

# Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN CANCER PATIENTS TO SUBMITTED TO CHEMOTHERAPY

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

Namie Okino Sawada<sup>1</sup>, Adriana Cristina Nicolussi<sup>2</sup>, Liyoko Okino<sup>3</sup>, Fernanda Mara Coelho Cardozo<sup>4</sup>, Marcia Maria Fontão Zago<sup>5</sup>

## RESUMO

Estudo descritivo e transversal, desenvolvido com o objetivo de avaliar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes com câncer, submetidos à quimioterapia. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30). A amostra constituiu-se de 30 pacientes que assinaram o consentimento informado. Os dados foram analisados pelo software SPSS. O QLQ-C30 mostrou que a pontuação média das funções física, cognitiva e social, e desempenho de papel, variou de 71,26 a 75,12, demonstrando um nível satisfatório. Na função emocional, a média foi baixa, de 55,46. Nas escalas de sintomas, houve o predomínio da insônia com uma média de 34,44, seguida de dor (23,33) e fadiga (22,31). A QV foi satisfatória em todos os domínios, exceto a função emocional, que foi baixa, demonstrando que os efeitos colaterais da quimioterapia influenciam negativamente a QV dos pacientes.

## DESCRIPTORES

Neoplasias.  
Quimioterapia.  
Qualidade de vida.  
Cuidados de enfermagem.  
Enfermagem oncológica.

## ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study aimed to assess the Quality of Life (QoL) of cancer patients who were receiving chemotherapy. The instrument *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30) was used for data collection. The sample consisted of 30 patients who signed the informed consent term. Data were analyzed in SPSS software. The QLQ-C30 showed that, for physical, cognitive and social functions, and role performance mean scores ranged from 71.26 to 75.12, demonstrating a satisfactory level. In the emotional function, the mean score was low (55.46). On the symptoms scales, there were a predominance of insomnia, with a mean score of 34.44, followed by pain 23.33 and fatigue 22.31. The QoL was satisfactory in all domains except for the emotional function, which scored low demonstrating that the collateral effects of chemotherapy exert a negative influence on patients' quality of life.

## KEY WORDS

Neoplasms.  
Drug therapy.  
Quality of life.  
Nursing care.  
Oncologic nursing.

## RESUMEN

Estudio descriptivo y transversal desarrollado con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida (CV) de pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Para la recolección de datos, se utilizó el instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30). La muestra se constituyó de 30 pacientes que firmaron el consentimiento informado. Los datos fueron analizados con el software SPSS. El QLQ-C30 mostró que la puntuación promedio de las funciones físicas, cognitiva y social y desempeño de papel varió de 71,26 a 75,12, demostrando un nivel satisfactorio. En la función emocional, el promedio fue bajo de 55,46. En las escalas de síntomas hubo el predominio del insomnio con un promedio de 34,44, seguida de dolor 23,33 y fatiga 22,31. La CV fue satisfactoria en todos los dominios excepto la función emocional que fue baja demostrando que los efectos colaterales de la quimioterapia influyen negativamente la CV de los pacientes.

## DESCRIPTORES

Neoplasias.  
Quimioterapia.  
Calidad de vida.  
Atención de enfermería.  
Enfermería oncológica.

<sup>1</sup> Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. sawada@eerp.usp.br <sup>2</sup> Enfermeira. Mestre. Enfermeira do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. drinicolussi@ig.com.br <sup>3</sup> Médica Dermatologista, Especializada em Acupuntura. Membro do Grupo de Pesquisa. Ribeirão Preto, SP, Brasil. lyanka@uol.com.br <sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fermcr@yahoo.com.br <sup>5</sup> Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. mmzago@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

O câncer, nos dias atuais, tornou-se um problema de saúde pública mundial, uma vez que tem aumentado sua prevalência dentro das doenças crônicas não transmissíveis, necessitando de grandes investimentos financeiros e acarretando ônus institucional e social para os países<sup>(1)</sup>.

No Brasil, as estimativas para os anos de 2008 e 2009 apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo<sup>(1)</sup>.

As modalidades primárias básicas no tratamento do câncer envolvem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia, sendo a cirurgia, na maioria dos casos, o tratamento inicial e de escolha para vários tipos de cânceres<sup>(2)</sup>. Os avanços nas técnicas cirúrgicas, a melhor compreensão da oncogênese e os cuidados intensivos do pós-operatório, têm tornado possível a remoção de tumores de qualquer parte do corpo.

A quimioterapia constitui uma das modalidades de maior escolha para produzir cura, controle e palição. A quimioterapia envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa) e pode ser classificada de acordo com a sua finalidade como: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia<sup>(2)</sup>.

Os quimioterápicos em uso clínico, geralmente são bem tolerados pelos pacientes e os efeitos colaterais moderados, são bem controlados com dosagens apropriadas e uso criterioso de outros fármacos, como os antieméticos. As principais toxicidades são: supressão da medula óssea, imunossupressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade e lesão gonadal e esterilidade<sup>(3)</sup>.

As conseqüências clínicas da quimioterapia são: a indução de náuseas e vômitos, lesão de esôfago, fraturas, má nutrição, desequilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico, que muitas vezes levam à recusa do paciente a continuar os ciclos quimioterápicos, diminuindo a sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e comprometendo a eficácia do tratamento<sup>(4)</sup>.

A mensuração da Qualidade de Vida (QV) tem sido muito utilizada para avaliar os ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de medir os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia. Esse método é a melhor forma de avaliar a tolerância do paciente ao tratamento. O tratamento com quimioterápico deve ser avaliado sobre dois importantes aspectos: os efeitos colaterais da toxicidade sobre

as células tumorais, bem como os impactos positivos e negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes.

A avaliação da QV na oncologia iniciou-se na década de 40, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar função física e as condições de desempenho do paciente<sup>(5)</sup>.

Atualmente, as medidas de QV são essenciais para avaliar os resultados do tratamento do câncer. O termo Qualidade de Vida é visto como um conceito multidimensional (físico, psicológico, social e espiritual), subjetivo, dinâmico e bipolar<sup>(6)</sup>.

## OBJETIVOS

A presente pesquisa tem a finalidade de avaliar a QV de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia anti-neoplásica.

Como objetivos específicos:

- Caracterizar os pacientes em tratamento quimioterápico quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos (sexo, idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, religião, diagnóstico e tratamento realizado);
- Identificar os domínios de QV afetados nos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico; e
- Relacionar os dados sócio-demográficos e clínicos com a QV dos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e transversal, realizado no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto. Trata-se de Hospital que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e particulares.

A amostra foi constituída de 30 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, estar em tratamento quimioterápico, atendimento pelo SUS e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram coletados os seguintes dados para a caracterização da amostra: sexo, idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade, religião, diagnóstico e tratamento realizado.

Foi utilizado para a coleta de dados o instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30)<sup>(7)</sup>, devidamente validado para a população brasileira. O QLQ-C30 é um instrumento de QV utilizado para pacientes com câncer, é composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: funções física, cognitiva, emocional e

social e desempenho de papel, três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito, uma escala de estado geral de saúde/QV e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispnéia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença.

Na análise dos resultados do QLQ-C30, os valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/ QV, funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, quanto mais próximo de 100, significa melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores, enquanto que nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100, significam maior presença desses sintomas e dificuldades.

Este instrumento foi aplicado durante o tratamento quimioterápico adjuvante, na forma de entrevista, no período de abril de 2006 a novembro de 2007.

Para a análise dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS for Windows) e para testar a confiabilidade dos instrumentos, o teste de consistência interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Para análise descritiva dos dados, calculou-se a média e o desvio padrão, e para testar as diferenças entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, o teste Análise de Variância (ANOVA). Também foi utilizado o valor de  $p$  ( $P$  value), cujos valores menores ou iguais a 0,05 são considerados estatisticamente significantes.

O projeto de Pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCRP-FMRP-USP) e foi aprovado pelo protocolo HCRP 12483/2004. Foi mantido o sigilo das informações, bem como solicitado a assinatura do consentimento livre e esclarecido, portanto, atendeu à Resolução do CONEP 196/96<sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS

Um estudo<sup>(9)</sup> realizado no Brasil utilizou o instrumento QLQ-C30 e o validou para nossa cultura, e o resultado encontrado da consistência interna desse instrumento para a amostra deste estudo foi  $\alpha = 0,86$ , portanto, considerado confiável.

A amostra constituiu-se de 30 pacientes provenientes da região de Ribeirão Preto e foi homogênea quanto ao sexo: 50% feminino e 50% masculino. Predominaram pacientes acima de 40 anos de idade, casados, aposentados e católicos, conforme mostra a Tabela 1.

Com relação ao nível de escolaridade, 27 (90%) pacientes possuem o nível fundamental completo ou incompleto,

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas da amostra - Ribeirão Preto - 2006

	Características	N	%
<b>Faixa Etária</b>	40  — 60 anos	15	50
	60  — 80 anos	15	50
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	3	10
	Casado	16	53,3
	Viúvo	7	23,3
	Outros	4	13,3
<b>Profissão</b>	Área da saúde (nível universitário)	2	6,7
	Comerciante / Pecuarista	4	13,3
	Vendedor/ corretor	1	3,3
	Agricultor	1	3,3
	Motorista	3	10
	Costureira / Cabeleireira	3	10
	Aposentado	16	53,3
<b>Religião</b>	Católico	18	60
	Evangélico	6	20
	Espírita	4	13,3
	Testemunha de Jeová	1	3,3
	Budista	1	3,3

apenas um (3,3%) estudou até o nível médio e dois (6,6%) cursaram o nível superior.

Quanto às características clínicas, 16 (53,3%) apresentaram câncer gastrointestinal, (20%) câncer de mama, um (3,3%) de próstata e sete (23,3%) apresentaram metástases.

Com relação às características terapêuticas, 24 (80%) foram submetidos à cirurgia para retirada do tumor ou retirada total ou parcial do órgão afetado e/ ou nódulos adjacentes; 11 (36,7%) pacientes realizaram radioterapia, sendo que oito fizeram entre uma e 30 sessões e três realizaram mais de 30 sessões.

Os 30 pacientes estavam em tratamento quimioterápico adjuvante, ou seja, após tratamento primário (cirurgia e/ ou radioterapia). A maioria, 29 (96,7%) pacientes, iniciou a quimioterapia após 10 meses da descoberta do diagnóstico, sendo que 11 (36,6%) estavam realizando o primeiro ciclo quimioterápico e os demais, 19 (63,3%), estavam entre o segundo e sexto ciclo.

A Tabela 2 demonstra os protocolos de quimioterapia utilizados, sendo o mais encontrado 5-Fluorouracil (5-FU) utilizado em 13 (43,3%) pacientes.

**Tabela 2** - Protocolos de quimioterápicos utilizados - Ribeirão Preto - 2006

Protocolos de quimioterápicos utilizados	N	%
5-Fluorouracil	13	43,3
5-Fluorouracil + Ciclofosfamida	1	3,3
5-Fluorouracil + Cisplatina	3	10
5-Fluorouracil+ Ciclofosfamida + Doxorrubicina	3	10
5-Fluorouracil + Ciclofosfamida + Metotrexate	2	6,7
Epirrubicina + Ciclofosfamida	3	10
Cisplatina + Araceptin	1	3,3
Cisplatina + Taxol	1	3,3
Taxol	2	6,7
Quimioterapia via oral	1	3,3

Quanto aos efeitos colaterais da quimioterapia relatados pelos pacientes, cinco (16,7%) apresentaram queixas gastrointestinais como náuseas, vômitos, estomatites, diarreia, constipação, cólicas e estufamento abdominal; três (10%) relataram sintomas físicos como: calor, sede, mal-estar geral, fraqueza, sonolência, insônia, tontura, dor, tremor e coceira; um (3,3%) referiu problemas emocionais como depressão, angústia e irritabilidade; sete (23,3%) pacientes relataram efeitos gastrointestinais e físicos; quatro (13,3%) apresentaram os três efeitos colaterais, gastrointestinal, físico e emocional; e 10 (33,3%) estiveram assintomáticos. Esses resultados demonstram que a quimioterapia provocou efeitos colaterais em 20 pacientes, sendo o gastrointestinal presente em 16 pacientes.

A Tabela 3 mostra os cálculos das médias e desvio padrão do QLQ-C30, o Estado Geral de Saúde/ QV atingiu uma média de 69,71, retratando que esses pacientes consideram razoável a sua qualidade de vida. Nas funções física, cognitiva e social e desempenho de papel, as médias variaram de 71,26 a 75,12, demonstrando um nível satisfatório. Na função emocional, a média encontrada foi baixa (55,46), revelando que esses pacientes encontram-se nervosos, deprimidos, preocupados e irritados.

Nas escalas de sintomas, houve o predomínio de insônia com uma média de 34,44, seguida de dor 23,33, fadiga 22,31, perda de apetite 14,44, constipação 12,21, dispnéia 10,55 e náuseas e vômitos 9,44. Pode-se inferir que a presença desses sintomas interfere nas funções físicas, emocionais, cognitivas e conseqüentemente na medida global de saúde justificando a média encontrada de 69,71.

Com relação à dificuldade financeira, a média encontrada foi de 35,5, demonstrando que apesar do tratamento decorrente da doença ser complexo e oneroso, esse fato

**Tabela 3** - Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 - Ribeirão Preto - 2006

Escalas	Média	Desvio padrão
Estado geral de saúde (EGS/ QV)	69,71	3,80
Função física (FF)	72,24	5,00
Desempenho de papel (DP)	72,93	6,09
Função emocional (FE)	55,46	5,93
Função cognitiva (FC)	71,26	6,33
Função social (FS)	75,12	5,68
Fadiga (FAD)	22,31	5,26
Náusea e vômitos (NAV)	9,44	3,36
Dispneia (DIS)	10,55	5,08
Dor	23,33	6,11
Insônia (INS)	34,44	7,23
Perda de apetite (PAP)	14,44	5,46
Constipação (CON)	12,21	4,65
Diarréia (DIA)	0,0	0,0
Dificuldades financeiras (DIF)	35,5	7,48

não tem trazido grandes dificuldades financeiras e que o atendimento do SUS tem proporcionado a cobertura total do tratamento.

Com o intuito de verificar se as variáveis sócio-demográficas e clínicas interferem nos domínios investigados pelo QLQ-C30, foi aplicado o teste ANOVA e os resultados foram considerados significativos ao nível de  $P \text{ value} \leq 0,05$ , apresentados na Tabela 4.

A variável faixa etária correlacionou com as escalas de Náusea e Vômitos (NAV), Insônia (INS) e Perda de Apetite (PAP), indicando que há diferença significativa entre as faixas etárias, cujos sintomas foi maior na faixa entre 40 e 60 anos.

O protocolo de quimioterapia apresentou diferença significativa ao nível de  $P \text{ value} \leq 0,05$  com as escalas de INS e Função Cognitiva (FC) e com diferença altamente significativa ( $P \text{ value} \leq 0,001$ ) com as escalas de Dor, PAP e Constipação (CON), demonstrando que há diferença significativa entre os protocolos de quimioterapia. Observa-se que as médias maiores ocorreram no protocolo de 5-Fluorouracil (5-FU) + Ciclofosfamida + Doxorrubicina indicando que esse protocolo causa maiores efeitos colaterais.

Quanto ao diagnóstico, a diferença significativa encontrada na escala PAP demonstra que os pacientes com metástase referem mais perda de apetite. Os efeitos colaterais relatados pelos pacientes foram estatisticamente significativos com a escala FC, apresentando maior média para os efeitos colaterais gastrointestinais.

**Tabela 4** - Média, desvio-padrão e significância estatística do QLQ-C30 com os dados sócio-demográficos e clínicos - Ribeirão Preto - 2006

Escala	Variável sócio-demográfica	Variável	Média	Desvio-Padrão	P value
NAV	Faixa etária	40  — 60 anos	64,28	99,96	0,029*
		60  — 80 anos	4,44	11,72	
INS	Faixa etária	40  — 60 anos	384,33	446,25	0,045*
		60  — 80 anos	104,41	262,11	
PAP	Faixa etária	40  — 60 anos	199,93	373,67	0,050*
		60  — 80 anos	8,88	19,77	
Dor	Protocolo QT	5FU + LV	56,35	140,81	0,001**
		5FU + Ciclof. + Doxo.	500,00	500,00	
		5FU + Ciclof. + Metrotexate	266,65	330,01	
		Epirrubicina + Ciclof.	9,58	5,53	
		Taxol	208,15	176,56	
INS	Protocolo QT	5FU + LV	17,93	29,21	0,002*
		5FU + Cisplatina	333,00	333,00	
		5FU + Ciclof. + Doxo.	555,33	509,10	
		5FU + Ciclof. + Metrotexate	33,30	47,09	
PAP	Protocolo QT	5FU + LV	2,56	9,24	0,000**
		5FU + Ciclof. + Doxo.	555,33	509,01	
		5FU + Ciclof. + Metrotexate	16,65	23,55	
		Taxol	47,09	33,30	
CON	Protocolo QT	5FU + LV	12,81	21,66	0,000**
		5FU + Ciclof. + Metrotexate	33,30	47,09	
		Epirrubicina + Ciclof.	11,10	19,23	
FC	Protocolo QT	5FU + LV	810,00	222,52	0,051*
		5FU + Ciclof. + Doxo.	500,00	500,00	
		5FU + Ciclof. + Metrotexate	1000,00	00,00	
		Epirrubicina + Ciclof.	560,00	484,97	
		Taxol	166,50	235,47	
FC	Efeitos Colaterais	GI	1000,0	-	0,008*
		Físico	890,00	190,53	
		Emocional	670,00	-	
		GI + Físico	478,57	355,17	
		GI + Físico + Emocional	335,00	410,97	

QT (Quimioterapia); 5-FU (Fluorouracil); LV (Leucovorin); Ciclof. (Ciclofosfamida); Doxo. (Doxorrubicina); GI (Gastrointestinal).

\* *P value* ≤ 0,05 é significativa. \*\* *P value* ≤ 0,001 é altamente significativa.

## DISCUSSÃO

O quadro sócio-demográfico desta amostra retrata a realidade dos pacientes atendidos pelo SUS, qual seja, baixo nível de escolaridade e procedentes da região de Ribeirão Preto. Quanto aos aspectos epidemiológicos, está de acordo com as estatísticas que apontam a incidência do câncer, predominantemente na faixa etária acima de 40 anos<sup>(1)</sup>.

A variável faixa etária demonstrou diferença significativa nas escalas NAV, INS e PAP. Este resultado pode ser atribuído

aos protocolos empregados, com predomínio da droga 5-FU em 13 (43,3%) pacientes e taxol em dois (6,7%), drogas classificadas com moderado poder emetogênico. Para a classificação da combinação de drogas citostáticas deve ser considerado o agente mais emetogênico, e neste estudo, dos protocolos analisados, o 5-FU foi associado a drogas classificadas com médio efeito emetogênico, mas em dosagens baixas<sup>(10)</sup>.

Existem outros fatores que devem ser considerados na gênese das náuseas e vômitos, além das características farmacológicas, como por exemplo, a idade, pois o estudo

apontou que os pacientes mais jovens experienciam mais náuseas e vômitos<sup>(3)</sup>. Neste estudo, a diferença encontrada foi com os pacientes na faixa etária entre 40 e 60 anos que obtiveram maiores médias nas escalas NAV, INS e PAP.

Com relação ao protocolo de quimioterapia, a diferença significativa encontrada nas escalas de Dor, INS, PAP, CON e FC, onde o protocolo 5FU + Ciclofosfamida + Doxorubicina apresentou maiores médias indicando maiores sintomas e na FC as menores médias junto com o protocolo de Taxol, revela que essas drogas influenciam na função cognitiva. Esse resultado pode ser atribuído ao poder emetogênico da Ciclofosfamida e Doxorubicina que são drogas com alto poder emetogênico, portanto causam mais efeitos colaterais como estomatite, náuseas e vômitos e anorexia.

O estudo<sup>(11)</sup> com pacientes que receberam ao menos dois ciclos de Quimioterapia mostrou que os pacientes apresentam alterações no paladar e os sintomas mais relatados foram: boca seca, perda de apetite, náuseas e vômitos e foram associados com os agentes Cisplatina e Doxorubicina, que também influenciaram para uma diminuição na QV destes pacientes.

Em uma pesquisa<sup>(12)</sup>, 48% dos pacientes relataram constipação moderada e 17% constipação grave, a incidência deste sintoma está relacionada ao diagnóstico de metástase em sete (23,3%) pacientes e ao diagnóstico de câncer gastrointestinal em 16 (60%) pacientes desta amostra, aliado ao efeito colateral da quimioterapia.

O protocolo de quimioterapia também influenciou na FC, os protocolos com menores médias foram o Taxol e 5-FU + Ciclofosfamida + Doxorubicina e Epirrubicina + Ciclofosfamida, indicando que os quimioterápicos têm mecanismos que provocam prejuízos à função cognitiva.

As evidências dos prejuízos que os quimioterápicos provocam na função cognitiva são demonstrados em um estudo<sup>(13)</sup>, que descreve como mecanismos causadores de prejuízos nessa função, a leucoencefalopatia (alteração na substância branca cerebral), a resposta inflamatória no cérebro induzidas pela respostas das citocinas, a anemia e a menopausa precoce.

A função cognitiva é definida como um conceito multidimensional e descreve os domínios que resultam do desempenho saudável do cérebro como a atenção e concentração, função executiva e motora, processos de informações rápidas, linguagem, habilidade visual e espacial e memória<sup>(14)</sup>.

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que tem um grande impacto sobre a divisão das células tumorais, provoca toxicidade pelo efeito deletério sobre a divisão das células normais do corpo tais como, a medula óssea ou trato gastrointestinal. A neurotoxicidade é um efeito colateral maior porque o sistema nervoso é composto por células que não se dividem ou se dividem lentamente.

Os protocolos envolvidos nesta pesquisa são descritos como provocador de alteração na substância branca cerebral (5-FU, Metrotexate, Paclitaxel e Ciclofosfamida) e indutor do

processo inflamatório (Doxorubicina) que causam prejuízos na função cognitiva, como falta de concentração, diminuição da habilidade visual e espacial e diminuição da memória<sup>(13)</sup>.

Os efeitos colaterais também influenciaram a FC, na qual as médias foram mais baixas nos pacientes que apresentaram sintomas gastrointestinais, físicos e emocionais. Um estudo<sup>(15)</sup> encontrou relações de fatores psicológicos como ansiedade, estresse e depressão com pior FC e outro estudo<sup>(16)</sup> encontrou a influência negativa da fadiga mental ou física sobre a FC. Corroborando com esses autores, os dados deste estudo demonstraram que o grupo que apresentou os efeitos colaterais gastrointestinais, físicos e emocionais foi o que teve menor média na FC.

No estudo<sup>(17)</sup>, pacientes com câncer recebendo QT adjuvante foram avaliados quanto à QV e função cognitiva por dois anos e encontraram que no início do tratamento, 30% deles apresentaram de moderado a grave prejuízo cognitivo que melhorou com o tempo, caindo para 5% na segunda avaliação após dois anos, com melhora também para QV geral.

O diagnóstico foi estatisticamente significativo na escala de PAP, pois os pacientes com metástase obtiveram uma média maior nessa escala. A perda de apetite é apontada como o segundo sintoma mais freqüente em pacientes com câncer avançado, presente em 65% a 85% dos casos<sup>(18)</sup>.

É imprescindível que o enfermeiro avalie o paciente sistematicamente, estando atento aos sintomas apresentados para que possa detectar mudanças na função cognitiva, concordando com o estudo<sup>(19)</sup>, que considera primordial à enfermagem assistir ao paciente tanto na dimensão biológica quanto na sua subjetividade, observando os sinais que eles transmitem, com o estabelecimento de empatia e envolvimento emocional através de habilidades de comunicação.

## CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Os estudos de qualidade de vida na área da oncologia têm aumentado nas últimas décadas e hoje, tornou-se imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente, sem que o mesmo tenha um mínimo de qualidade de vida.

Avaliar qualidade de vida é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis. Neste estudo foi possível testar a confiabilidade do instrumento EORTC QLQ-C30, que se mostrou confiável e válido para mensurar a QV de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia antineoplásica.

Quanto aos aspectos sócio-demográficos, a amostra do estudo foi homogênea quanto ao sexo e predominaram pacientes acima de 40 anos de idade, casados, aposentados, católicos e que possuem nível fundamental. Com relação aos aspectos clínicos, a maioria dos pacientes apresen-

tou câncer gastrointestinal e realizou cirurgia e todos estavam em tratamento quimioterápico.

Os dados encontrados revelaram que os domínios de QV mais afetados foram insônia, dor e fadiga; quanto à variável faixa etária houve diferença estatisticamente significativa para os domínios náuseas e vômitos, insônia e perda de apetite; quanto ao protocolo de QT, houve diferenças estatisticamente significantes para os domínios dor, insônia, perda de apetite, constipação e função cognitiva; e dependendo do protocolo de quimioterapia, os sinais e sintomas (efeitos colaterais da QT) como náuseas, vômitos, perda de apetite e constipação são mais frequentes e agem negativamente na função cognitiva.

Cabe ao enfermeiro estar ciente desses efeitos e avaliar o paciente sistematicamente, com instrumentos clínicos confiáveis e válidos, para detectar mudanças na função

cognitiva, é importante também que o enfermeiro identifique os riscos dos pacientes, para planejar uma assistência que visa intervenções de prevenção desses riscos.

Ressalta-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela. O tamanho da amostra é pequeno e o *design* transversal não possibilita avaliar as mudanças da QV com o tempo após o tratamento, não podendo ser generalizado para toda população com câncer em tratamento quimioterápico e que pesquisas adicionais de corte longitudinal dessa natureza, que identificam o nível de QV do paciente com câncer e o impacto do tratamento na sua vida diária, são necessárias, pois levantam os aspectos que necessitam de maior atenção quando se planeja a reabilitação física, mental e social desta população. Assim, considera-se que essa pesquisa subsidiará os profissionais de saúde no planejamento de suas ações.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
2. Johnston PG, Spence RAJ. Oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
3. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Ballatori E, Roila F. Impacto of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:46.
5. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenall JF. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*. 1948;1(4):634-56.
6. World Health Organization (WHO). Whoqol Group. Quality of life assessment international perspective. Springer Verlag: Heidelberg; 1994. The development of the Quality of Life Assessment Instrument; p. 41-60.
7. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, 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. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365-76.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
9. Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
10. Lindley CM, Bernard S, Fields SM. Incidence and duration of chemotherapy induced nausea and vomiting in outpatient oncology population. *J Clin Oncol*. 1989;7(8):1142-9.
11. Wickham RS, Rehwaldt M, Kefer C, Shott S, Abbas K, Glynn-Tucker E, et al. Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 1999;26(4):697-706.
12. Georges JJ, Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Symptoms treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a perspective study. *Support Care Cancer*. 2005;13(3):160-8.
13. Jansen C, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(6):1151-61.
14. Olin JJ. Cognitive function after systematic therapy for breast cancer. *Oncology*. 2001;15(5):613-8.
15. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press; 2004.
16. Servaes P, Verhagen CA, Bleijenberg G. Relations between fatigue, neuropsychological functioning and physical activity after treatment for breast carcinoma: daily self-report and objective behavior. *Cancer*. 2002;95(9):2017-26.
17. Vardy J, Chiew KS, Galica J, Pond GR, Tannock IF. Assessing cognitive function in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2006;14(11):1111-8.
18. Buria C. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(2):191-211.
20. Silva ARB, Merighi MAB. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):253-60.

Trabalho subvencionado pelo CNPq, processo número 306351/2004-8