de saúde geral e qualidade de vida em pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 59(1): 43-9, 2013.

SAWADA N.O.; NICOLUSSI A.C.; OKINO L.; CARDOZO F.M.C.; ZAGO M.M.F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Ver Esc Enferm USP**, 43(3): 581-7, 2009.

SIDDIQUI F.; KONSKI A.A.; MOVSAS B. Quality-of-life concerns in lung cancer patients. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes**, 10 (6): 667-76, Res 2010 Dec.