

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

*Influence of Quality of Life in the Therapeutic of Patients with Malignant Neoplasms*

Vivianne Mikaelle de Moraes<sup>1</sup>  
Ivan Brasil de Araújo Júnior (in memoriam)<sup>2</sup>

### 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 do tratamento e a possibilidade de morte, quando a cura torna-se inatingível. O fato é que o modo de enfrentamento da doença e a auto percepção de bem ou mal-estar do paciente parecem contribuir na evolução clínica da enfermidade, podendo constituir-se em cofator terapêutico. O objetivo desse estudo foi analisar a influência da qualidade de vida na resposta terapêutica de pacientes com neoplasias malignas. Para tanto, 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.

---

1 Médica generalista. Graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: vivianemorais@hotmail.com

2 Cirurgião Oncológico. Graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

## **ABSTRACT**

The negative feelings triggered by the diagnosis of cancer are influenced by several biopsicosocioculturais 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. The aim of this study was to analyze the influence of the quality of life in the therapeutic response of patients with malignancies. Thus, the quality of life assessment questionnaire QLQ-C30 in patients undergoing chemotherapy was applied. Then the evolution of the participants were 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.

Keywords: Quality of life. Therapeutic response. Cancer patients

## **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 Câncer (IARC)/OMS, o impacto do câncer mais que dobrou nos últimos 30 anos. Em 2008, a IARC/OMS estimou 12,4 milhões de novos casos e 7,6 milhões de óbitos no mundo <sup>1</sup>.

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 casos <sup>2</sup>.

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 morte<sup>3</sup>.

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 corpo<sup>4</sup>. 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”<sup>2</sup>. 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.

## **METODOLOGIA**

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 Europeia 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 Brasil <sup>5</sup>. 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 únicos <sup>6</sup>.

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, o 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 Cronbach, com o objetivo de estimar a confiabilidade do questionário aplicado nesta pesquisa <sup>7</sup>. 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 ao nível de  $p\ value \leq 0,05$ .

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra constitui-se 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 sociodemográficas da amostra**

	<b>Características</b>	<b>Frequência</b>	<b>Frequência Relativa</b>
<b>Idade</b>	<b>20-29</b>	<b>05</b>	<b>4%</b>
	<b>30-39</b>	<b>04</b>	<b>7%</b>
	<b>40-49</b>	<b>19</b>	<b>24%</b>
	<b>50-59</b>	<b>29</b>	<b>49%</b>
	<b>60-69</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
	<b>70-79</b>	<b>30</b>	<b>93%</b>
	<b>80-89</b>	<b>08</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>40</b>	<b>35%</b>
	<b>Feminino</b>	<b>75</b>	<b>65%</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	<b>21</b>	<b>18%</b>
	<b>Casado</b>	<b>94</b>	<b>82%</b>
<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Analfabeto</b>	<b>18</b>	<b>16%</b>
	<b>Ens. Fundamental</b>	<b>68</b>	<b>59%</b>
	<b>Ensino Médio</b>	<b>20</b>	<b>17%</b>
	<b>Ensino Superior</b>	<b>09</b>	<b>8%</b>

A Tabela 2 demonstra 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, demonstrando um nível satisfatório. 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- Média e Desvio Padrão das Escalas do Instrumento QLQ-C30**

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

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 mostrou-se estatisticamente significativa, ou seja, houve evidência amostral suficiente para garantir que os membros do grupo favorável sentem-se 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- Média e desvio padrão das 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>
<b>Estado Geral de Saúde</b>				
Estado Geral de Saúde/QV	83±21,79	74,32±21,28	2,1513	0,0336 <sup>#</sup>
<b>Escalas Funcionais</b>				
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 <sup>#</sup>
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
<b>Escala de Sintomas</b>				
Fadiga	18,83±26,58	41,63±28,32	-4,4480	0,0000 <sup>#</sup>
Náuseas e Vômitos	9,75±21,77	23,93±28,88	-2,9965	0,0034 <sup>#</sup>
Dor	11,36±21,14	27,14±34,03	-3,0318	0,0031 <sup>#</sup>
Dispneia	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 <sup>#</sup>
Perda de Apetite	16,34±31,11	37,66±36,54	-3,3797	0,0009 <sup>#</sup>
Constipação	8,15±20,56	24,76±35,74	-3,1065	0,0025 <sup>#</sup>
Diarreia	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

\*  $\bar{x} \pm DP$  : Média  $\pm$  Desvio Padrão

# Diferença de médias estatisticamente significativa, usando  $\alpha = 0,05$ .

A Tabela 4 demonstra 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 de escolaridade e dificuldades financeiras**

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

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 anos <sup>2</sup>.

A medida global da qualidade de vida, apesar da carga negativa da doença, foi bastante satisfatória, fato este que demonstra o valor subjetivo desta variável. Além disso, esse resultado vai ao encontro de um estudo realizado por Veloso (2001) que utilizou o mesmo instrumento de avaliação em sua pesquisa <sup>8</sup>.

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 vulnerável <sup>9</sup>. 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 co-fator terapêutico <sup>10</sup>.

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 indivíduos <sup>11</sup>.

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 colorretal <sup>12</sup>. A fadiga pode ser um efeito adverso do tratamento quimioterápico, ou uma consequência de outros sintomas como insônia, depressão, ansiedade e falta de apetite <sup>13</sup>. 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 al que relatou que a perda de apetite estava associada a pior sobrevida em pacientes com câncer de esôfago <sup>13</sup>.

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.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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. Organização Mundial de Saúde. Agência Internacional para Pesquisa em Câncer. World Cancer Report. IARC/OMS; 2008.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA; 2009.
3. Franzini AS, 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.
4. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto Contexto Enfermagem. 2008; 17 (4): 750-7.
5. 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.
6. Fayers PM. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels; 2001.
7. 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.
8. Veloso M. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama. Dissertação. Universidade Federal do Pará; 2001.

9. Conboy J. Measuring the construct of personal belief. INUAF Studia. 2005; 4 (8), 127-145.
10. Nucci NA. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. Tese. Universidade de São Paulo; 2003.
11. Fortes R. 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.
12. 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.
13. Mota D, Pimenta C. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48 (4): 577-583.

Data de Submissão: 30/01/2017

Data de Aceite: 24/03/2017