



Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante

Health-related quality of life of the elderly with cancer in adjuvant treatment

Calidad de vida relacionada con la salud de ancianos con cáncer en tratamiento adyuvante

Bruna Francielle Toneti¹, Juliana Maria de Paula¹, Adriana Cristina Nicolussi², Namie Okino Sawada¹

Este estudo teve os objetivos de identificar alterações na qualidade de vida de idosos com câncer e caracterizar os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, associando-os aos domínios de qualidade de vida relacionada à saúde. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma clínica particular de Ribeirão Preto, Brasil, de agosto de 2012 a julho de 2013. Foi realizado com 21 idosos com câncer em tratamento adjuvante, sendo utilizado na coleta de dados o instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30)* e um instrumento sociodemográfico, clínico e terapêutico. Os dados foram analisados pelo *software Statistical Package for Social Science*. Os resultados mostraram que a qualidade de vida geral foi considerada satisfatória (média = 69,04), os principais domínios afetados foram função emocional, social, cognitiva, dificuldades financeiras, fadiga, náuseas e vômitos, dispneia e insônia. A doença e o tratamento interferem na vida dos idosos e prejudicam a qualidade de vida relacionada à saúde.

Descritores: Qualidade de Vida; Idoso; Enfermagem Oncológica; Enfermagem.

This study aimed at identifying changes in the quality of life of older people with cancer and characterizing the socio-demographic, clinical and therapeutic data, associating them with domains of health-related quality of life. This is a cross-sectional study, conducted in a private clinic in Ribeirão Preto, Brazil, from August 2012 to July 2013. It was carried out with 21 elderly patients with cancer and in adjuvant treatment. The instrument *Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30)* and a socio-demographic, clinical and therapeutic instrument were used to collect data which were then analyzed by the *Statistical Package for Social Science* software. The results showed that the general quality of life was satisfactory (average = 69.04), the main affected domains were emotional function, social function, cognitive function, financial difficulties, fatigue, nausea and vomiting, dyspnea, and insomnia. The disease and the treatment interfere with the lives of the elderly and affect their health-related quality of life.

Descriptors: Quality of Life; Aged; Oncologic Nursing; Nursing.

Los objetivos del estudio fueron identificar cambios en la calidad de vida de ancianos con cáncer, caracterizar datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos y asociarlos con los dominios de calidad de vida relacionada con la salud. Estudio transversal, desarrollado en una clínica privada de Ribeirão Preto, SP, Brasil, de agosto de 2012 a julio de 2013. Se llevó a cabo con 21 ancianos con cáncer en tratamiento adyuvante, en que se utilizó el instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30)* y un instrumento sociodemográfico, clínico y terapéutico. El *software Statistical Package for Social Science* analizó los datos. Los resultados señalaron que la calidad de vida en general fue satisfactoria (media = 69,04), los principales dominios afectadas fueron función emocional, social, cognitiva, dificultades financieras, fatiga, náuseas y vómitos, disnea e insomnio. La enfermedad y el tratamiento interfieren en la vida de ancianos y perjudican la calidad de vida relacionada con la salud.

Descriptores: Calidad de Vida; Anciano; Enfermería Oncológica; Enfermería.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Namie Okino Sawada

Av. dos Bandeirantes, 3900. Cidade Universitária, CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: sawada@eerp.usp.br

Introdução

Câncer é uma palavra utilizada para nomear um conjunto de doenças capazes de acometer várias partes do corpo. Essa doença é conhecida por possuir uma anormal proliferação celular no corpo, cujas células podem se disseminar por vários órgãos, processo esse denominado metástase, responsável pela maioria dos óbitos por câncer⁽¹⁾.

Para o ano de 2014, no Brasil, há estimativas da ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, evidenciando o problema da doença no país. Com exceção dos casos de pele não melanoma, os tipos mais incidentes de câncer serão de próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino e os cânceres de mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão para o sexo feminino. Esse aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis no país tem se dado principalmente pelo envelhecimento populacional, processo esse denominado transição epidemiológica⁽²⁾.

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e envolve perdas no plano biológico, socioafetivo e político que refletem na expectativa de vida, morbidade, mortalidade prematura, incapacidade e má qualidade de vida⁽³⁾, e, atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis têm acometido muitos idosos, afetando todo esse processo. O idoso também pode apresentar comorbidades que devem ser consideradas durante a quimioterapia, pois podem ser exacerbadas pelo tratamento e torná-lo dependente em suas atividades de vida diárias, influenciando em sua qualidade de vida⁽⁴⁾.

Esse grupo etário se torna, então, um grupo de atenção, já que, ao contrário dos pacientes mais jovens, o tratamento oncológico radical (cirurgia associada, ou não, ao tratamento adjuvante e à radioquimioterapia) para os idosos tem se mostrado discutível, uma vez que os sintomas do tratamento interferem significativamente em sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

Portanto, a Qualidade de Vida Relacionada à

Saúde de idosos é complexa, pois é necessário avaliar diversos domínios, principalmente os relacionados a problemas de saúde e aos efeitos do tratamento, que podem levar o idoso a experimentar déficits em diversos aspectos de sua vida.

Frequentemente, deparamo-nos com a utilização dos termos Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. O termo Qualidade de Vida é utilizado como um conceito geral, já o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é frequentemente utilizado na literatura na área da saúde, o qual implica em aspectos mais diretamente associados às enfermidades e/ou às intervenções de saúde.

Segundo a definição do Grupo de Qualidade de Vida criado pela Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^(5:1405). Essa ampla definição considera a percepção do indivíduo como um todo, desde a saúde física, o estado psicológico, até as relações sociais e crenças pessoais⁽⁵⁾.

Com a evolução da Medicina e o consequente aumento na expectativa de vida, aumentaram os estudos realizados com a pessoa idosa, pois se entendeu que não bastava viver mais tempo, mas viver com qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida na velhice corresponde a ter saúde em maior nível possível nos quatro aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual⁽⁶⁾, surgindo, durante o tratamento do câncer, a necessidade de estudar a qualidade de vida desses pacientes com sobrevida aumentada devido ao tratamento.

Surge, também, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, que consiste na avaliação da qualidade de vida em situações de doença ou tratamento, é a percepção do indivíduo sobre a sua condição de saúde ou estado de saúde percebido⁽⁷⁾.

Embora os idosos com câncer demonstrem um bom convívio com a doença, percebe-se, durante algumas de suas declarações, que eles sofrem

em conviver com câncer, provavelmente devido a suas perspectivas de vida, crenças e temores relacionados à enfermidade e ao tratamento, o que evidencia a importância do desenvolvimento de cuidados de enfermagem que os auxiliem durante esse enfrentamento⁽⁸⁾. O enfermeiro pode realizar intervenções que sirvam de terapias complementares ao tratamento oncológico, que, além de possuírem resultados positivos sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, são de baixo custo e não possuem efeitos colaterais, como sessões de relaxamento e realização de atividade física.

O presente estudo teve como objetivos identificar alterações na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de idosos com câncer e caracterizar os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, associando-os aos domínios de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Referenciais encontrados na literatura foram utilizados de modo a permitir que as evidências identificadas sejam avaliadas e auxiliem nos cuidados de enfermagem que melhor atendam às necessidades desses pacientes, potencializado sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde durante esse processo, uma vez que esse grupo etário se diferencia quanto aos cuidados se comparado aos outros grupos.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e transversal, desenvolvido em uma clínica particular no município de Ribeirão Preto – SP no período de agosto de 2012 a julho de 2013. A amostra foi composta por 21 idosos com câncer em tratamento adjuvante. Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, diagnosticados com câncer, atendidos na clínica particular e em tratamento. Foram excluídos os pacientes que tinham algum déficit cognitivo que pudesse dificultar a compreensão e/ou a participação no estudo e nas entrevistas. A avaliação do déficit cognitivo foi realizada por perguntas simples, como dia do mês ou semana, endereço, idade e outros.

Foi utilizado um questionário de identificação para a coleta dos dados sociodemográficos contendo as variáveis: sexo, idade, estado civil, procedência, profissão/ocupação, nível de escolaridade e religião; dados clínicos e terapêuticos: diagnóstico, realização e tipo de cirurgia; realização de radioterapia; realização, protocolo e efeitos colaterais da quimioterapia.

Por meio de entrevista, os dados sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde foram coletados com o uso do instrumento *Quality of Life Questionnaire Core-30* (QLQ-C30), desenvolvido pelo grupo *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC).

O questionário QLQ-C30 terceira versão é usado para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, sendo devidamente validado para cultura brasileira⁽⁹⁾ para uso exclusivo em pacientes oncológicos. Seu uso é multidimensional, abordando vários aspectos sobre câncer, como efeitos colaterais do tratamento e sintomas da doença, relações sociais, angústia psicológica, capacidade funcional, dificuldades financeiras, estado geral de saúde e qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

As respostas obtidas do questionário QLQ-C30 produzem escores das escalas avaliadas, os quais são convertidos em valores de 0 a 100. Valores elevados na escala funcional e na escala de saúde geral e qualidade de vida simbolizam uma boa qualidade de vida. Já aqueles elevados nas escalas e itens de sintomas simbolizam uma má qualidade de vida, uma vez que um escore elevado representa um maior número de sintomas presentes.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* versão 15.0, sendo também realizado o teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade do instrumento. O cálculo da média e do desvio padrão para análise descritiva dos dados e o teste paramétrico ANOVA para comparar os domínios do instrumento de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com os dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos também foram realizados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o Protocolo nº 134375/2012-2, e mantido sigilo quanto à identidade dos pacientes, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Quanto às características sociodemográficas dos 21 pacientes entrevistados, todos os participantes eram procedentes de Ribeirão Preto (81%) e região (19%), sendo oito (38,1%) do sexo masculino e 13 (61,9%) do sexo feminino, predominantemente na faixa etária entre 60 e 79 anos (85,7%). Em relação ao estado civil e profissão, a maioria era casada (81%) e aposentada (76,2%). O item nível de escolaridade mostrou-nos que grande parte da amostra cursou o Ensino Superior (52,4%), enquanto 14,3% cursaram o Ensino Fundamental e 33,3% cursaram o Ensino Médio. Por fim, 76,2% eram católicos, 14,3% eram espíritas, 4,8% eram evangélicos e 4,8%, budistas.

A Tabela 1 apresenta as características clínicas e terapêuticas dos pacientes estudados. Pode-se observar que a maioria dos diagnósticos foi de câncer de mama (33,3%) e câncer de estômago (33,3%), e 47,6% dos pacientes apresentaram metástase. Quanto à cirurgia, 81% submeteram-se a ela, e 38,1% relataram realizar ou já ter realizado também o tratamento radioterápico.

Em relação aos efeitos colaterais da quimioterapia, a maior proporção (47,6%) dos pacientes informaram efeitos gastrointestinais associados aos efeitos físicos, como náuseas, vômitos, constipação, diarreia, mal-estar geral, fraqueza, sonolência, insônia e dor (Tabela 1).

Tabela 1 - Características clínicas e terapêuticas de idosos com câncer (n=21)

Variáveis (tipo de câncer)	n (%)
Diagnóstico	
Mama	7 (33,3)
Próstata e testículo	1 (4,8)
Intestinal	4 (19,0)
Gástrico	7 (33,3)
Renal	1 (4,8)
Pulmonar	1 (4,8)
Fez alguma cirurgia	
Sim	17 (81,0)
Não	4 (19,0)
Tipo de cirurgia (Retirada)	
Tumor/nódulos e/ou adjacentes	5 (29,4)
Parcial do órgão afetado e/ou adjacentes	4 (23,5)
Total do órgão afetado e/ou adjacentes	6 (35,3)
Não soube informar	2 (11,8)
Fez radioterapia	
Sim	8 (38,1)
Não	13 (61,9)
Metástase	
Sim	10 (47,6)
Não	11 (52,4)
Efeitos colaterais	
Assintomático	5 (23,8)
Gastrointestinais	1 (4,8)
Físicos	4 (19,0)
Gastrointestinais+físicos	10 (47,6)
Gastrointestinais+físicos+emocionais	1 (4,8)

Qualidade de vida relacionada à saúde

Em relação à amostra estudada, o coeficiente Alpha de Cronbach obtido foi 0,81, demonstrando a confiabilidade do instrumento para a amostra.

A Tabela 2 mostra a média e o desvio padrão das escalas funcionais, do estado de saúde geral, dos sintomas e dos itens do QLQ-C30. O estado geral de saúde e qualidade de vida (EGS/QV) obteve uma média de 69,04, o que demonstra que os pacientes consideram sua qualidade de vida após o início do tratamento oncológico como satisfatória, uma vez que, quanto mais se aproxima do 100, que é o escore máximo, melhor a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Os escores das escalas funcionais também confirmaram tal resultado, visto que foram superiores a 50 dentro da escala de 0 a 100 considerada para a presente avaliação.

Quanto às funções física, cognitiva e social, a Tabela 2 mostrou que as médias variaram de 64,28 a 76,19 e que a escala de desempenho de papel obteve a média 72,22, o que também demonstrou um nível satisfatório. No entanto, para função emocional, avaliada pelas questões 21 a 24 do instrumento, a média encontrada foi de 67,46, o que revelou que os pacientes relataram sentir-se deprimidos, tensos, irritados e preocupados.

Tabela 2 - Média e desvio padrão das escalas e sintomas do instrumento QLQ-C30 obtidas de idosos com câncer

Escalas e Sintomas	Média (DP)
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	69,04 (16,90)
Função física (FF)	70,79 (20,49)
Desempenho de papel (DP)	72,22 (27,04)
Função emocional (FE)	67,46 (24,13)
Função cognitiva (FC)	76,19 (25,03)
Função social (FS)	64,28 (36,24)
Fadiga (FAD)	35,23 (31,20)
Náuseas e vômitos (NAV)	11,90 (24,23)
Dor (Dor)	24,60 (31,00)
Dispneia (DIS)	4,76 (15,93)
Insônia (INS)	25,39 (23,34)
Perda de apetite (PAP)	39,68 (38,89)
Constipação (CON)	26,98 (32,69)
Diarreia (DIA)	26,98 (35,92)
Dificuldades financeiras (DIF)	14,28 (24,87)

DP: Desvio padrão

Nas escalas de sintomas, a perda do apetite apresentou a maior média (39,68), seguida de fadiga (35,23), constipação e diarreia (26,98), insônia (25,39), dor (24,60), náuseas e vômitos (11,90) e dispneia (4,76). Para a escala de dificuldades financeiras, a média encontrada foi de 14,28, o que mostrou que o tratamento oncológico em uma clínica particular trouxe dificuldades financeiras aos pacientes, pois alguns planos de saúde não cobrem totalmente o tratamento.

Para comparar os resultados das escalas do QLQ-C30 com os dados sociodemográficos (Tabela 3) e com os dados clínico-terapêuticos (Tabela 4), foi realizado o teste ANOVA considerando o P value menor ou igual a 0,05 como estatisticamente significativo.

Tabela 3 - Distribuição das escalas, dados sociodemográficos e estatística da QLQ-C30 de idosos com câncer

Escala	Variáveis		Média	Desvio padrão	Valor de p
FE	Religião	Católico	70,83	19,48	0,021
		Evangélico	----	----	
		Espírita	66,67	22,04	
		Budista	83,34	----	
DIF	Cidade	Ribeirão Preto	7,84	18,74	0,010
		Outras cidades	41,66	31,91	
FC	Estado civil	Solteiro	33,34	0,00	0,022
		Casado	79,41	22,45	
		Viúvo	91,67	11,78	
DIF	Estado civil	Solteiro	33,33	47,13	0,030
		Casado	7,84	18,74	
		Viúvo	49,99	23,56	
INS	Nível de escolaridade	Ensino Fundamental	55,55	19,24	0,038
		Ensino Médio	23,80	25,19	
		Ensino Superior	18,18	17,40	

Tabela 4 - Distribuição das escalas do QLQ-C30 e variáveis clínico-terapêuticas de idosos com câncer

Escola	Variáveis	Média	Desvio padrão	Valor de p
NAV	Diagnóstico			
	Câncer de mama	2,38	6,29	0,019
	Câncer de próstata	83,33	----	
	Cânceres intestinais	4,16	8,33	
	Cânceres gástricos	19,04	27,93	
	Câncer renal	0,00	----	
DIS	Diagnóstico			
	Câncer de mama	4,76	12,59	0,000
	Câncer de próstata	66,66	----	
	Cânceres intestinais	0,00	0,00	
	Cânceres gástricos	0,00	0,00	
	Câncer renal	0,00	----	
FE	Câncer de pulmão	0,00	----	
	Tipo de cirurgia			
	Não fez	75,00	20,41	0,028
	Retirada de tumor e/ou adjacentes	40,00	27,26	
	Retirada parcial do órgão afetado e/ou adjacentes	72,92	17,17	
	Retirada total do órgão afetado e/ou adjacentes	73,61	14,35	
INS	Não soube informar	91,67	0,00	
	Tipo de cirurgia			
	Não fez	24,99	31,91	0,046
	Retirada de tumor e/ou adjacentes	46,66	18,25	
	Retirada parcial do órgão afetado e/ou adjacentes	8,33	16,66	
	Retirada total do órgão afetado e/ou adjacentes	27,77	13,60	
EGS	Não soube informar	0,00	0,00	
	Radioterapia			
	Sim	53,12	13,31	0,000
NAV	Não	78,84	9,98	
	Radioterapia			
FAD	Sim	24,99	35,63	0,049
	Não	3,84	7,30	
	Efeitos colaterais			
	Assintomático	6,66	14,90	0,039
	Efeitos gastrointestinais	10,00	----	
FAD	Efeitos físicos	54,66	27,66	
	Efeitos gastrointestinais + físicos	54,66	28,93	
	Efeitos gastrointestinais + físicos + emocionais	20,00	----	

Em relação aos protocolos da quimioterapia, foi observada significância estatística (0,049) para os protocolos de Fulvestranto + Ácido Zoledrônico (6x6 meses); Cisplatina + Gencitabina; Torisel; Bevacizumabe + Ácido Fólnico + 5-Fluorouracil; Folfirinox (Zotecan + Eloxatina + Fauldfluor); Capecitabina + Ciclofosfamida + Avastin; Erbitux; Etoposido + Carboplatina; Carboplatina + 5-Fluorouracil; Cisplatina; Sandostatin; Carboplatina + Paclitaxel; 5-Fluorouracil + Camptosar + Oxaliplatina com a escala de Desempenho de Papel e diferença estatisticamente significativa (0,026) dos mesmos protocolos de quimioterapia para a escala de Função Social do instrumento QLQ-C30.

Quanto às associações estatisticamente significantes para as escalas do QLQ-C30 com os dados sociodemográficos, foram encontradas associações estatisticamente significantes entre religião e Função Emocional (FE); cidade e Dificuldades Financeiras (DIF); nível de escolaridade com a escala de Insônia e estado civil com as escalas de Função Cognitiva e Dificuldades Financeiras.

Discussão

A caracterização sociodemográfica da amostra descreve que o grupo etário estudado foi acometido pelo câncer na faixa etária entre 60 e 79 anos, com maior incidência no sexo feminino. Também mostra que a maioria da amostra era composta por aposentados, católicos, casados e com alto grau de escolaridade.

Dados da presente investigação corrobora com informações de outra pesquisa, também realizada no município de Ribeirão Preto⁽¹⁰⁾, a qual, por meio do QLQ-C30, avaliou a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes oncológicos diagnosticados com câncer em terapia quimioterápica em duas clínicas públicas.

Correlacionando a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde com os dados sociodemográficos, foram encontradas várias associações significantes, como altos escores de pacientes espíritas para a Função Emo-

cional, de pacientes viúvos para a Função Cognitiva e de pacientes com baixo grau de escolaridade para o sintoma de Insônia. Pacientes procedentes da região do distrito de coleta de dados e pacientes viúvos relataram maiores Dificuldades Financeiras durante o tratamento.

O paciente oncológico busca a religiosidade como forma de enfrentamento da doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento⁽¹¹⁾. Associado à terapia, o tratamento espiritual é procurado por eles com o intuito de buscar um equilíbrio entre as emoções durante o processo curativo, uma vez que relatam acreditar que o tratamento espiritual auxilia e potencializa suas chances de cura da doença⁽¹²⁾. Além disso, a religiosidade possui grande influência na aceitação da doença pelos idosos, que consideram o câncer como desígnio divino⁽⁸⁾. Pode-se inferir que o resultado de melhor função emocional nos pacientes espíritas seja devido a esse fato.

Em relação às dificuldades financeiras encontradas pelos pacientes durante o tratamento, a literatura mostra que essa situação ocorre pelo fato dos idosos e de seus familiares precisarem se deslocar de suas cidades para as cidades vizinhas com infraestrutura necessária para a terapia. Além disso, embora a aposentadoria proporcione a autonomia financeira do idoso, nem sempre ela é suficiente para cobrir os gastos necessários ao tratamento oncológico, o que leva o idoso a depender do auxílio familiar⁽¹³⁾.

Os sintomas do tratamento do câncer são uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes durante o tratamento. A insônia, por exemplo, foi descrita por este estudo por ter associações significantes ao nível de escolaridade e tipo de cirurgia realizada, o que é um problema, pois, além da implicação nas atividades diurnas, suas principais consequências são a fadiga e a depressão⁽¹⁴⁾. A hipótese da depressão como contribuinte para o desenvolvimento da doença crônica não transmissível na velhice já vem sendo discutida, o que evidencia a importância dessa associação para o cuidado ao idoso durante o tratamento do câncer.

Outros sintomas que obtiveram uma associação significativa neste estudo foram os de Náuseas e Vômitos relacionados ao diagnóstico de Câncer de Próstata e ao tratamento radioterápico, que ocorrerem pelo fato de serem sintomas comuns nesse local irradiado, sendo descritos pelos pacientes estudados como fatores influentes em sua qualidade de vida durante o tratamento.

Em relação ao tratamento radioterápico – um dos mais indicados aos idosos com câncer – e sua associação significativa com o estado geral de saúde dos pacientes desta amostra, outros estudos descrevem que esse tratamento, associado à doença, resulta em uma redução no nível do desempenho funcional e aumento de depressão, o que altera a qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente, sua percepção em relação ao seu estado geral de saúde⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Quanto aos protocolos, observou-se que os pacientes que faziam uso de Bevacizumabe + Ácido Fólico + 5-Fluorouracil relataram escores baixos para a escala de Desempenho de Papel, e os pacientes que faziam uso de Etoposido + Carboplatina também relataram escores baixos para a escala de Função Social. Essas drogas possuem atividades antitumorais em vários tipos de câncer, sendo promotoras dos sintomas relatados pelos pacientes, como náuseas, diarreia e fadiga, o que pode fundamentar os escores baixos relatados para as escalas de Desempenho de Papel e Função Social, uma vez que a associação desses sintomas as interfere. O tratamento quimioterápico de idosos possui uma importante associação clínica em suas capacidades funcionais, ao passo que os sintomas do tratamento estão relacionados, na maioria das vezes, com a diminuição dessas capacidades⁽¹⁸⁾.

Em analogia, um estudo observou também que muitos idosos submetidos ao tratamento quimioterápico tiveram alterações importantes em sua saúde devido à presença de fadiga. Essa relação entre o tratamento quimioterápico e a redução da função social pode ocorrer pelo fato da quimioterapia, frequentemente associada à fadiga, provocar um aumento na necessidade de repouso do paciente, o que interfere

no desempenho dos idosos em realizarem suas atividades sociais como de costume antes do tratamento⁽¹⁹⁾. Para os idosos com câncer, o convívio com outros pacientes portadores da doença proporciona um maior conforto e aceitação em relação ao diagnóstico, visto que compartilham sentimentos e frustrações em relação à doença em comum, o que ressalta a importância das relações sociais para o idoso durante esse momento⁽⁸⁾.

Observou-se, neste estudo, que a fadiga foi o sintoma com maiores escores associados aos efeitos colaterais do tratamento, mais precisamente aos efeitos gastrointestinais. A fadiga é o sintoma mais comumente reportado pelos pacientes em tratamentos adjuvantes para o câncer, principalmente durante a radioterapia e a quimioterapia, sendo relacionada à forte sensação de cansaço e redução na realização das atividades diárias. Geralmente, esse sintoma é associado pelos pacientes por relatos de falta de energia, cansaço, redução do interesse em realizar atividades anteriormente prazerosas, dispneia, estresse e perda da concentração⁽¹⁸⁻²⁰⁾. A fadiga, no presente estudo, foi relacionada à menor média no estado geral de saúde e qualidade de vida, uma vez que foi o sintoma mais relatado pelos pacientes.

Por tratar-se de um estudo transversal, os resultados apresentados devem ser avaliados considerando as limitações desse tipo de estudo. No entanto, os dados encontrados descrevem relações estatisticamente significantes para as escalas de Função Emocional, Função Social, Função Cognitiva, Dificuldades Financeiras e sintomas como fadiga, náuseas e vômitos, dispneia e insônia com a qualidade de vida e saúde dos pacientes estudados, embora a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tenha sido considerada satisfatória. A compreensão dessas variáveis pode possibilitar que intervenções e cuidados de enfermagem relacionados às funções e sintomas durante o tratamento sejam potencializados no intuito de auxiliar a melhorar a qualidade de vida e saúde de idosos oncológicos em tratamento adjuvante.

Conclusão

O presente estudo possibilitou avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de idosos oncológicos em tratamento adjuvante, demonstrando que a média da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde realizada com base no instrumento QLQ-C30 da amostra foi de 69,04, considerada, portanto, satisfatória. Os resultados revelam que os domínios de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde afetados foram: função emocional, social, cognitiva, dificuldades financeiras, fadiga, náuseas e vômitos, dispneia e insônia, os quais foram associados à religião, ao estado civil, ao nível de escolaridade e à cidade de procedência.

Os resultados indicam ser importante compreender as variáveis relacionadas à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de idosos com câncer em tratamento, por ser útil para auxiliar nos cuidados e intervenções de enfermagem, promovendo melhor estado de saúde e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dessa população.

Estudos semelhantes são necessários, em função do rápido processo de envelhecimento populacional. O enfermeiro é o profissional de saúde que possui maior interação com pessoas em processo de envelhecimento, assim é essencial utilizar instrumentos capazes de indicar alterações, bem como conhecer situações pessoais ou de saúde que têm maior possibilidade de alterar a qualidade de vida. Deste modo, os enfermeiros poderão auxiliar e proporcionar uma melhor qualidade de vida para idosos com câncer, além de auxiliar no processo de reabilitação.

Como limitação do estudo, em função de restrita amostra, os resultados não podem ser amplamente generalizados. Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais, para que as alterações da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, ao decorrer do tempo, possam ser avaliadas, a fim de obter melhor compreensão dos fatores nela envolvidos durante o tratamento oncológico de idosos.

Agradecimentos

A Eduardo Henrique Marinheiro, que participou diretamente para a conclusão desta pesquisa, sem o qual não teria a mesma qualidade.

Colaborações

Toneti BF participou da elaboração, coleta e análise dos dados e redação do artigo. Paula JM participou da coleta e análise dos dados. Nicolussi AC e Sawada NO participaram da revisão crítica do artigo.

Referências

1. World Health Organization. Health topics. Cancer. Fact sheets. What is cancer? [Internet]. 2013 [cited 2013 July 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. [Internet]. 2011 [citado 2013 jul 20]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014
3. Alencar MSS, Carvalho CMRG. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Rev Interface*. 2009; 13(29):435-44.
4. Fabrício VC. Tratamento oncológico no idoso. *Rev Bras Med*. 2011; 68(2):4-7.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
6. Assis CL, Gomes JM, Zentarski LOF. Religiosidade e qualidade de vida na terceira idade: uma revisão bibliográfica a partir da produção científica. *Rever*. 2013; 13(2):119-48.
7. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. Chichester: Wiley; 2007.
8. Soares LC, Santana MG, Muniz RM. O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9(4):660-7.
9. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(5):595-602.
10. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Rev Rene*. 2014; 15(1):132-40.
11. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):53-9.
12. Aureliano WA. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). *Cad Saúde Coletiva*. 2013; 21(1):18-24.
13. Visentin A, Lenardt MH. Therapeutic itinerary: oral history of elderly patients with cancer. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):486-92.
14. Rafihi-Ferreira RE, Soares MRZ. Insônia em pacientes com câncer de mama. *Estud Psicol*. 2012; 29(4):597-607.
15. Paula JM, Sonobe HM, Nicolussi AC, Zago MMF, Sawada NO. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):362-8.
16. Porter LS, Keefe FJ. Psychosocial issues in cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15(4):263-70.
17. Mosher CE, Duhamel KN, Egert J, Smith MY. Self-efficacy for coping with cancer in a multiethnic sample of breast cancer patients: associations with barriers to pain management and distress. *Clin J Pain*. 2010; 26(3):227-34.
18. Hurria A, Li D, Hansen K, Patil S, Gupta R, Nelson C, et al. Distress in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2009; 27(26):4346-51.
19. Mansano-Shlosser TC, Ceolim MF. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(4):623-9.
20. Sawada NO, Paula JM, Sonobe HM, Zago MMF, Guerrero GP, Nicolussi AC. Depression, fatigue and health-related quality of life in head and neck cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer*. 2012; 20(11):2705-11.