

INFLUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA NA RESPOSTA TERAPÊUTICA DE PACIENTES COM NEOPLASIAS MALIGNAS

INFLUENCE OF QUALITY OF LIFE IN THERAPEUTIC RESPONSE OF PATIENTS WITH MALIGNANCIES

MORAIS, Vivianne Mikaelle¹

Resumo: Os sentimentos negativos desencadeados pelo diagnóstico do câncer são influenciados por diversos fatores biopsicosocioculturais, como a incerteza do prognóstico, o medo do sofrer pela dor, a presença de efeitos colaterais resultantes do tratamento e a possibilidade de morte quando a cura se torna inatingível. O fato é que o modo de enfrentamento da doença e a autopercepção de bem ou mal-estar do paciente parecem contribuir na evolução clínica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico. Analisar a influência da qualidade de vida na resposta terapêutica de pacientes com neoplasias malignas. Neste estudo, foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida QLQ-C30 em pacientes submetidos à quimioterapia. Em seguida, foram analisadas as evoluções dos participantes, através da consulta de seus prontuários. Os sujeitos foram então divididos em dois grupos: um com evolução favorável e o outro com evolução desfavorável. A partir daí, a qualidade de vida de cada grupo foi quantificada. Foram avaliados 115 pacientes. A idade variou de 20 a 89 anos. A média da qualidade de vida do grupo de pacientes com evolução favorável foi de 83,0 e a do grupo desfavorável 74,0 (valor p 0,0336). O grupo de pacientes que exibiu melhor evolução clínica foi aquele que possuía os maiores índices de qualidade de vida. Neste estudo, portanto, a qualidade de vida se mostrou como um fator preditor positivo da resposta terapêutica dos pacientes portadores de neoplasias malignas.

Palavras-chave: qualidade de vida, resposta terapêutica, pacientes oncológicos.

Abstract: The negative feelings triggered by the diagnosis of cancer are influenced by several biopsicosociocultural factors such as the uncertainty of the prognosis, fear of suffering the pain, the presence of side effects of treatment and the possibility of death when the cure becomes unattainable. The fact is that the disease coping mode and self-perception of good or patient discomfort appear to contribute to the clinical course of the disease and may be constituted in therapeutic cofactor. To analyze the influence of the quality of life in the therapeutic response of patients with malignancies. In this study, the quality of life assessment questionnaire QLQ-C30 in patients undergoing chemotherapy was applied. Then the evolution of the participants was analyzed by consulting their records. The subjects were then divided into two groups: one with favorable evolution and the other with unfavorable evolution. From there, the quality of life of each group was measured. We evaluated 115 patients. The age ranged from 20 to 89 years. The average quality of life of the patient group with favorable performance was 83.0 and 74.0 of the unfavorable group (p -value 0.0336). The group of patients showed better clinical outcome was the one who had the highest levels of quality of life. In this study, therefore, the quality of life proved to be a positive predictor of treatment response of patients with malignancies.

Key words: quality of life, therapeutic response, patients with cancer.

¹ Acadêmica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

INTRODUÇÃO

Considerando o aumento na expectativa de vida da população e o seu estilo de vida atual, entende-se o motivo da crescente incidência de doenças crônico-degenerativas em nosso meio. Dentre elas, o câncer merece destaque, pois conforme apresenta o relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer¹³, o impacto do câncer mais que dobrou nos últimos 30 anos. Em 2008, a OMS/IARC¹³ estimou 12,4 milhões de novos casos e 7,6 milhões de óbitos no mundo¹³.

No Brasil, a situação não é diferente, uma vez que as neoplasias malignas constituem, desde 2003, a segunda causa de morte na população. As estimativas de incidência para o ano de 2010, também são válidas para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos¹⁰.

O câncer está entre as principais doenças que mais induz sentimentos “negativos” ao paciente em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, a incerteza do prognóstico e recorrência, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte⁷.

Além disso, a terapêutica anti-neoplásica gera um número expressivo de efeitos colaterais no paciente. A quimioterapia é a principal modalidade implicada na gênese dessa toxicidade, já que esta possui efeito deletério sobre a divisão das células normais do corpo⁹. Diante dessa perspectiva, percebe-se que a doença interfere diretamente na qualidade de vida do enfermo.

Sendo assim, compreender o verdadeiro conceito de qualidade de vida é fator essencial na Oncologia. A Organização Mundial de Saúde a define como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁰. Nota-se, portanto, que qualidade de vida é um construto subjetivo, visto que depende da experiência de vida do indivíduo, seus valores e cultura.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo investigar a existência de influência da qualidade de vida na resposta terapêutica de pacientes com neoplasias malignas, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal retrospectivo com caráter quantitativo realizado no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no

período de março a julho de 2011.

Para esta pesquisa, foram selecionados 115 pacientes. Estes deveriam possuir algum tipo de neoplasia maligna e estarem sendo submetidos a tratamento oncológico (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e/ou hormonioterapia). Os pacientes menores de 18 anos e os adultos que não gozavam mais de autonomia foram excluídos deste trabalho.

Esta pesquisa foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um formulário dividido em três partes. A primeira, continha dados demográficos (idade, sexo, grau de instrução e estado civil). A segunda, o questionário de mensuração da qualidade de vida QLQ-C30 (versão 3.0) da EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). E, a terceira, a descrição da evolução clínica do paciente obtida através da consulta do seu prontuário.

O questionário QLQ-C30 versão 3.0 foi criado pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), caracteriza-se por ser um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos. É utilizado mundialmente, sendo inclusive, validado no Brasil². O questionário constitui-se de diversas escalas, assim distribuídas: cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, uma escala do estado de saúde global/qualidade de vida, e seis itens únicos⁵.

Através da consulta aos prontuários, os pacientes foram divididos em dois grupos: um constituído por aqueles que apresentaram uma evolução clínica favorável durante o tratamento e o outro composto por pacientes que evoluíram de modo desfavorável. Para essa classificação levou-se em consideração: o estado geral do paciente, a performance status de Karnofsky, a persistência de sintomas após o tratamento e a regressão ou a progressão do tumor.

Após essas etapas, procedeu-se com a análise estatística dos dados coletados. Inicialmente foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach⁸ com o objetivo de estimar a confiabilidade do questionário aplicado nesta pesquisa. Em seguida, calculou-se a média e desvio padrão de todas as escalas do questionário QLQ-C30. Por fim, para verificar a correlação entre as variáveis da pesquisa, foi aplicado o Teste *t-Student* e os resultados foram considerados significativos considerando o valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi de 115 pacientes submetidos a tratamento oncológico. No momento da abordagem, todos estavam realizando os ciclos de quimioterapia ambulatorial. Destes, 65% eram do sexo feminino e 35% masculino. Predominaram pacientes casados, com idade média de 60 anos e com ensino fundamental, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra

Escalas	Evolução Favorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Evolução Desfavorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Teste <i>t</i>	Valor <i>p</i>
Estado Geral de Saúde				
Estado Geral de Saúde/QV	83±21,79	74,32±21,28	2,1513	0,0336 [#]
Escalas Funcionais				
Função Física	75±26,64	65,71±26,48	1,8693	0,0642
Desempenho de Papel	72,06±32,18	54,48±33,29	2,8729	0,0049 [#]
Função Emocional	72,21±29,22	74,98±26,76	-0,5279	0,5987
Função Cognitiva	76,68±24,50	69,40±26,29	1,5347	0,1277
Função Social	64,47±34,80	71,48±34,64	-1,0793	0,2828
Escala de Sintomas				
Fadiga	18,83±26,58	41,63±28,32	-4,4480	0,0000 [#]
Náuseas e Vômitos	9,75±21,77	23,93±28,88	-2,9965	0,0034 [#]
Dor	11,36±21,14	27,14±34,03	-3,0318	0,0031 [#]
Dispnéia	7,53±22,29	14,5±28,09	-1,4830	0,1409
Insônia	25,17±35,20	42,5±37,85	-2,5416	0,0124 [#]
Perda de Apetite	16,34±31,11	37,66±36,54	-3,3797	0,0009 [#]
Constipação	8,15±20,56	24,76±35,74	-3,1065	0,0025 [#]
Diarréia	7,55±19,26	10,24±27,44	-0,6158	0,5393
Dificuldades Financeiras	44,04±42,80	45,69±37,40	-0,2191	0,8270

A Tabela 2 mostra os cálculos das médias e desvio-padrão da avaliação das variáveis do QLQ-C30. O Estado Geral de Saúde/QV atingiu uma média de 78,32, retratando que, de um modo geral, esses pacientes consideram ter uma boa qualidade de vida. Nas funções física, emocional e cognitiva, as médias variaram de 70,00 a 73,70, sendo consideradas como satisfatórias. Nas funções de desempenho de papel e função social, por sua vez, as médias encontradas foram 62,58 e 68,25, respectivamente. Isto revela que após a doença esses pacientes sentem-se mais limitados em realizar suas atividades diárias e têm suas vidas sociais prejudicadas.

Nas escalas de sintomas, houve predomínio de insônia com uma média de 34,51. Com relação à dificuldade financeira, a média encontrada foi de 44,93, demonstrando que apesar do tratamento ser complexo e oneroso, esse fato não tem trazido grandes dificuldades aos pacientes.

Tabela 2 - Avaliação das escalas do instrumento QLQ-C30

Escalas	($\bar{x} \pm DP^*$)
Estado Geral de Saúde	
Estado Geral de Saúde/QV	78,32±21,86
Escalas Funcionais	
Função Física	70±26,84
Desempenho de Papel	62,58±33,81
Função Emocional	73,70±27,83
Função Cognitiva	72,76±25,63
Função Social	68,25±34,74
Escala de Sintomas	
Fadiga	31,12±29,7
Náuseas e Vômitos	17,4±26,70
Dor	19,87±29,77
Dispnéia	14,02±39,62
Insônia	34,51±37,51
Perda de Apetite	27,83±35,64
Constipação	17,1±30,75
Diarréia	9±23,96
Dificuldades Financeiras	44,93±39,81

As medidas da variável Estado Geral de Saúde/QV, com valor *p* 0,0336, apontam que o grupo de pacientes com critérios clínicos de evolução favorável apresentou uma maior média de qualidade de vida, fato este que demonstra a correlação entre essas duas variáveis (Tabela 3).

Quanto às escalas funcionais, a de Desempenho de Papel foi a única em que a diferença das médias foi diferente, ou seja, houve evidência amostral suficiente para garantir que os membros do grupo favorável se sentem melhor no desempenho de suas funções diárias.

Em relação às escalas de sintomas, verificou-se maior prevalência de insônia, fadiga, náuseas e vômitos, dor, perda de apetite e constipação nos pacientes que evoluíram de modo desfavorável. O sintoma predominante tanto no grupo favorável quanto no desfavorável também foi a insônia.

Tabela 3 - Escalas do instrumento QLQ-C30 dos pacientes com evolução clínica favorável e desfavorável

Escalas	Evolução Favorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Evolução Desfavorável ($\bar{x} \pm DP^*$)	Teste <i>t</i>	Valor <i>p</i>
Estado Geral de Saúde				
Estado Geral de Saúde/QV	83±21,79	74,32±21,28	2,1513	0,0336 [#]
Escalas Funcionais				
Função Física	75±26,64	65,71±26,48	1,8693	0,0642
Desempenho de Papel	72,06±32,18	54,48±33,29	2,8729	0,0049 [#]
Função Emocional	72,21±29,22	74,98±26,76	-0,5279	0,5987
Função Cognitiva	76,68±24,50	69,40±26,29	1,5347	0,1277
Função Social	64,47±34,80	71,48±34,64	-1,0793	0,2828
Escala de Sintomas				
Fadiga	18,83±26,58	41,63±28,32	-4,4480	0,0000 [#]
Náuseas e Vômitos	9,75±21,77	23,93±28,88	-2,9965	0,0034 [#]
Dor	11,36±21,14	27,14±34,03	-3,0318	0,0031 [#]
Dispnéia	7,53±22,29	14,5±28,09	-1,4830	0,1409
Insônia	25,17±35,20	42,5±37,85	-2,5416	0,0124[#]
Perda de Apetite	16,34±31,11	37,66±36,54	-3,3797	0,0009[#]
Constipação	8,15±20,56	24,76±35,74	-3,1065	0,0025[#]
Diarréia	7,55±19,26	10,24±27,44	-0,6158	0,5393
Dificuldades Financeiras	44,04±42,80	45,69±37,40	-0,2191	0,8270

A Tabela 4 mostra a relação do Estado de Saúde Global e dificuldades financeiras com o nível de escolaridade dos pacientes. Os pacientes com Ensino Superior foram os que apresentaram menor dificuldade financeira durante o tratamento, porém tiveram pior índice de qualidade de vida.

Tabela 4- Relação entre Estado Geral de Saúde, nível

Escalas	Analfabetos	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
Estado Geral de Saúde				
Estado Geral de Saúde/QV	82,3	77,9	80,8	65,4
Escala de Sintomas				
Dificuldades Financeiras	61,2	39,8	49,9	33,4

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, predominaram pacientes casados e com baixo nível de escolaridade, características estas que contemplam o perfil de atendimento do Sistema Único de Saúde- SUS. A idade média de 60 anos está de acordo com estatísticas que apontam maior incidência do câncer a partir dos 40 anos¹⁰.

A medida global da qualidade de vida, apesar da carga negativa da doença, foi bastante satisfatória,

fato este que mostra o valor subjetivo desta variável. Além disso, esse resultado vai ao encontro de um estudo realizado por Veloso¹⁴ que utilizou o mesmo instrumento de avaliação em sua pesquisa.

É indiscutível o fato de que a imunossupressão provocada pela quimioterapia, associada a sua toxicidade pelo efeito deletério sobre a divisão das células normais do corpo, tornam o paciente mais suscetível a efeitos colaterais e complicações. Um estudo, porém, mostrou que o bem-estar promove aumento da liberação de neurotransmissores reguladores do sistema imune, tornando, assim, o paciente menos vulnerável³. Além disso, a forma com que o paciente vivencia a doença, sua autopercepção de bem ou mal-estar parecem contribuir na evolução biológica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico¹².

Tais explicações justificam o motivo dos pacientes com melhor qualidade de vida terem apresentado evolução clínica favorável.

O comprometimento da variável desempenho de papel foi bem mais expressivo nos pacientes com evolução desfavorável, uma vez que a presença de sintomas neste grupo também foi maior. Tal achado favorece a ocorrência de prejuízos na execução das atividades diárias e de lazer desses indivíduos⁶.

A prevalência de insônia e fadiga nos pacientes com evolução clínica desfavorável foi semelhante ao resultado de um estudo realizado na Alemanha, que também utilizou o QLQ-C30 em pacientes com câncer colorretal¹. A fadiga pode ser um efeito adverso do tratamento quimioterápico ou uma consequência de outros sintomas como insônia, depressão, ansiedade e falta de apetite¹¹. Diante disso, a insônia pode ter sido o principal fator responsável pela fadiga desses pacientes, já que esse sintoma foi o mais prevalente do estudo.

O grupo que evoluiu de modo desfavorável, também foi bastante acometido por perda de apetite. Este achado, é consistente com o relatório de Fang et al⁴ que relatou que a perda de apetite estava associada a pior sobrevida em pacientes com câncer de esôfago.

A dor no paciente com câncer, por sua vez, pode ser relacionada com a doença ou o tratamento. Além disso, os fatores psicológicos tais como a depressão, a ansiedade e a cognição influenciam na percepção de dor, contribuindo para o aumento subjetivo de sua intensidade.

A Tabela 4 mostra que os pacientes com Ensino Superior relataram ter um pior índice de qualidade de vida. Isto pode ser explicado pelo fato

deles possuírem uma maior percepção racional do seu real estado de saúde, em contraste com aqueles que têm menor nível de instrução.

CONCLUSÕES

Neste estudo, a qualidade de vida constituiu um fator prognóstico na evolução clínica de pacientes em tratamento oncológico, uma vez que o grupo que evoluiu de modo favorável foi o que apresentou os melhores índices de qualidade de vida. Diante disso, ofertar melhorias na qualidade de vida desses pacientes parece constituir uma importante ferramenta a ser utilizada no arsenal terapêutico contra o câncer.

REFERÊNCIAS

1. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *J Clin Oncol*. 2004; 22 (23): 4829-36.
2. Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ-C30 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do câncer. Dissertação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
3. Conboy J. Measuring the construct of personal belief. *INUAF Studia*, 4 (8), 127-145; 2005.
4. Fang FM, Tsai WL, Chiu HC, Kuo WR, Hsiung. Quality of life as a survival predictor for esophageal squamous cell carcinoma treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004; 58: 1394-1404.
5. Fayers PM *et al*. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels; 2001.
6. Fortes R *et al*. Qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal em uso de suplementação dietética com fungos *Agaricus Sylvaticus* após seis meses de segmento: ensaio clínico aleatorizado e placebo-controlado. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*, 2007; 27: 130-138.
7. Franzini SA e Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003; 49 (3): 153-158.
8. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*.

2010; 11 (2): 85-103.

9. Machado SM e Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; 17 (4): 750-7.
10. Ministério da Saúde (BR)- INCA; 2009- Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro.
11. Mota D, Pimenta C. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002; 48 (4): 577-583.
12. Nucci NA. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. Tese. Universidade de São Paulo; 2003.
13. OMS- Organização Mundial de Saúde. Agência Internacional para Pesquisa em Câncer. *World Cancer Report*. IARC/OMS; 2008.
14. Veloso M. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. Dissertação. Universidade Federal do Pará; 2001.