

Prevalence of malnutrition and pain in patients admitted by the screening service of an oncologic hospital*

Prevalência de desnutrição e dor em pacientes admitidos pelo serviço de triagem em hospital oncológico

Patricia Blasco Silva¹, Lilian Cristine Teixeira Trindade¹, Maíra Carvalho Gallucci², Roberto Augusto Schirr³

*Recebido do Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is a symptom influencing several aspects of daily life. This study aimed at early identifying pain in cancer patients, at evaluating how this symptom has interfered with food ingestion and its impact on patients' nutritional status.

METHODS: This was a prospective study including 222 cancer patients referred to the screening service of a hospital. Participants have answered a questionnaire with questions about food ingestion, presence of current pain and pain in the last month, type of pain, pain-related sleep disorders and weight loss in the last month.

RESULTS: Weight loss in the last month was referred by 48.6% of the elderly and 31.2% of adults. There has been food ingestion decrease in 38.5% of the elderly and 31.9% of adults. Pain-related sleep disorders were reported by 35% of patients. Most prevalent were severe and moderate pain (40% each). Among participants referring pain and weight loss, most have decreased food ingestion. When relating food ingestion decrease and presence of pain, the result was 74% of individuals, showing a relationship between pain and decreased food ingestion ($p=0.00$).

CONCLUSION: Pain is a symptom interfering with food ingestion and, if not treated, may lead to decreased food ingestion, weight loss and malnutrition, in addition to sleep disorders and incapacity to perform daily activities

Keywords: Cancer, Malnutrition, Pain, Sleep.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é um dos sintomas que influenciam em diversos aspectos da vida diária do paciente. O objetivo deste estudo foi identificar precocemente a presença de dor em pacientes com câncer, avaliar de que forma tal sintoma interferiu na ingestão alimentar e o impacto que exerceu sobre o estado nutricional do paciente.

MÉTODOS: Estudo prospectivo, incluindo 222 pacientes oncológicos, encaminhados ao serviço de triagem de um hospital. Os participantes responderam a um questionário contendo perguntas sobre ingestão alimentar, presença de dor atual e no último mês, tipo de dor apresentada, distúrbio do sono associado à dor e perda de peso no último mês.

RESULTADOS: A perda ponderal no último mês foi relatada por 48,6% dos idosos e 31,2% dos adultos. Houve redução no consumo de alimentos em 38,5% dos idosos e 31,9% dos adultos. Distúrbio do sono associado à dor foi relatado por 35% dos pacientes. As mais prevalentes foram dor intensa e moderada com 40% cada. Entre os participantes que relataram dor e perda ponderal, a maioria reduziu a ingestão alimentar. Quando relacionadas à diminuição da ingestão alimentar e presença de dor, obteve-se 74% dos indivíduos, mostrando que existe uma relação entre dor e redução no consumo alimentar ($p=0,00$).

CONCLUSÃO: A dor é um sintoma que interfere na ingestão alimentar, podendo levar à redução no consumo de alimentos, perda ponderal e desnutrição, além de distúrbios do sono e incapacidade do paciente para realizar atividades diárias quando não tratada.

Descritores: Dor, Desnutrição, Neoplasia, Sono.

INTRODUÇÃO

A dor é um dos principais sintomas que faz com que um indivíduo procure assistência médica por causar restrições em sua vida, influenciando sono, mobilidade, ingestão alimentar e atividades da vida diária¹.

Dor crônica, de persistência por período igual ou superior a três meses, pode ser decorrente de uma doença benigna subtratada, ou como sequela de doenças degenerativas. Entretanto, a dor crônica mista é altamente sugestiva de processos expansivos comuns em neoplasias. Há um componente nociceptivo caracterizado por lesão tecidual musculoesquelética e/ou visceral, e outro neuropático decorrente de compressão ou lesão de nervos periféricos².

1. Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil.

2. Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil.

3. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 03 de setembro de 2013.

Aceito para publicação em 28 de novembro de 2013.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Patricia Blasco Silva

Rua Vicente Ciccarino, 574/21 – Bairro Boa Vista

82540-120 Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: patibls@yahoo.com.br

Durante a avaliação da dor, é importante saber se a mudança de temperatura ambiente ou dias mais frios exacerbam os sintomas alérgicos. Alguns estudos, apesar de difícil mensuração, procuram avaliar a influência das alterações meteorológicas na dor de pacientes com osteoartrite. Outros estudos avaliam se condições climáticas poderiam ser desencadeantes de, por exemplo, enxaqueca^{3,4}.

A presença da dor pode interferir na ingestão alimentar. Pacientes adultos com diagnóstico de neoplasia maligna, rotineiramente apresentam comprometimento do estado nutricional, com perda ponderal superior a 10% do peso em até 30% dos casos⁵.

O emagrecimento em pacientes com câncer tem impacto negativo, causando alteração da autoimagem, podendo levar à desnutrição^{6,7}. Índices maiores de mortalidade e morbidade estão associados a pacientes desnutridos, assim como a redução da resposta e tolerância ao tratamento específico, maiores custos e piora da qualidade de vida (QV)^{7,8}.

Em alguns casos, a perda de peso encontrada nos pacientes portadores de doenças neoplásicas é resultado de baixa ingestão alimentar, devido à presença de dor, que acomete entre 20 e 50% dos pacientes no início do tratamento. O indivíduo com dor mal controlada priva-se da alimentação pelo desconforto que a ingestão alimentar pode acarretar ou exacerbar. Há então um menor consumo de alimentos, favorecendo a perda de peso, que pode também vir acompanhada da redução da capacidade funcional. O controle da dor permite que o paciente possa usufruir de atividades básicas, como alimentação, sem que essa atitude se torne um sofrimento ou cause desconforto¹. O objetivo deste estudo foi identificar a presença de dor precocemente, em pacientes encaminhados ao serviço de triagem de um hospital oncológico, além de avaliar de que forma tal sintoma interferiu na ingestão alimentar, e o impacto que exerceu sobre o estado nutricional do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico transversal, prospectivo, com pacientes encaminhados ao serviço de triagem de um hospital oncológico. Os pacientes eram casos novos na instituição e não realizaram qualquer tipo de tratamento oncológico (radioterápico, quimioterápico ou cirúrgico) que pudesse interferir na ingestão alimentar. O período de coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2012. Todos os participantes aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e eram provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram incluídos pacientes admitidos pelo serviço de triagem com diagnóstico de câncer. Os critérios de inclusão foram pacientes portadores de neoplasia maligna, atendidos pelo serviço de triagem, considerados como casos novos na instituição, idade maior ou igual a 18 anos. Não foram incluídos aqueles já em tratamento por outra neoplasia maligna, pacientes que não puderam ser submetidos à avaliação de peso e estatura, ou em uso de terapia nutricional enteral via sonda.

Os participantes responderam a um questionário contendo perguntas sobre a ingestão alimentar no último mês, presença de dor atual e no último mês, distúrbio do sono associado à dor no último mês, tipo de dor apresentada (nociceptiva, neuropática, mista) e perda de peso no último mês. A avaliação de peso atual, peso usual, esta-

tura, índice de massa corpórea (IMC) também foi realizada, assim como a classificação de cada paciente de acordo com sua capacidade funcional *Performance Status* (PS) utilizando a escala de Zubrod (ECOG- Eastern Cooperative Oncology Group) - (PS0 – atividade normal, PS1 – sintomas da doença, mas deambula e leva o seu dia a dia normal, PS2 – fora do leito mais de 50% do tempo, PS3 – no leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos, PS4 – preso ao leito)¹.

A avaliação do estado nutricional foi realizada, por uma nutricionista, conforme a idade do paciente, através dos valores de IMC. Os adultos foram classificados conforme a tabela da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995 e 1997) e para os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, foram utilizados os pontos de corte de IMC propostos por Lipschitz⁹.

A dor, quando relatada, foi quantificada conforme a escala analógica visual (EAV) de intensidade da dor, que utiliza valores de zero a 10 (zero = ausência de dor e 10 = pior dor já sentida), podendo ser classificada em dor leve (valor de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10)¹.

A temperatura diária na cidade de Curitiba foi obtida através dos dados registrados pelo Instituto Meteorológico do Paraná (SIMEPAR) com o objetivo de confrontar com o relato da presença de dor pelos pacientes no dia da entrevista.

Para análise estatística os dados foram registrados no programa Microsoft Excel®, para posterior análise descritiva das variáveis coletadas e cruzamento de dados utilizando o teste de Qui-quadrado, com nível de significância igual ou menor 0,05.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob nº 2134/2011.

RESULTADOS

A população estudada foi constituída de 222 pacientes, 49% (109) idosos e 51% (113) adultos. Os tumores mais frequentes entre idosos foram próstata (18,3%), pele (13,8%), mama (12,8%) e cabeça e pescoço (8,3%). Dentre os adultos, o tumor de mama foi o mais encontrado (26,5%), seguido de pele (15,9%), tumores de cabeça e pescoço (14,2%), próstata, útero e tireoide com 8% cada.

Conforme classificação do estado nutricional (Tabela 1) houve pequena diferença entre o número de adultos eutróficos e sobrepeso, com 33,6 e 31,9%, respectivamente. O total de adultos desnutridos foi de 7,1% e o total de obesos 27,4%. Dentre os idosos foram encontrados mais sobrepeso (42,2%), seguido de eutróficos (41,3%) e desnutridos (16,5%). A perda ponderal no último mês foi relatada por 48,6% dos idosos e 31,2% dos adultos.

Com relação à ingestão alimentar no último mês, 38,5% dos idosos e 31,9% dos adultos relataram diminuição no seu consumo. Apenas 7,3% de idosos e 9,7% dos adultos referiram aumento no consumo de alimentos no mesmo período.

De acordo com a escala de Zubrod, a maioria dos idosos e adultos foi classificada com PS0, 72,5 e 77%, respectivamente.

Na avaliação da dor apresentada por idosos e adultos (Tabela 2) os resultados encontrados foram similares: 32,7% (37) dos adultos e 37,6% (41) dos idosos relataram dor no dia da entrevista. Em relação ao último mês, 65,5 e 64,2% dos pacientes adultos e idosos, respectivamente, apresentaram essa queixa. A dor moderada foi pre-

Tabela 1. Estado nutricional conforme índice de massa corpórea e idade dos pacientes

	Adultos % (n)	Idosos % (n)
Desnutrição III	0,9 (1)	-
Desnutrição II	1,8 (2)	-
Desnutrição I	4,4 (5)	-
Desnutrição	-	16,5 (18)
Eutrofia	33,6 (38)	41,3 (45)
Sobrepeso	31,9 (36)	42,2 (46)
Obesidade I	16,8 (19)	-
Obesidade II	6,2 (7)	-
Obesidade III	4,4 (5)	-

Tabela 2. Quantificação da dor no dia da entrevista e no último mês conforme relato dos pacientes adultos e idosos

	Dor no dia da entrevista		Dor no último mês	
	Adultos (n=37)	Idosos (n=41)	Adultos (n=74)	Idosos (n=70)
Dor leve	5% (2)	28% (12)	4% (3)	20% (14)
Dor moderada	63% (23)	47% (19)	55% (41)	40% (28)
Dor intensa	32% (12)	25% (10)	41% (30)	40% (28)

valente entre adultos e idosos no dia da pesquisa, com 63 e 47%. No último mês, as dores intensa e moderada (40% cada) se destacaram entre os idosos.

As temperaturas máxima e mínima médias, registradas em cada dia da coleta de dados foram entre 25,3 e 12,7° C, com média de 19° C. Considerando o total de pacientes, 35% (78) apresentaram queixa de dor no dia da entrevista e 64% (144) relataram dor no último mês.

A dor nociceptiva foi apresentada por 33% dos idosos e 36,3% dos adultos, a neuropática por 17,4% dos idosos e 10,6% dos adultos e a dor mista por 14,7% dos idosos e 19,5% dos adultos.

Distúrbio do sono associado à dor no último mês foi relatado por 35% dos pacientes. Neste estudo, houve predomínio da dor intensa entre os pacientes que apresentaram distúrbio do sono, e dor moderada entre aqueles que não apresentaram esse distúrbio.

Considerando todos os pacientes (Tabela 4), e relacionando a perda ponderal (PP) associada à presença de dor no último mês, obteve-se um total de 64 indivíduos. Foram encontrados 78 pacientes que apresentaram dor no último mês, porém não apresentaram perda de peso. Dentre os que relataram dor e PP, a maioria (38) reduziu a ingestão alimentar, e aqueles que não perderam peso, em sua maioria mantiveram ingestão alimentar normal.

Tabela 3. Presença e grau de dor no último mês associada a distúrbio do sono

		Dor no último mês			
		Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
Distúrbio do sono associado à dor no último mês	Sim	4%(3)	12%(2)	47%(31)	79%(44)
	Não	96%(80)	88%(15)	53%(35)	21%(12)
	Total	83	17	66	56

Tabela 4. Dor no último mês associada à perda ponderal e ingestão alimentar

		Perda ponderal (Sim)	Perda ponderal (Não)
		Ingestão alimentar	Reduziu
	Normal	39,0%(25)	56,4%(44)
	Aumentou	1,6%(1)	19,2%(15)
Total		64	78

DISCUSSÃO

A dor é o sintoma que causa mais angústia aos pacientes e familiares porque influencia o controle de outros sintomas como a insônia, depressão, ansiedade e anorexia². Estima-se que 35 a 45% dos pacientes oncológicos sentem dor em uma fase precoce da doença ou na data do diagnóstico, subindo para 70% naqueles com doença avançada¹⁰. Em estudo realizado com 140 pacientes idosos submetidos ao tratamento quimioterápico, a presença de dor foi referida por 51,4%¹¹. Outro estudo com 50 pacientes em cuidados paliativos observou que 40% apresentaram queixa de dor moderada no primeiro atendimento e 34% do total apresentou queixa de redução do apetite¹². Neste estudo, identificou-se 64% dos pacientes com dor no último mês e, 35% com queixa de dor no momento da entrevista.

Os dados encontrados mostram que não há uma relação direta entre a presença de dor e a perda de peso, porém, dentre aqueles que apresentaram perda ponderal, 60% relataram redução na ingestão alimentar. Quando relacionadas a diminuição da ingestão alimentar e a presença de dor, obteve-se 74% dos pacientes, mostrando que existe uma relação entre dor e redução na ingestão alimentar (p=0,00).

Dor intensa no último mês foi relatada por 56 pacientes e 33% deles apresentou diminuição na ingestão alimentar. Tal redução, associada às alterações metabólicas produzidas pelo câncer, pode acarretar perda ponderal caso as necessidades calóricas não sejam atingidas diariamente. O cuidado nutricional deve ser iniciado precocemente, com o objetivo de prevenir a desnutrição ou minimizar seus efeitos^{13,14}.

No presente estudo, encontrou-se um número maior de pacientes com dor intensa e distúrbio do sono associado (35%), quando comparada às demais intensidades de dor, ou seja, quanto maior a dor, maior a interferência no sono do paciente, impossibilitando o seu descanso adequado. A dor não aliviada gera ansiedade, sintomas depressivos, prejudica atividades diárias e sociais e o sono. Estudo¹¹ com 140 pacientes idosos revelou que 62,9% apresentavam má qualidade do sono, sendo observada associação entre qualidade do sono e presença de dor (p=0,00).

No que diz respeito ao tipo de dor e o distúrbio do sono, 54% dos pacientes apresentaram distúrbio do sono associado à dor, com prevalência do tipo nociceptiva (41%) e mista (33%). Estudo¹⁵ com 118 pacientes oncológicos em cuidados paliativos encontrou o sintoma da dor em 69% dos pacientes, com predomínio da dor neuropática (44%) e nociceptiva (41%).

O estado nutricional mostrou que a maioria dos adultos estava eutrófico e em sobrepeso, e os idosos, em sobrepeso e eutrofia. Considerando esses grupos de pacientes, 18% dos adultos e 34% dos idosos relataram perda ponderal no último mês. Idosos são mais sus-

cetíveis a alterações de peso e consumo alimentar devido à monotonia das refeições, dificuldades de mastigação, ausência de cuidadores para o preparo das refeições, fatores esses relacionados a um menor consumo de alimentos, refletindo em perda ponderal que pode se tornar grave, mesmo nos casos em que o IMC se encontrava dentro da normalidade. A depleção de tecidos corporais, especialmente massa muscular, promove astenia e piora na qualidade de vida, dificultando o início e a continuidade do tratamento oncológico⁵.

Na avaliação da presença de dor e temperatura do dia, não foi encontrada evidência estatística de relação, considerando uma variação média de temperatura de 12,6° C e uma temperatura mínima média de 12,1° C. Em um estudo com 60 pacientes com enxaqueca, acompanhados por três meses, foi observado aumento na incidência de crises nos dias com temperaturas mais altas (média acima de 18,4° C) e menor pressão relativa do ar. Dias com baixa umidade do ar e menor pressão atmosférica relativa precederam aqueles em que os pacientes apresentaram maior frequência de crises de enxaqueca³. No presente estudo não foi encontrada correlação entre temperaturas mais baixas nos dias mais frios e a presença de dor, contudo houve relação entre a dor e a redução na ingestão alimentar. São necessários novos estudos que avaliem a presença de dor em dias com temperaturas inferiores às analisadas para identificar possíveis relações entre temperatura e dor, com conseqüente redução na ingestão alimentar.

CONCLUSÃO

A dor é um sintoma que interfere na ingestão alimentar, podendo levar a redução no consumo de alimentos, perda ponderal e desnutrição, além de distúrbios do sono e incapacidade quando subtrata-

da. A identificação precoce da dor possibilita o correto manuseio e tratamento, auxiliando o paciente a manter a continuidade de suas atividades diárias e sociais com menor sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Silva PB, Lopes M, Trindade LC, Yamanouchi CN. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Rev Dor. 2010;11(4):282-8.
2. Simões AS. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. Rev Dor. 2011;12(2):166-71.
3. Campana MS, Molina BS, Troiano Neto DM, Waisman V, Fragoso YD. Influência do clima como desencadeante de crises de enxaqueca: estudo prospectivo. Rev Dor. 2012;13(1):14-7.
4. Figueiredo EC, Figueiredo GC, Dantas RT. Influência de elementos meteorológicos na dor de pacientes com osteoartrite: revisão da literatura. Rev Bras Reumatol. 2011;51(6):616-28.
5. Garófolo A, Petrilli AS. Balanço entre ácidos graxos ômega-3 e 6 na resposta inflamatória em pacientes com câncer e caquexia. Rev Nutr. 2006;19(5):611-21.
6. Valadão M, Leal RA, Barbosa LC, Carneiro M, Murrahe RJ. Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: precisamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. Rev Bras Colo-Proctol. 2010;30(2):160-6.
7. 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.
8. da Silva RC, Hortale VA. [Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines]. Cad Saude Publica. 2006;22(10):2055-66. Portuguese.
9. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21(1):55-67.
10. Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A. Dor oncológica. Rev Port Pneumol. 2007;13(6):855-67.
11. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(6):1100-8.
12. Carvalho DS, Kowacs PA. Avaliação da intensidade de dor. Migrêneas Cefaléias. 2006;9(4):164-8.
13. Isidro MF, Lima DS. [Protein-calorie adequacy of enteral nutrition therapy in surgical patients]. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(5):580-6. Portuguese.
14. Planas M, Puiggrós C, Redecillas S. Contribución de soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. Nutr Hosp. 2006;21(3):27-36.
15. Salomonde GL, Verçosa N, Barrucand L, Costa AF. [Clinical and therapeutic analysis of oncology patients treated at the pain and palliative care program of the Hospital Universitário Clementino Fraga Filho in 2003]. Rev Bras Anestesiologia. 2006;56(6):602-18. Portuguese.