



## **AValiação DE ASPECTOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Fernanda T Viero - Bolsista de Iniciação científica PROICT. Discente do curso de Biomedicina / ULBRA Carazinho

Juliana M Lara - Coordenadora do projeto. Docente do Curso de Enfermagem / ULBRA Carazinho

### **RESUMO**

O câncer corresponde a um conjunto de doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células anormais, com potencial invasivo. Qualidade de vida é compreendida como a percepção do indivíduo frente a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores. **Objetivo:** identificar as condições de saúde dos usuários portadores de neoplasias, submetidos a tratamento oncológico e, analisar a qualidade de vida de pacientes acometidos por neoplasias. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, cuja população envolveu 202 pacientes atendidos pelo setor de oncologia do Hospital de Caridade, da cidade de Carazinho, no Rio Grande no Sul, avaliados pelo instrumento EORTC-QLQ-C30. Efetuou-se descrição das frequências e comparação de variáveis pelo t de student ou qui-quadrado. Foram considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ . **Resultados e discussão:** A média de idade foi de  $58,37 \pm 13,38$  anos, variando de 24 a 94 anos. Observou-se predomínio do gênero feminino (62,4%). Constatou-se uma relação direta entre escolaridade e renda, evidenciando que quanto maior a escolaridade, maior a renda ( $p = < 0,001$ ). Quanto à prevenção, a maioria afirmou que realizava exames preventivos com alguma frequência, contudo, dois terços (76,7%) descobriram a doença ao procurar o serviço médico por já sentir sintomas. Outra constatação dos dados é que os homens buscam por prevenção significativamente menos que as mulheres ( $p = < 0,001$ ). No estudo, encontrou-se 60 casos de câncer de mama, correspondendo a maior prevalência de sítio primário, perfazendo 47,24% dos cânceres em mulheres. A partir desse achado, optou-se por comparar alguns achados desse grupo de mulheres com o conjunto da amostra e com as mulheres com outros tipos de tumor. Observou-se que as mulheres portadoras de câncer de mama ( $n=60$ ) quando comparadas com o conjunto global da amostra ( $n= 142$ ), não apresentaram diferença estatística em relação ao escore de saúde global ( $p= 0,256$ ), nem em relação ao escore relacionados aos sintomas ( $p= 0,186$ ). Contudo, encontrou-se uma significativa diferença no escore referente à função emocional ( $p < 0,05$ ). Quando se analisou somente a população feminina estudada ( $n= 126$ ), comparando aquelas com câncer de mama ( $n= 60$ ) com as demais mulheres com outros tipos de tumor primário ( $n= 66$ ), constatou-se que os subgrupos não diferiram em relação ao escore de saúde global ( $p= 0,538$ ); entretanto, houve significativa diferença em relação à função emocional ( $p < 0,05$ ) e ao escore da escala de sintomas ( $p < 0,05$ ), que abrange aspectos como fadiga, dor, insônia e enjojo. Nas

mulheres com câncer de mama encontrou-se menor escore de função emocional, e, ao mesmo tempo, menor escore de sintomas do que aquelas acometidas por outros tipos de tumor. **Considerações finais:** Há necessidade de buscar formas de ampliar as ações de prevenção, especialmente, junto à população masculina. Nas mulheres com câncer de mama destaca-se o comprometimento emocional. Os achados possibilitam refletir e aprimorar as formas de assistir e, especialmente, cuidar o paciente oncológico, respeitando as singularidades de cada subgrupo.

**Palavras-chave:** Neoplasia. Quimioterapia. Qualidade de vida.

## 1 INTRODUÇÃO

Atribui-se a denominação de câncer a um conjunto de mais de cem tipos de doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células anormais, com potencial invasivo, e associados a diferentes condições multifatoriais. (ARAÚJO, 2014). Evidências levantam a hipótese de que na gênese dos cânceres existam, além de componentes genéticos predisponentes, diversas situações sociais, familiares e fatores culturais associados, como o hábito alimentar e outros. (GOTTLIEB et al., 2011). As taxas de incidência e de mortalidade por câncer, nos últimos anos, vêm crescendo em função do crescimento populacional, do processo de industrialização e de mudanças nos hábitos de vida. (MAFRA, 2005).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a tendência para o ano de 2015 é que o câncer de pele do tipo não melanoma seja o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina, próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e colo do útero. O encontro dessa assertiva, também no Estado do Rio Grande do Sul (RS) tem-se demonstrado uma maior prevalência e mortalidade por câncer de mama e próstata, o que, em razão da ocorrência e impacto social, caracteriza-se como um problema de saúde pública. (GEIB, 2012).

Adicionalmente, a qualidade de vida é compreendida como a percepção do indivíduo frente a sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MICHELONE; SANTOS, 2004). Ao encontro dessa informação, a pesquisa científica tem buscado definir formas de avaliar a qualidade de vida, tanto de modo geral na população, quanto particularizando em subpopulações específicas. Esse tipo de investigação pretende melhor compreender as

interpretações e necessidades das pessoas e subgrupos, buscando contribuir na construção de estratégias de ação que possibilite que se viva mais e melhor. Caminhando nessa direção, a Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Câncer (EORTC) desenvolveu estudos que resultaram na estruturação de um questionário voltado a avaliar a qualidade de vida, específico para o indivíduo portador de câncer (AARONSON et al. 1993).

A presença de um câncer e o tratamento oncológico são experiências amedrontadoras para o indivíduo, afetando todos os aspectos de sua vida e podendo acarretar profundas alterações no seu modo de viver e em seu cotidiano, inclusive, podendo comprometer suas capacidades e habilidades para a execução de atividades rotineiras. Desse modo, as alterações da integridade física e emocional são relatadas por esses sujeitos, quando percebem que a qualidade de suas vidas foi alterada, num curto período de tempo. (MICHELONE, 2004).

Frente a essas constatações, desenhou-se uma proposta de estudo com os objetivos de: identificar as condições de saúde dos usuários portadores de neoplasias, submetidos a tratamento oncológico; e, analisar a qualidade de vida de pacientes acometidos por neoplasias, por intermédio do instrumento de avaliação EORTC-QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire). Deste projeto, o presente trabalho traz resultados parciais do conjunto da amostra e, também, dos pacientes com câncer de mama comparando-os com os demais pacientes.

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos meses de junho a agosto de 2015. Cujas população envolveu pacientes atendidos pelo setor de oncologia do Hospital de Caridade, da cidade de Carazinho, no Rio Grande no Sul, estimada em cerca de 600 pessoas, dentre as quais se obteve a amostra estudada, composta por 202 indivíduos.

A seleção foi procedida pela conveniência e disponibilidade de estar em atendimento nos dias da coleta. Foram incluídos sujeitos adultos em seguimento no serviço, maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer, sem déficit cognitivo, que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não atenderam aos requisitos de inclusão. Antes de iniciar as entrevistas, todos os

participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, do sigilo das informações obtidas, bem como, do modo de aplicação e do destino dos dados. Após os esclarecimentos, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento.

Foram coletadas informações socioeconômicas e clínicas em um questionário elaborado pelos pesquisadores e ainda, utilizou-se um instrumento validado, o EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality Of Life Questionnaire).

Para garantir a confiabilidade dos dados, eles foram digitados em duplicata, e agrupados em banco de dados no programa Excel e conferidos por dois pesquisadores distintos. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS - Software *Statistical Package for the Social Sciences*. Inicialmente, realizou-se um estudo descritivo das frequências de cada variável analisada. As variáveis categóricas foram comparadas utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson; e as variáveis numéricas pelo teste *t* de Student ou Mann-Whitney, quando indicado. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados estatisticamente significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

O estudo guiou-se pelas as normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, respeitou o sigilo e o anonimato das informações, e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da ULBRA.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados evidenciam uma população de maioria caucasiana (83,2%), o que vai ao encontro da Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2008), na qual se constata que a maior parte da população gaúcha é composta por brancos (82,3%). A média de idade foi de  $58,37 \pm 13,38$  anos, variando de 24 a 94 anos. Observou-se predomínio do gênero feminino (62,4%), sendo a maioria casada ou em união consensual (68,2%). Com relação à situação de trabalho, observou-se que ampla maioria (54%) encontrava-se aposentado e outros 31,2% em licença médica; achados que podem ser entendidos a partir da média de idade do grupo e pela doença que enfrentam.

Quanto à escolaridade, encontrou-se um elevado percentual de indivíduos com baixa escolaridade, 59,9% possuía o ensino fundamental incompleto, fato corroborado pela média nacional de anos de estudo, que é de 7,7 anos, para as

peças com idade igual ou superior a 25 anos. (IBGE, 2014). Quanto à renda mensal, encontrou-se que 45% recebiam até 1 salário mínimo; e 40,1% entre 1 e 2 salários mínimos, achados que vão ao encontro da média de renda nacional. (IBGE, 2014). Encontrou-se uma relação direta entre escolaridade e renda, evidenciando que quanto maior a escolaridade, maior a renda ( $p = <0,001$ ). Fato também observado por Salvato, Ferreira e Duarte (2010), que afirmam que a renda é diretamente proporcional à escolaridade.

No diz respeito à profissão, devido à ampla diversidade, agrupou-se em grupos, de acordo com a característica do trabalho efetuado. As atividades ligadas à agricultura corresponderam 20,8%; seguida por 18,8% atividades do lar; 17,8% serviços gerais ou atividade braçal; 17,8% atividades relacionadas ao atendimento ao público; 12,9% relacionada ao emprego como doméstica ou cozinheira; 5,0% eram motoristas e 6,9% tinham outras atividades profissionais. Não se observou significância estatística entre a profissão e o tipo de câncer, entretanto, o número de casos por cada tipo específico de tumor é pequeno, o que não permite inferências específicas sobre potenciais associações.

A ocorrência de um maior número de indivíduos ligados à atividade agrícola e em tratamento oncológico pode ser explicada pelo fato da região lócus do estudo ser grande produtora rural e que parte significativa de sua população atua na área. A relação entre a incidência de câncer associada à agricultura, e consequentemente aos agrotóxicos, é retratada Alavanja, Ward e Reynolds (2007) e Koutros (2010), que constata que as exposições agrícolas, incluindo a produtos químicos, podem aumentar o índice de sítios específicos de câncer, como o de próstata.

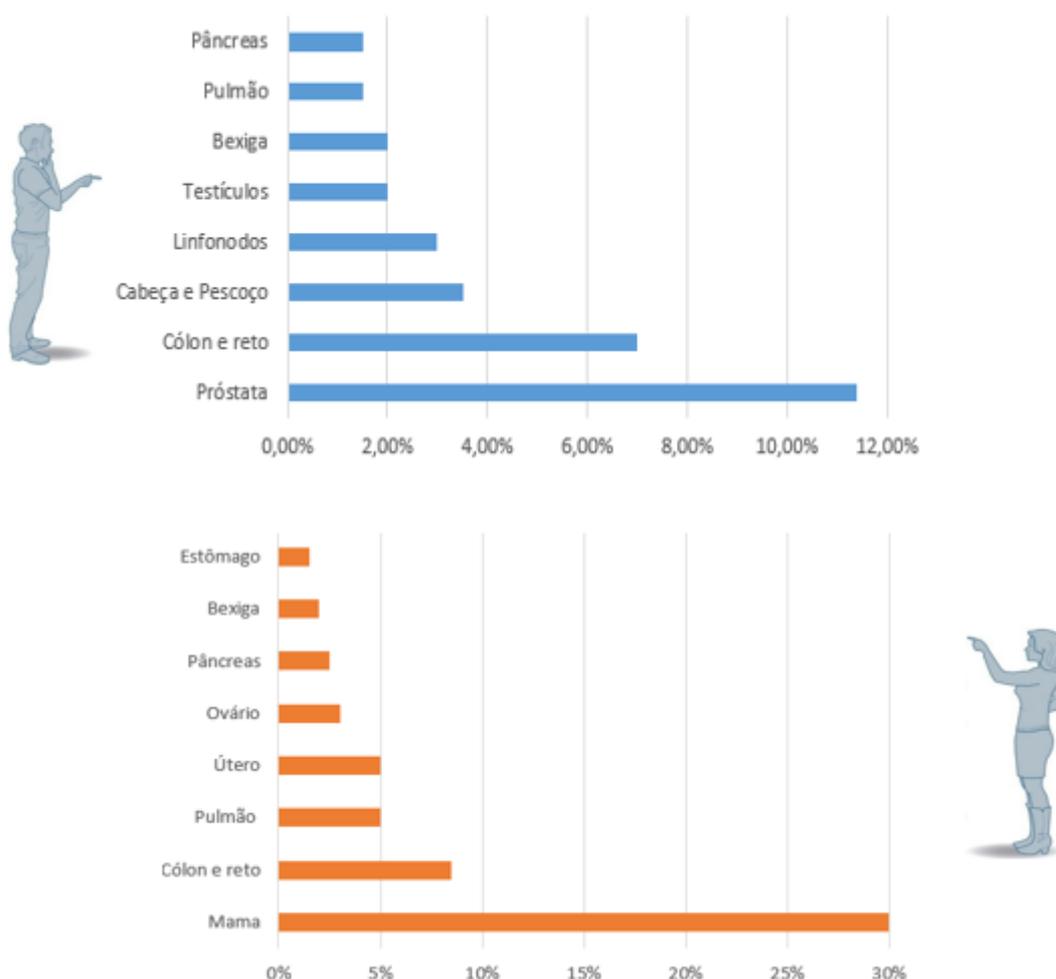
Quanto à presença de comorbidades, houve predomínio de diabetes (30,2%), seguida por hipertensão arterial sistêmica (25,2%) e disfunção tireoidiana (8,9%). Estes achados divergem de Piccirillo et al., (2004), que afirmam que a hipertensão tem sido relatada como a comorbidade mais comumente encontrada em pacientes com neoplasias malignas (37%), contudo, neste estudo, esta ocorrência foi encontrada somente entre os homens. Não se observou diferença estatística nesta prevalência ( $p=0,23$ ), mas, encontrou-se que os homens são, em números absolutos, mais hipertensos que as mulheres.

Nos aspectos subjetivos e espirituais, observou-se que 81,7% acreditam na cura de sua doença a despeito de a maioria (56,9%) considerar sua doença com de alta gravidade. Em relação à religião, 95% afirmam seguir alguma crença.

Constatação explicada por Guerrero et al., (2011), que afirmam que o câncer, na nossa sociedade, embora com as inúmeras formas de tratamento, é considerado uma doença incurável, que evidencia a proximidade da morte. Assim, os pacientes e os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pela descoberta da doença, buscam na espiritualidade um sentido positivo ou negativo às suas experiências.

Ainda, 47% dos entrevistados afirmaram possuir antecedentes ascendentes com histórico de câncer, o que reforçado segundo Dantas et al., (2009) a hereditariedade, a qual exerce um papel fundamental na etiologia do câncer.

A respeito da distribuição dos tipos de câncer, houve prevalência dos tumores de mama em mulheres e próstata em homens, o que é corroborado por Gottlieb et al., (2011) e INCA (2014). As informações sobre a ocorrência de câncer, por tipo de tumor, separadamente nos homens e nas mulheres, são apresentadas na figura 1.



**Figura 1 – Distribuição do sítio primário do tumor na amostra e por sexo.**

Fonte: Dados coletados com usuários da clínica oncológica. Carazinho, 2014.

No que se refere à presença de metástases, 57,9% dos pacientes da amostra não apresentaram evidência de metástase. Dentre aqueles com esta complicação (85 casos), os sítios mais comumente encontrados foram: ossos (27), múltiplas (15), fígado (14), pulmões (13) e outros locais (16). Quanto à ocorrência de metástases, o INCA (2014) afirma haver uma tendência ao aumento de sua presença, estimando um aumento real na sua incidência, em razão de fatores ambientais e genéticos, bem como, da dieta.

Quanto à prevenção, a maioria afirmou que fazia exames preventivos com alguma frequência, contudo, dois terços (76,7%) descobriram a doença ao procurar o serviço médico por já sentir sintomas. Outra constatação dos dados é que os homens buscam por prevenção significativamente menos que as mulheres ( $p < 0,001$ ), como evidenciado na tabela 2. Este achado pode ser explicado por fatores culturais e sociais, como descrito por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que apontam para o fato de que o ser homem pode aprisionar o masculino em atas culturais, inibindo a adoção de práticas de autocuidado, pois, na medida em que o homem é visto como invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança.

Neste recorte, encontrou-se 60 casos de câncer de mama, perfazendo 47,24% dos cânceres em mulheres. A partir desta constatação, optou-se, neste momento, em comparar alguns achados desse grupo de mulheres com o conjunto da amostra e com as mulheres com outros tipos de tumor primário.

As portadoras de câncer de mama ( $n=60$ ) quando comparadas com o conjunto global da amostra ( $n= 142$ ), não apresentaram diferença estatística em relação ao escore de saúde global ( $p= 0,256$ ), nem em relação ao escore relacionados aos sintomas ( $p= 0,186$ ). Contudo, encontrou-se uma significativa diferença no escore referente à função emocional ( $p < 0,05$ ). (Tabela 1) Esse achado é corroborado por Conde et al., (2006), que registram que diversos fatores, como a diminuição da mobilidade e o linfedema do membro superior, o uso de quimioterapia, os sintomas vasomotores, a secura vaginal e disfunções sexuais e a presença de ondas de calor, podem comprometer a qualidade de vida, especialmente, produzindo sintomas depressivos, prejudicando os aspectos emocionais da vida das mulheres afetadas.

Quando se analisou somente a população feminina estudada ( $n= 126$ ), comparando aquelas com câncer de mama ( $n= 60$ ) com as demais mulheres com

outros tipos de tumor primário (n= 66), (Tabela 2) constatou-se que os subgrupos não diferiram em relação ao escore de saúde global ( $p= 0,538$ ). Entretanto, em relação à função emocional ( $p < 0,05$ ) e ao escore da escala de sintomas ( $p < 0,05$ ), que abrange aspectos como fadiga, dor, insônia e enjoo, nas mulheres com câncer de mama encontrou-se significativa diferença, tendo menor função emocional, mas, ao mesmo tempo, menos sintomas do que aquelas acometidas por outros tipos de tumor primário.

**Tabela 1 - Comparação dos escores do EORTC-QOL-C30, entre as mulheres portadoras de Ca de mama (n=60) e o conjunto da amostra (n= 202)**

Variáveis	Mulheres com CA	Conjunto da amostra	p
Escore Saúde Global	72,7401	73,1848	0,256
Escore Sintomas	27,0752	26,8385	0,186
Escore Função Emocional	56,3559	65,8416	< 0,05

**Fonte:** Dados coletados com usuários da clínica oncológica. Carazinho, 2015.

**Tabela 2 - Comparação dos escores do EORTC-QOL-C30 entre as mulheres portadoras de Ca de mama (n=60) e as portadoras de outros tipos de tumor primário (n=66)**

Variáveis	Mulheres com CA	Mulheres com outros	p
Escore Saúde Global	72,7401	68,7811	0,538
Escore Sintomas	27,0752	31,7005	< 0,05
Escore Função Emocional	56,3559	65,2985	< 0,05

**Fonte:** Dados coletados com usuários da clínica oncológica. Carazinho, 2015.

O primeiro achado pode associar-se ao significado da mama para a mulher e à presença de sintomas vinculados à sexualidade e depressão (CONDE et al., 2006). A segunda associação pode relacionar-se a fatores como diagnóstico mais

precoce do câncer de mama, maior sobrevida e menor comprometimento físico, especialmente frente a uma amostra mista com diferentes anos de diagnósticos, tratamentos diversos, com diferentes protocolos (SAWADA et al., 2009).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atualidade do câncer no Brasil reforça sua condição de um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões, estimulando, cada vez mais, o diagnóstico precoce e as medidas de prevenção, com abordagens múltiplas. O presente estudo reforça a necessidade de buscar formas de ampliar as ações de prevenção, especialmente, junto à população masculina.

O câncer de mama é um tumor muito prevalente e se associa a significados físicos e emocionais que comprometem a mulher de modo impactante, afetando, sobretudo, sua função emocional.

Mais estudos devem ser conduzidos para melhor entender esta população, possibilitando aprimorar as formas de assistir e, especialmente, cuidar o paciente oncológico, respeitando as singularidades de cada subgrupo.

#### **REFERÊNCIAS**

ALAVANJA, M.C.R.; WARD, M.H.; REYNOLDS P. Carcinogenicity of Agricultural Pesticides in Adults and Children. **Journal of Agromedicine**. v.12, n. 1, p.39–56, 2007.

AARONSON, N., AHMEDZAI, S., BERGMAN, B., BULLINGER, M, CULL, A, DUEZ, N., et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of life-instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 85, n. 5, p. 365-375, 1993.

ARAÚJO, Franciéric Alves De. **Metodologia para reconstrução tridimensional da geometria da mama utilizando dois sensores de profundidade**. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2014. Disponível em: <<http://www2.ic.uff.br/PosGraduacao/Teses/642.pdf>>. Acesso: 20 ago.2015

CONDE, Délio Marques et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**.vol.28, n.3, pp. 195-204, 2006.

DANTAS, Élida Livia. Genética do câncer Hereditário. **Rev. Bras. Canc**. v. 55, n. 3, p. 263-269, 2009

GEIB, G. **Avaliação da custo-efetividade do tratamento do adenocarcinoma de pulmão avançado direcionado pela avaliação molecular o EGFR**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GOTTLIEB, M. G. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.14, n.2, p. 365-380, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**, 2014. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2014/SIS\\_2014.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. (INCA). **Estimativa 2014. Incidência do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

GUERRERO, Giselle Patrícia et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.** v.64, n.1, p. 53-59, 2011

MAFRA, Alícia. Zinco e Câncer: Uma revisão. **Rev. Saúd e Com.** v.1, n. 2, p. 144-156, 2005.

MICHELONE, Adriana; SANTOS, Vera Lúcia. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.12, n.6, pp. 875-883, 2004

SALVATO, M. A.; FERREIRA, P.C.G.; DUARTE, A. J. M. O Impacto da Escolaridade Sobre a Distribuição de Renda. **Est. econ.**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SAWADA, Namie Okino et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP.** vol.43, n.3, pp. 581-587, 2009.

PICCIRILLO J.F. et al. Prognostic importance of comorbidity in a hospital-based cancer registry. **JAMA.** v. 29, n. 20, p. 2441-2447, 2004.