



Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia*

Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy

Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en quimioterapia

Adriana Cristina Nicolussi¹, Namie Okino Sawada², Fernanda Mara Coelho Cardozo³, Viviane Andrade², Juliana Maria de Paula²

Estudo transversal, com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em pacientes com câncer em quimioterapia, identificar domínios afetados e associá-los com características sociodemográficas e clínico-terapêuticas da amostra. Foi realizado com 152 pacientes entre 2009-2011 em duas centrais de quimioterapia, na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Utilizou-se o instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30*. A Qualidade de Vida geral foi considerada boa, os domínios afetados foram: função emocional, desempenho de papel, dor, fadiga, insônia e perda de apetite. Pacientes do sexo feminino, entre 40-60 anos, economicamente ativos, com câncer gástrico, pulmão, neurológico e pele, os metastáticos e os pacientes que realizaram cirurgia e/ou radioterapia concomitantemente apresentaram déficits em vários domínios e presença de mais sintomas. Concluiu-se que o câncer e seu tratamento afetaram de algum modo os pacientes, causando déficits nas funções desempenhadas e presença de mais sintomas, prejudicando sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Descritores: Qualidade de Vida; Neoplasias; Quimioterapia; Enfermagem Oncológica.

It is a cross-sectional study to evaluate the health-related quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy, to identify the domains affected and associate them with socio-demographic and clinical-therapeutic features of the sample. It was performed with 152 patients between 2009 and 2011 in two centers of chemotherapy, in Ribeirão Preto, SP, Brazil. The instrument *Quality of Life Questionnaire Core-30* was used. The general Quality of Life was considered good, the domains affected were: emotional and role function, pain, fatigue, insomnia and loss of appetite. Female patients, between 40 and 60 years, economically active, with gastric, lung, neurological and skin cancer, with metastasis, and patients who underwent surgery and/or radiotherapy showed concomitant deficits in several areas and the presence of more symptoms. We concluded that the cancer and its treatment somehow affected patients, causing more symptoms and deficits of the performed functions, jeopardizing their health-related quality of life.

Descriptors: Quality of Life; Neoplasms; Drug Therapy; Oncologic Nursing.

Estudio transversal, cuyo objetivo fue evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes con cáncer en quimioterapia, identificar dominios afectados y asociarlos con datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de la muestra. Llevado a cabo con 152 pacientes entre 2009-2011 en dos centros de quimioterapia, en Ribeirão Preto, SP, Brasil. Se utilizó el instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30*. La Calidad de Vida general fue considerada buena, los dominios afectados fueron: función emocional, desarrollo de papel, dolor, fatiga, insomnio y pérdida de apetito. Pacientes del sexo femenino, entre 40-60 años, económicamente activos, con cáncer gástrico, pulmón, neurológico y piel, con metástasis y los pacientes que se sometieron a cirugía y/o radioterapia concomitante presentaron déficit en varias áreas y presencia de más síntomas. El cáncer y su tratamiento afectaron de alguna manera los pacientes, causando déficits en las funciones desarrolladas e más síntomas, perjudicando la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Descriptores: Calidad de Vida; Neoplasias; Quimioterapia; Enfermería Oncológica.

*Extraído da tese Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

¹Hospital das Clínicas. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³Becton Dickinson Brasil. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Adriana Cristina Nicolussi

Rua Salvador diFázio Filho, 614. Jardim Palmares, CEP: 14092-465, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: drinicolussi@ig.com.br

Introdução

Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma maior dimensão, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. As Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para o ano de 2013 é de 518.510 novos casos, incluindo os cânceres de pele do tipo não melanoma. Os mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino⁽¹⁾.

O objetivo do tratamento do câncer é a cura, prolongar a vida quando não há cura e proporcionar cuidados paliativos. Quando o tratamento não pode resultar em cura, ele deve levar a uma melhora do bem-estar e da qualidade de vida⁽²⁾.

A quimioterapia antineoplásica tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer, e pode ser empregada tanto com fins curativos como paliativos. Sua indicação implica uma série de fatores que devem ser considerados no seu planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renal, hepática e pulmonar, presença de infecções, o tipo do tumor, presença de metástase e sua extensão e a condição de vida do paciente⁽³⁾.

O câncer pode produzir muitos sintomas diferentes, alguns sutis e outros nem tanto. Eles ocorrem de acordo com o tipo e o estágio do câncer e alguns tipos de câncer não apresentam quaisquer sintomas até que eles estejam em estágios avançados. O tempo desde o diagnóstico, a aceitação do paciente, a intensidade da doença e o nível de sofrimento psíquico experimentado pelos cuidadores, podem afetar a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes com câncer⁽⁴⁾.

O avanço tecnológico, no âmbito das ciências médicas, tem proporcionado um enorme otimismo no tratamento do câncer e no aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes; portanto, faz-se necessário avaliar a qualidade de vida destes pacientes, enquanto esta se constitui um importante indicador do bem-estar⁽³⁾.

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e sua avaliação tem se tornado cada vez mais importante no cuidado em saúde, especialmente no campo das doenças crônicas. Normalmente, as avaliações na área de saúde eram focadas nas taxas de sobrevivência, de controle local ou de complicação, e sob o ponto de vista médico. Estas avaliações não tinham conhecimento e entendimento do bem-estar mental e emocional dos pacientes. Atualmente, tem-se avaliado a QVRS como a percepção do paciente de efeitos da doença e do impacto na sua vida diária. Ela tem duas características fundamentais: é considerada multi-dimensional, pois incorpora os domínios físico, psicológico, social, emocional e funcional; e é subjetiva, ou seja, de acordo com as experiências do próprio paciente⁽⁵⁾.

Determinar como medir e quantificar a experiência subjetiva da QVRS é uma questão desafiadora. Há uma variedade de instrumentos validados disponíveis para utilização no campo da oncologia. Eles são classificados em três tipos: o genérico, que avalia a QV/QVRS independente de presença de alguma patologia; o específico para pacientes com câncer em geral, e o específico para o tipo de câncer, como por exemplo, instrumentos que avaliam o câncer de mama, o câncer de cabeça e pescoço, etc⁽⁵⁾.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivos: avaliar a QVRS de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, identificar os domínios afetados, utilizando o instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30* (QLQ-C30)⁽⁶⁾ e associar estes domínios com as características sócio-demográficas e clínico-terapêuticas da amostra.

Método

Estudo descritivo e exploratório de corte transversal. Foi realizada uma amostragem proposital (ou intencional), na qual o pesquisador seleciona os sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão⁽⁷⁾; uma vez que foi composta por pacientes diagnosticados com câncer no período de maio de

2009 a dezembro de 2011, totalizando uma amostra de 152 pacientes.

Os locais do estudo foram o Centro Especializado em Oncologia (CEON) do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência e a Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP).

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com câncer iniciando tratamento quimioterápico no CEON e na Central de Quimioterapia do HC, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que aceitassem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os pacientes que tinham alguma dificuldade na compreensão da pesquisa e/ ou na participação no estudo e nas entrevistas.

Foi realizado levantamento semanal dos pacientes que estavam iniciando tratamento quimioterápico, em ambos os locais, pela pesquisadora principal, foi calculado uma média mensal para a amostra e aqueles que preencheram os critérios de inclusão e exclusão foram abordados e convidados a participarem da pesquisa.

Para a categorização dos dados dos pacientes, foi utilizado um questionário de identificação construído para a coleta dos dados sociodemográficos como: sexo, idade, estado civil, procedência, profissão/ ocupação, nível de escolaridade e religião; e dos dados clínicos e terapêuticos como: diagnóstico, realização e tipo de cirurgia; realização de radioterapia; protocolo, sessões e efeitos colaterais da quimioterapia.

Para a avaliação da QVRS e dos domínios afetados (escalas e itens) foi utilizado o instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30* (QLQ-C30) da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) para avaliar a QVRS⁽⁶⁾.

O QLQ-C30 é um instrumento de qualidade de vida específico para pacientes com câncer, devidamente validado para a população brasileira⁽⁸⁾. O instrumento contém 30 questões que compõem uma

escala de Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida; cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel; três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito; cinco itens de sintomas: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, e um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença⁽⁶⁾. O instrumento solicita que o respondente selecione as respostas de acordo com a última semana vivenciada, portanto, o instrumento foi aplicado uma semana após o início do tratamento quimioterápico.

O QLQ-C30 gera escores nas escalas funcionais, nas escalas de sintomas e nos demais itens avaliados. Cada escore é transformado em uma escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes do EORTC, no qual o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e na escala de Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida (EGS/ QV); enquanto que nas escalas e itens de sintomas e no item de dificuldade financeira, o 100 indica mais sintomas (ou dificuldades) presentes e o zero, nenhum sintoma (ou nenhuma dificuldade)⁽⁶⁾.

Para a análise dos dados, foi utilizado o software *Statistical Package for Social Science* versão 17.0 (SPSS for Windows). Utilizou-se o teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade do instrumento. Foram calculados a média e desvio padrão para análise descritiva dos dados; e o teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA) para comparar os domínios do instrumento de QVRS com os dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos, no qual o nível de significância estabelecido foi de 0,05.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Protocolo no. 1002/2009, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN)⁽⁹⁾.

Resultados

A amostra foi composta por 152 pacientes com câncer. Quanto às características sócio-demográficas, 85 (55,9%) pacientes eram do sexo feminino e 67

(44,1%) masculino. Com relação à faixa etária: entre 18 e 39 anos, foram encontrados nove (5,9%) pacientes, entre 40 e 59 anos, 83 (54,6%) pacientes, entre 60 e 79 anos, 58 (38,2%), e acima de 80 anos, dois (1,3%) pacientes.

Em relação ao estado civil, 87 (57,2%) pacientes eram casados, 23 (15,1%) solteiros, 25 (16,5%) divorciados e/ou amasiados e 17 (11,2%) viúvos. Quanto à procedência, 80 (52,6%) residiam em Ribeirão Preto, 68 (44,7%) eram da região de Ribeirão Preto e quatro (2,7%) de outras regiões.

Quanto à profissão, 35 (23,0%) eram aposentados; 36 (23,7%) donas de casa; 21 (13,8%) tinham como ocupação: pintor, pedreiro, mecânico, motorista, porteiro; 21 (13,8%) trabalhavam no comércio e os demais 39 (25,7%) eram profissionais de diversas outras áreas.

Com relação ao nível de escolaridade, 100 (65,8%) estudaram o ensino fundamental, 26 (17,1%) possuíam o ensino médio e 26 (17,1%) concluíram o ensino superior. Quanto à religião, a maioria, 107 (70,4%), era constituída por católicos, 35 (23,0%) eram evangélicos/cristãos, seis (3,9%) espíritas, um (0,7%) era budista e três (2,0%) ateus.

Com relação aos dados clínicos e terapêuticos, os tipos de cânceres mais frequentes foram: de mama (23,7%), intestinais (21,7%) e gástricos (12,5%); quanto à presença de metástase, 117 (77,0%) eram cânceres primários e 35 (23,0%) eram metastáticos.

Quanto aos tipos de tratamento, 117 (77,0%) haviam realizado cirurgia. Destes 117, 38 (32,5%) pacientes realizaram cirurgia para retirada parcial do órgão afetado e adjacências, 25 (21,4%) biópsia, em 24 (20,5%) foram realizadas retirada total do órgão afetado e adjacências, 15 (12,8%) pacientes realizaram tumorectomia, cinco (4,2%) cirurgias foram paliativas, houve um (0,8%) transplante de medula óssea e nove (7,8%) pacientes não souberam informar a cirurgia realizada. Apenas 42 (27,6%) pacientes realizaram radioterapia.

Em relação ao protocolo de quimioterapia (QT), foram encontrados 46 esquemas diferentes

de medicações, os mais utilizados foram: 5-Fluorouracil (5-FU) + Leucovorin (LV) em 19 (12,5%) pacientes; Cisplatina em 18 (11,8%); Paclitaxel + Carboplatina em 17 (11,2%); Oxaliplatina + Capecitabina (endovenosa e/ou via oral) em 12 (7,9%); e Epirrubicina + Ciclofosfamida + Docetaxel em 11 (7,2%) pacientes.

Também foram avaliados os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes relacionados à quimioterapia, sendo que 35 (23,0%) estavam assintomáticos, 85 (55,9%) com sintomas físicos como: calor, sudorese, mal-estar, fraqueza e tontura, dentre outros associados a desconfortos gastrointestinais, como: náuseas e vômitos, constipação e/ou diarreia; 22 (14,5%) apresentaram apenas sintomas gastrointestinais; nove (5,9%) apenas sintomas físicos; e um (0,7%) paciente queixou-se tanto de sintomas físicos, como gastrointestinais e ainda referiu sintomas emocionais, como: depressão, angústia e/ou irritabilidade.

Qualidade de vida relacionada à saúde

Com relação às características psicométricas do instrumento para a amostra estudada, o coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,84, indicando confiabilidade do instrumento para esta amostra.

A Tabela 1 apresenta a média e o desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30. A média do Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida (EGS/QV) encontrada foi de 74,91 e dos escores para as funções física, cognitiva e social variaram de 72,92 a 77,11, considerados bons escores, por aproximarem-se de 100 (máximo); para desempenho de papel e função emocional, variaram de 57,75 a 63,26, representando um resultado satisfatório (resultados entre 50,0 e 70,0). Os escores das escalas e itens de sintomas mostraram como sintomas mais frequentes: dor, fadiga, insônia e perda de apetite, além de os pacientes terem relatado que sua condição física ou tratamento tenha trazido certa dificuldade financeira, conforme o escore do item que avalia a dificuldade financeira.

Tabela 1 - Média e desvio padrão das escalas e itens do instrumento QLQ-C30 da amostra

Escalas e itens	Média	Desvio-padrão
Escalas geral e funcionais		
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	74,91	23,36
Função física (FF)	72,92	23,34
Desempenho de papel (DP)	57,75	39,08
Função emocional (FE)	63,26	29,00
Função cognitiva (FC)	76,82	28,84
Função social (FS)	77,11	31,87
Escalas e itens de sintomas		
Fadiga (FAD)	32,44	29,80
Náuseas e vômitos (NAV)	9,45	20,00
Dor (Dor)	38,28	36,60
Dispneia (DIS)	10,88	24,66
Insônia (INS)	32,28	37,67
Perda de apetite (PAP)	23,19	39,08
Constipação (CON)	16,14	29,88
Diarreia (DIA)	7,18	19,42
Item		
Dificuldades financeiras (DIF)	27,74	38,94

Foram realizadas associações das variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, profissão/ocupação e religião com cada escala do QLQ-C30 e foram encontradas as seguintes associações estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$): o sexo feminino apresentou pior escore para a Função Cognitiva do que o masculino; pacientes na faixa etária entre 40 e 60 anos obtiveram maiores escores significando apresentarem mais diarreia e maiores dificuldades financeiras do que os das demais faixas etárias; aposentados e donas de casa apresentaram melhor EGS/QV e menos sintomas de náuseas e vômitos do que os economicamente ativos, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do instrumento QLQ-C30 com os dados sociodemográficos da amostra

Escalas e itens do QLQ-C30	Dados sociodemográficos	Média	Desvio padrão	P value
Função cognitiva	Sexo			
	Feminino	72,54	29,46	0,039
	Masculino	82,26	27,30	
Diarreia	Faixa etária (anos)			
	20 — 40	0,00	0,00	0,023
	40 — 60	11,56	24,54	
	60 — 80	2,27	8,43	
≥ 80	0,00	0,00		
Dificuldades financeiras	Faixa etária (anos)			
	20 — 40	25,77	36,32	0,056
	40 — 60	35,21	42,01	
	60 — 80	18,31	33,06	
≥ 80	0,00	0,00		
EGS/QV	Profissão			
	Aposentados	82,59	20,35	0,026
	Donas de casa	79,37	26,68	
	Comerciantes	74,57	20,83	
	Mecânico, pintor, eletricitista	70,20	22,14	
Outros profissionais	66,64	22,37		
Náuseas e vômitos	Profissão			
	Aposentados	6,66	15,22	0,026
	Donas de casa	3,23	9,60	
	Comerciantes	17,44	24,97	
	Mecânico, pintor, eletricitista	17,45	25,53	
Outros profissionais	9,11	22,62		

Também foram realizadas associações dos dados clínicos: diagnóstico (localização do câncer) e presença de metástase com cada escala do QLQ-C30. A Tabela 3 demonstra as associações com os dados clínicos estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$): pacientes com câncer gástrico, de pulmão, neurológico e de pele tiveram maiores escores para fadiga e os com câncer neurológico e de pulmão maiores escores para dispneia, indicando maior presença do sintoma; os pacientes metastáticos apresentaram menor Função Física do que os não metastáticos.

Tabela 3 - Média, desvio-padrão e significância estatística da aplicação do instrumento QLQ-C30 com os dados clínicos da amostra

Escalas e itens do QLQ-C30	Dados clínicos	Média	Desvio-padrão	p value
Fadiga	Localização do câncer			
	Mama	24,97	25,08	0,019
	Gástrico	54,34	33,49	
	Intestinal	24,28	26,06	
	Reprodutor feminino	27,38	21,74	
	Pulmão/mediastino	43,88	31,01	
	Reprodutor/genital masculino	22,20	19,22	
	Cabeça e pescoço	29,88	30,86	
	Neurológico	42,18	31,78	
	Leucemias/linfomas	34,68	30,50	
Pele e melanomas	41,65	49,98		
Dispneia	Localização do câncer			
	Mama	9,19	21,88	0,057
	Gástrico	3,47	10,40	
	Intestinal	7,25	21,88	
	Reprodutor feminino	6,66	25,81	
	Pulmão/mediastino	28,66	32,83	
	Reprodutor/genital masculino	0,00	0,00	
	Cabeça e pescoço	12,69	25,34	
	Neurológico	33,20	47,02	
	Leucemias/linfomas	12,37	24,55	
Pele e melanomas	16,50	33,00		
Função física	Metástase			
	Sim	65,68	27,98	0,036
	Não	75,09	21,42	

Outras associações significantes estatisticamente foram com os dados terapêuticos, onde notou-se que diferentes tipos de cirurgia causaram diferentes déficits nas funções e presença de mais sintomas, como por exemplo, pacientes que realizaram tumorrectomia apresentaram menores escores para EGS/QV e funções física, emocional, cognitiva e social, e maiores escores significando mais sintomas presentes para náuseas e vômitos, dispneia, insônia, perda de apetite e constipação. Os pacientes que realizaram cirurgias paliativas relataram piores escores para EGS/QV e funções física, emocional e cognitiva, e relataram

mais sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, dispneia, insônia e perda de apetite. Já o paciente que realizou transplante de medula óssea, obteve piores escores para as funções emocional, cognitiva e social, além dos sintomas de fadiga e constipação. Quanto à radioterapia, os pacientes que a realizaram foram afetados com mais sintomas de dor do que os que não realizaram.

Discussão

A média de 74,91 para o EGS/QV indicou que os pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, apesar de estarem enfrentando as diversas modificações em suas vidas devido à doença e ao tratamento, consideram sua QVRS como boa. Eles também relataram como boa as suas funções física, cognitiva e social, e obtiveram um resultado satisfatório para desempenho de papel e função emocional; mas ainda foram acometidos com sintomas de dor, fadiga, insônia e perda de apetite, e referiram certa dificuldade financeira.

A QVRS foi analisada em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia e foi encontrada a média de 71,43 para o EGS/QV, também considerada boa, assim como as funções física e social, também apresentaram déficits na função emocional e mais sintomas de náuseas e vômitos, fadiga, constipação e dor, além de relatarem dificuldades financeiras⁽³⁾. Outra avaliação da QVRS de pacientes com câncer durante a quimioterapia, também encontrou a QVRS relativamente boa no início da quimioterapia, contudo depois de três e seis meses de tratamento, observaram que ela foi significativamente pior e foi detectado prejuízo nas funções sexual e física⁽²⁾.

Esta pesquisa encontrou que as mulheres obtiveram piores escores para função cognitiva. A literatura evidencia que os maiores impactos percebidos pelas mulheres foram nas funções sexual e emocional, dificuldades financeiras, além do surgimento de dor, fadiga, náuseas e vômitos⁽³⁾; mulheres com câncer colorretal apresentaram piores escores para as funções emocional e cognitiva e com

mais sintomas de dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite do que os homens⁽¹⁰⁾. Mulheres com depressão e fadiga após um ano ou mais de quimioterapia e radioterapia apresentaram comprometimento na QV, com escores mais baixos para desempenho e satisfação sexual e perspectivas futuras⁽¹¹⁾.

Com relação à faixa etária, diferenças significativas foram encontradas entre os grupos de idade⁽³⁾, na escala EGS/QV o grupo de mulheres de 30 anos avaliou a QVRS de forma mais positiva do que o grupo de 60 anos. Quando comparado a esta pesquisa, cujos pacientes na faixa etária entre 40 e 60 anos relataram mais diarreia (Média=11,56) e maiores dificuldades financeiras (Média=35,21). Estudo encontrou a diarreia como mais frequente nos grupos com 30 (Média=49,99) e 50 anos (Média=28,52) e as dificuldades financeiras foram mais relatadas nos grupos de 40 e 30 anos (Médias= 61,90 e 49,99, respectivamente)⁽³⁾. Outro estudo que analisou a QVRS de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, encontrou que as dificuldades financeiras, perda de apetite e náuseas e vômitos causaram maior impacto negativo na faixa etária de 40 a 60 anos, principalmente nas mulheres⁽¹²⁾.

No presente estudo, os pacientes com câncer gástrico, de pulmão, neurológico e de pele tiveram mais fadiga e os com câncer neurológico e de pulmão mais dispneia. Em outra pesquisa realizada com pacientes oncológicos, o câncer gastrointestinal foi o mais comum e os pacientes apresentaram problemas em relação ao medo sobre o futuro, pensamento sobre a doença e suas consequências, impaciência e depressão; a QVRS foi favorável na maioria dos pacientes e este estudo também encontrou relação entre fadiga e QVRS nos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, ou seja, quanto mais intensa a fadiga, pior foi a QVRS relatada pelos pacientes⁽⁴⁾. Em outro estudo que avaliou a QVRS de pacientes com glioma demonstrou que estes pacientes apresentaram déficits nas cinco funções do QLQ-C30 (emocional, social, cognitiva, física e funcional), além da presença dos sintomas de fadiga, dor, perda de apetite, insônia e

náuseas e vômitos⁽¹³⁾.

Estudos que avaliaram a QVRS de pacientes com câncer colorretal recebendo quimioterapia, encontraram mudanças significantes no decorrer do tratamento, com déficits na função cognitiva, dispneia, insônia, constipação e diarreia⁽¹⁴⁾, função emocional, dor, insônia, fadiga e a QV geral como satisfatória (média = 79,13)⁽¹⁰⁾.

Fatores que contribuem para a diminuição da QVRS foram avaliados em mulheres com câncer ginecológico e elas foram divididas em quatro subgrupos (quartis) de acordo com o resultado da QVRS, encontrando que para as mulheres cuja QV total estava no quartil inferior(Q1), os resultados demonstraram que as quedas são devido às diferenças consideráveis em questões específicas, incluindo náuseas, dor, sensação de mal-estar e ser incomodado pelos efeitos colaterais do tratamento. Acreditaram que o fato de que praticamente não houve diferenças no bem-estar social entre estes subgrupos de mulheres corrobora a hipótese principal de que prejuízos na QVRS são específicos para a doença e tratamento e não refletem uma deficiência generalizada da QV e que intervenções simples que melhoramos sintomas físicos podem ter grandes efeitos, melhorando outros aspectos do bem-estar físico e funcional⁽¹⁵⁾.

A QVRS foi avaliada em pacientes com câncer de pulmão de células não-pequenas em quimioterapia adjuvante e as alterações na QVRS durante a quimioterapia foram relativamente modestas, com piora dos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, contudo houve uma redução na dor e nenhuma mudança na QVRS geral. Estes resultados indicaram que os efeitos negativos da quimioterapia adjuvante na QVRS parecem ser temporários e que as melhorias são comuns na maioria dos pacientes⁽¹⁶⁾.

Mulheres portadoras de câncer ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica tiveram como domínios mais comprometidos o físico e o ambiental e o mais preservado, o social, e a média de QV geral obtida foi de 68,6. Todos os domínios correlacionaram-se significativamente com a QV geral. Evi-

denciaram que a QVRS dessas mulheres é satisfatória e sugerem que os domínios com escores mais baixos sejam alvo de observações mais acuradas, durante as intervenções multiprofissionais, a fim de proporcionar melhor QVRS durante o tratamento quimioterápico⁽¹⁷⁾.

A quimioterapia por si só, causou sintomas nos pacientes deste estudo, como dor, fadiga, insônia e perda de apetite e quando associada a outros tratamentos, como cirurgia e radioterapia, também causaram prejuízos nas escalas de funções e sintomas.

Tanto as cirurgias com fins curativos quanto as paliativas causaram déficits nas funções e presença de mais sintomas, os pacientes que realizaram cirurgias paliativas relataram piores escores para EGS/QV e funções física, emocional e cognitiva, e relataram mais sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, dispneia, insônia e perda de apetite. Pacientes que realizaram cirurgia paliativa apresentaram uma queda na QV geral e na função cognitiva nos primeiros seis meses após a cirurgia⁽¹⁸⁾. Mulheres mastectomizadas juntamente com seu grupo controle apresentaram pior pontuação na dimensão limitação por aspectos físicos e melhor pontuação para capacidade funcional, e quando combinados a presença de comorbidades, apresentaram níveis mais baixos de QV nas dimensões capacidade funcional, dor e EGS⁽¹⁹⁾.

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço que realizaram tratamento radioterápico foram afetados com sintomas como fadiga e insônia, além de referirem dificuldades financeiras⁽⁵⁾. Mulheres com câncer de colo uterino apresentaram disfunções sexuais após a radioterapia⁽²⁰⁾. Nesta pesquisa, os pacientes que realizaram radioterapia referiram mais dor do que os demais.

Conclusão

Este estudo proporcionou avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. A média do EGS/ QV medida pelo instrumento QLQ-C30 para a amostra foi de 74,91 sendo considerada boa para estes pacientes.

Os principais domínios de QVRS afetados foram: função emocional, desempenho de papel, dor, fadiga, insônia e perda de apetite.

O câncer e seu tratamento afetaram de algum modo os pacientes, causando déficits nas funções desempenhadas e presença de mais sintomas, prejudicando sua QVRS. A melhoria na QVRS dos pacientes pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos possam ser evitados e controlados, e também na adesão a tratamentos complementares eficazes que possam auxiliar os pacientes a enfrentarem melhor a doença e o tratamento recebido.

Sugere-se a realização de pesquisas de corte longitudinal para que o enfermeiro possa melhor compreender e avaliar a QVRS de pacientes com câncer, para melhor avaliar as mudanças ocorridas na QVRS com o decorrer do tempo, e também para identificar os fatores associados a essas mudanças e as possíveis intervenções que visem a sua redução ou controle.

Colaborações

Nicolussi AC participou da elaboração, coleta e análise dos dados, redação e análise crítica do artigo. Sawada NO participou da análise dos dados e revisão crítica do artigo. Cardozo FMC, Andrade V e Paula JM participaram da coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
2. Saevarsdottir T, Fridriksdottir N, Gunnarsdottir S. Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy. *Cancer Nurs*. 2010; 33(1):1-10.
3. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadores de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol*. 2010; 56(2):227-36.

4. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci*. 2011; 11(2):266-70.
5. Wan-Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer*. 2011; 11:128.
6. Aaronson NK, Azmedzai S, Bergman B. 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*. 1993; 85(5):365-76.
7. PolitDF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Brabo EP. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão (QLQ-LC13) da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Nicolussi AC, Sawada NO. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):155-61.
11. Panobianco MS, Magalhães PAP, Oliveira ISB, Gozzo TO. Depressão e fadiga na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Rene*. 2011; 12(2):247-52.
12. Silveira AP, Gonçalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, et al. Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck Oncol*. 2011; 3:3.
13. Cheng J, Liu B, Zhang X, Lin W, Zhang Y, Liu W, et al. Health-related quality of life in glioma patients in China. *BMC Cancer*. 2010; 10:305.
14. Tsunoda A, Nakao K, Watanabe M, Matsui N, Tsunoda Y. Health-related quality of life in patients with colorectal cancer who receive oral uracil and tegafur plus leucovorin. *Jpn J Clin Oncol*. 2010; 40(5):412-9.
15. Von Gruenigen VE, Huang HQ, Gil KM, Gibbons HE, Monk BJ, Rose PG, et al. Assessment of factors that contribute to decrease quality of life in gynecologic oncology group ovarian cancer trials. *Cancer*. 2009; 115(20):4857-64.
16. Bezjak A, Lee CW, Ding K, Brundage M, Winton T, Graham B, et al. Quality-of-life outcomes for adjuvant chemotherapy in early-stage non-small-cell lung cancer: results from a randomized trial, JBR.10. *J Clin Oncol*. 2008; 26(31):5052-9.
17. Jorge LLR, Silva SR. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(5):849-55.
18. Mihalache F, Tantau M, Diaconu B, Acalovschi M. Survival and quality of life of cholangio carcinoma patients: a prospective study over a 4 year period. *J Gastrointest Liver Dis*. 2010; 19(3):285-90.
19. Santos MCL, Silva TBC, Cavalcante KM, Souto NF, Lôbo SA, Fernandes AFC. Qualidade de vida relacionada à saúde e comorbidade em pacientes mastectomizadas. *Rev Rene*. 2011; 12(4):808-16.
20. Fernandes WC, Kimura M. Health related quality of life of women with cervical cancer. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):65-72.