

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA

JULIANA GUZZI MACHADO
ELIZABETH APARECIDA DE SOUZA
MARISTELA SALETE MARASCHIN
NELSI SALETE TONINI

UNIPAR- Universidade Paranaense. Cascavel-Pr, Brasil.
julianadule@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações Fleck et al., (1999); Sales et al., (2001). Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e ao estado subjetivo de saúde são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mais necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Bullinger et al., (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais abrangente e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com suas atividades diárias, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde.

O câncer tornou-se um problema de saúde pública, porém, há o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação física, social e psicológica, que são pontos fundamentais da luta contra esta doença. Quando não é possível curar, o alívio do sofrimento torna-se alvo de intervenção de uma equipe multidisciplinar (GANZ, 1995; COSTA NETO; ARAÚJO; CURADO, 2000).

O aumento da incidência de câncer associado com uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, esforços redobrados na compreensão da necessidade da inclusão de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, nos pacientes portadores de neoplasia (DEITOS, 1997; DEITOS; GASPARY, 1997).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, tendo como cenário da pesquisa a UOPECCAN – União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer, unidade IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

O instrumento para coleta de dados foi o questionário EORTIC QCQ-C30 versão 3.0, os sujeitos participantes do estudo foram 70 pacientes, em várias faixas etárias relacionadas à idade em tratamento quimioterápico ambulatorial na UOPECCAN, em vários estágios da doença neoplásica maligna, em diferentes ciclos de drogas quimioterápicas para serem avaliados pelo ponto de vista de sua percepção subjetiva da qualidade de vida durante a permanência no ambulatório de quimioterapia para submeter-se ao tratamento. O questionário EORTIC QLQ - C30 de avaliação da qualidade de vida permite a coleta de informações a respeito: sintomas físicos, hábitos cotidianos, interação social, concentração, memória, ansiedade, depressão, avaliação geral da saúde, entre outros.

A coleta de dados foi feita após a autorização do Comitê de Ética da UNIPAR considerado a Resolução 196/96 que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), sendo aprovada pelo parecer nº 288.048/2013. Para análise dos resultados, o questionário foi dividido em quatro (4)

dimensões, e os sujeitos foram identificados com letras de A a D e utilizou-se o teste do qui-quadrado em tabelas de contingência de dupla entrada. Valores de “p” foram obtidos a partir da distribuição do qui-quadrado.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi de 70 pacientes, sendo que a média de idade desses sujeitos foi 51 anos, no entanto, os resultados do desvio padrão deu resultado de 17 anos, porém, 25% desses indivíduos tem 45 anos e 75%, 65 anos, sendo a idade mínima da amostra de 03 anos e a máxima de 79 anos. De acordo com Makluf; Dias; Barra (2006), a qualidade de vida pode ser alterada pela idade, estado civil e escolaridade, e justifica que os mais jovens tem maior dificuldade de adaptações frente ao tratamento quimioterápico.

Ao fazer o estudo estatístico referente à necessidade de ajuda para vestir-se e comer, permitiu a observação entre as faixas etárias de que 78,57% responderam não; 14,29% responderam um pouco; 7,14% responderam ter bastante necessidade de ajuda e 0% respondeu ter muita dificuldade, esses resultados foram encontrado de 0 a 40 anos. Já nas idades entre 41 a 80 anos, 87,5% não tiveram necessidade em vestir-se ou comer; 5,38% responderam um pouco; 7,14% relataram ter bastante necessidade e 0% respondeu ter muita necessidade ($p = 0,508$).

Os dados nos mostra que em relação aos esforços físicos os índices indicaram não ter comprometimento nas atividades físicas durante a realização de quimioterapia ambulatorial, em ambas as faixas etárias. Apesar de encontrar algumas variações no estudo avaliado, essas variações podem ser devidas o período em que a fadiga foi medida. Sob a mesma perspectiva Franzi; Silva (2003) realizou estudos em que permitiu a análise no quesito saúde física onde encontraram resultados que corroboram com a atual pesquisa.

Porém Ishikawa; Derchain; Thuler (2005) citam que a quimioterapia influencia na função tireoidiana, contribuindo com a fadiga e, conseqüentemente, diminui as atividades físicas. Assim, a fadiga dificulta as atividades como tomar banho, vestir-se, trabalhar, pegar peso, relacionar-se com os outros, ou seja, ter prazer da própria vida. E, sobretudo, a fadiga interfere de forma significativa na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, sendo muitas vezes necessário incluir intervenções farmacológicas como antidepressivos e não farmacológicas, como, por exemplo, exercícios físicos, repouso durante o dia, nutrição adequada.

Em relação as alterações fisiológicas referente aos pacientes que tiveram dificuldade para dormir em decorrência do tratamento quimioterápico, ao compararmos os grupos separados por faixa etária, sendo que de 0 a 40 anos, 64,28% não tiveram alterações do sono; 14,29% tiveram um pouco de dificuldade de dormir; 7,14% tiveram bastante dificuldade e 14,29% responderam ter muita dificuldade no período quimioterápico. Já nos pacientes com faixa etária entre 41 a 80 anos 50% responderam que não tiveram alterações do sono; 25% responderam um pouco; 14,30% responderam bastante e 10,70% tiveram muita alteração do sono ($p = 0,667$).

Considerando o número de participantes da pesquisa com idade entre 0 a 40 anos e 41 a 80, a dificuldade em dormir está mais representativa nos mais velhos. Em estudo realizado por Sawada; Nicolussi (2009), 10% da amostra apresentaram alterações fisiológicas como fraqueza, dores em geral, dificuldade para dormir, sendo que esses sintomas foram mais expressivos na faixa etária acima de 40 anos, dados estes que corroboram com a amostra explorada da atual pesquisa, pois a mesma demonstra que a qualidade de vida na faixa etária acima de 41 anos foi comprometida.

Sendo assim, a avaliação dos pacientes submetidos à quimioterapia, em relação às alterações fisiológicas encontramos que no quesito dificuldade de dormir 25% dos participantes mais velhos apresentaram dificuldade.

Conforme informações dados pelo INCA (2013), os medicamentos quimioterápicos antineoplásicos são drogas imunossupressoras que o sucesso terapêutico e uma toxicidade inaceitável são separados por uma linha tênue. Assim, essas drogas agem interferindo nas

funções bioquímicas celulares vitais, interferindo na fisiologia do organismo, podendo então haver disfunções dos padrões do sono.

A avaliação do estado emocional em relação à tensão nervosa frente ao recebimento quimioterápico, 21,43% responderam que não tiveram alterações emocionais; 42,86% responderam um pouco; 21,43% responderam bastante e 14,28% responderam que tiveram muita alteração emocional, dados encontrados na faixa etária de 0 a 40 anos. Entre 41 a 80 anos, 32,14% não tiveram alterações emocionais; 21,43% tiveram um pouco de alterações emocionais; 28,57% responderam bastante e 17,86% tiveram muita alterações emocionais ($p = 0,436$).

Destacamos que neste quesito ambas as faixas etárias apresentam valores significativos em relação à tensão nervosa, o que demonstra que esses dados indicam interferência na qualidade de vida dessas pessoas no período da quimioterapia.

Segundo Camon-Angerami (2002) com os avanços da medicina, alterações em opiniões públicas e mudanças nas questões de intervenções psicológicas, levaram o surgimento da área de interface denominada psico-oncologia nos últimos 20 anos. Esses fatores foram determinantes na busca de estudos das dimensões psicológicas do câncer, são elas: o impacto do câncer na função psicológica do paciente, na sua família e nos profissionais de saúde que o cuidam, bem como o papel que as variáveis psicológicas e comportamentais possam ter no risco do câncer e na sobrevivência a este.

Considerando que a maioria dos indivíduos não conseguem recursos próprios para minimizar o sofrimento psíquico ocasionado pela doença é que Camon-Angerami et al., (2002) ressalta a importância da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, mais especificamente aos pacientes oncológicos, e realça que a psicologia preventiva tem a finalidade de melhorar as novas adaptações de pacientes e familiares e sobretudo alcançar o reconhecimento das motivações que estão relacionadas aos problemas diante da vivência da doença.

Na classificação geral a qualidade de vida global dos pacientes submetidos à quimioterapia 0% respondeu péssima e 42,85% responderam ótima, permitiu essa avaliação entre 0 a 40 anos, 1,79% responderam péssima e 41,07% responderam ótima entre 41 a 80 anos, os demais indivíduos responderam regular, obteve-se, então, índice de qualidade e vida elevados ($p = 0,965$).

Nesta perspectiva é que Camon-Angerami (2002) ressalta os avanços dos conhecimentos das causas das doenças, da radioterapia, da quimioterapia do hormônio-terapia, aperfeiçoamentos cirúrgicos e outros avanços da medicina no combate ao câncer, bem como o progresso da psiquiatria e da psicologia no auxílio das alterações psicossociais, tem mudado significativamente o panorama do câncer e, sobretudo da qualidade de vida dos pacientes submetido aos tratamentos que combate a doença. Fatos esses que podem ser a resposta para os resultados encontrados no presente estudo.

CONCLUSÃO

Considerando que a qualidade de vida, no que se refere à saúde, tem uma abrangência maior do que apenas descrições pertinentes ao paciente, entende-se que neste estudo é reflexo da maneira como o indivíduo percebe e reage ao seu estado de saúde no meio em que vive durante o tratamento quimioterápico. Dessa forma a subjetividade do indivíduo reflete a definição de qualidade de vida, ou seja, ela foi avaliada pelo próprio paciente, sendo composta por três dimensões: física, psíquica e social o qual foi à proposta de avaliação do presente estudo.

Dessa maneira percebeu-se que no quesito esforços físicos os índices não foram representativos ao ponto de interferir na qualidade de vida. Quanto às alterações fisiológicas houve alterações estatísticas significativas, no que se refere alterações fisiológicas como dificuldade de dormir os índices estão presentes entre a faixa etária de 41 a 80 anos, ou seja, mais representativa nos mais velhos, dados esses consideráveis para definir que houve alterações na qualidade de vida.

Ao avaliar as questões relacionadas às alterações psicossociais, os dados foram representativos no quesito tensão nervosa em ambas as faixas etárias. Por meio das discussões supracitadas percebe-se que de modo geral que a incidências elevadas dos efeitos colaterais que as drogas quimioterápicas produzem sobre a saúde dos pacientes submetidos aos tratamentos. Essas alterações estão presentes em âmbito social, fisiológico e saúde física.

Porém o conjunto de resultados apresentados permitiu visualizar por meio dos dados estatísticos que as drogas utilizadas no tratamento quimioterápico pela amostra explorada, em ótica generalista não houve impacto negativo na saúde dos indivíduos ao ponto de decair a qualidade de vida dos pacientes, apesar de algumas funções apresentarem mais prejudicadas. No entanto considera como limitação desse estudo o número reduzido de sujeitos, o período em que a qualidade de vida foi medida bem como as drogas utilizadas, assim o mesmo deverá ser interpretado com cautela, não podendo ser generalizado para toda a população.

PALAVRAS- CHAVE: Quimioterapia; Qualidade de Vida; EORTC QLQ-C30.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Resolução 196/96. Disponível em < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em 20 de set. de 2013.

BULLINGER, M; ANDERSON, R; CELLA, D; AARONSON, N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, v. 2, n.6, p. 451-9, 1993.

CAMON-ANGERAMI, A. V; (org). **Urgências Psicológicas no Hospital.** 1º ed. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

CAMON-ANGERAMI, A. V; (org). **Psicologia da Saúde.** 1º ed. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

FRANZIM, S. A; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a quimioterapia ambulatorial no Hospital de Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49 n.3, p.153-158, 2003.

FLECK, M. P. A; LEAL OF, L. S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 19-28, 1999.

GANZ, P.A. Impact of quality of life outcomes on clinical practice. **Oncology Huntingt**, v.11, p. 61-5, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Bases do Tratamento:** assistência de enfermagem. CAP. 7: Brasil, 2013. Disponível em: www.inca.gov.br/enfermagem.

ISHIKAWAVA, N. M; DERCHAIN, S. F. M; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.4, p. 313-318, 2005.

MAKLUF, A. S. D; DIAS, R. C; BARRA, A. A. de. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.52, n.1, p. 49-58, 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde [home page na Internet]. Porto Alegre: UFRGS; c1998-2004 [citado em 9 set 2005]. **Divisão de saúde mental grupo WHOQOL**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Whoqol>.

SAWADA, N.O; NICOLUSSI, A. C. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul, Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.

SALES, C. A; PAIVA, L; SCANDIUZZI, D; ANJOS, A. C. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p.263-72, 2001.

ENDEREÇO: Rua Bom Jesus, 366 casa 10. Região do Lago.
Cascavel –Pr. **CEP:** 85 812-290.