
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER NO PERÍODO DE QUIMIOTERAPIA

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser¹, Maria Filomena Ceolim²

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação do Departamento em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). São Paulo, Brasil. E-mail: thalyta@fcm.unicamp.br

² Doutora em Enfermagem. Professora associado do Departamento em Enfermagem da FCM/Unicamp. São Paulo, Brasil. E-mail: fceolim@fcm.unicamp.br

RESUMO: Trata-se de estudo descritivo e transversal com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer sob quimioterapia. Oitenta pacientes de ambos os sexos, com 18 anos completos ou mais de idade, diagnóstico de câncer confirmado, em tratamento com quimioterapia a partir do segundo ciclo e participação voluntária no estudo foram incluídos. Utilizou-se o instrumento WHOQOL-Bref, validado no Brasil, por meio de entrevista, no período de abril a junho de 2008. A comparação entre os escores dos domínios apresentou diferença significativa em função da autoavaliação de saúde. Os maiores escores foram no grupo com melhor avaliação da própria saúde. O domínio Psicológico atingiu os escores mais elevados, diferente dos outros, que avaliaram melhor o domínio Meio Ambiente. Os resultados sugerem que a autoavaliação de saúde pode ser preditor confiável da qualidade de vida nesses pacientes, sendo relevante a ampliação dos estudos.

DESCRIPTORES: Neoplasias. Qualidade de vida. Agentes antineoplásicos.

QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS DURING THE CHEMOTHERAPY PERIOD

ABSTRACT: The objective of this cross-sectional descriptive study was to evaluate the quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. The participants were eighty patients of both genders, 18 years of age or older, with a confirmed cancer diagnosis, undergoing chemotherapy after the second cycle, who had voluntarily agreed to join the study. We used the WHOQOL-Bref instrument, validated in Brazil, through interview, during the period from April to June of 2008. Comparison between domain scores presented a significant difference due to health self-evaluation. The highest scores were in the group with better assessment of their own health. The Psychological domain reached the highest scores, unlike the others, who evaluated the Environment domain best. The results suggest that health self-assessment can be a reliable predictor of quality of life in these patients, therefore it is important to further studies on this topic.

DESCRIPTORS: Neoplasms. Quality of life. Antineoplastic agents.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON CANCER EN EL PERIODO DE QUIMIOTERAPIA

RESUMEN: Estudio descriptivo y transversal con el objetivo de evaluar la calidad de la vida en pacientes con cáncer recibiendo quimioterapia. Ochenta pacientes, voluntarios, mayores de 18 años o más, de ambos sexos, con el diagnóstico de cáncer, que reciben quimioterapia después del segundo ciclo. Se utilizó el instrumento WHOQOL-Bref, validado en Brasil, empleando entrevistas de abril a junio de 2008. La comparación entre los *scores* de los dominios presentó diferencia significativa en función de la evaluación subjetiva de la salud. Los *scores* más altos fueron encontrados en el grupo con una evaluación mejor de su propia salud. El dominio Psicológico alcanzó *scores* más elevados, diferente de los otros grupos, que evaluaron mejor el dominio Medio Ambiente. Los resultados sugieren que la auto-evaluación de la salud puede ser un predictor fiable de la calidad de vida en estos pacientes, necesiéndose la expansión de mas estudios al respecto.

DESCRIPTORES: Neoplasias. Calidad de vida. Antineoplásicos.

INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, merecendo cada vez mais pesquisas com a finalidade de obter melhor qualidade e humanização na assistência aos pacientes com essa doença. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, dos quais cerca de 60% ocorrerão nos países em desenvolvimento.¹ Em consequência do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional, provocados pela mudança no perfil de mortalidade, com redução da taxa de doenças infecciosas, tem sido observado, em todo o mundo, o aumento da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente doenças cardiovasculares e câncer.²

O diagnóstico de câncer traz mudanças importantes no modo de viver, com alterações físicas e emocionais devido ao desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima. É comum associar a palavra “câncer” a uma ameaça à vida e considerar a doença “moralmente contagiosa”, evitando-se mesmo pronunciar o seu nome.³ Além disso, o paciente deverá enfrentar os diferentes tipos de tratamento para a doença, tais como cirurgias e tratamentos radioterápico e quimioterápico, frequentemente associados a efeitos colaterais adversos.⁴

Os efeitos adversos da quimioterapia podem ser divididos em dois grupos: agudos, que se iniciam minutos após a administração dos agentes antineoplásicos e persistem por alguns dias, e tardios, que aparecem semanas ou meses após a infusão dos mesmos. A maioria das drogas induz à depressão da medula óssea em graus variáveis, dependendo do agente e da dose utilizada, bem como de fatores intrínsecos. São frequentes também a alopecia e as alterações gastrointestinais.⁴

Mesmo quando chega ao fim do tratamento com sucesso, ainda é necessário que o paciente conviva com o medo da recidiva e com as sequelas que sobrevêm de um tratamento oncológico. Além disso, toda esta rotina de realização de quimioterapia e radioterapia para “cuidar do câncer” pode alterar expressivamente o dia-a-dia do paciente, interferindo na sua qualidade de vida.⁵

Existe variada gama de conceitos e opiniões sobre “qualidade de vida” e, com o passar do tempo, esses conceitos foram se voltando para a percepção do paciente sobre a doença e o tratamento e seus efeitos, de forma objetiva e subjetiva.⁶ Saúde e doença configuram processos compreendidos

como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Desta forma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.⁷

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^{8:583} O melhor entendimento dos elementos que compõem essa percepção pode auxiliar o profissional de saúde a definir intervenções que contemplem a integralidade do paciente, e não se restrinjam à abordagem da doença e do tratamento.

Desta forma, este estudo buscou avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico, procurando obter subsídios para uma assistência mais completa e humanizada. Esse estudo é relevante tendo em vista o aumento da incidência de câncer no Brasil e a influência dessa doença na rotina diária do paciente acometido.

OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida referenciada a domínios (Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente), em pacientes com câncer, sob quimioterapia ambulatorial, atendidos em hospital universitário.

Analisar a associação entre qualidade de vida e variáveis como idade, sexo, escolaridade e autoavaliação de saúde, nesses pacientes.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Oncologia Clínica de um hospital universitário, em Campinas (SP), que oferece tratamento ambulatorial a pacientes com câncer, em quimioterapia e radioterapia. O HC/Unicamp funciona como referência para o atendimento a pacientes com câncer das Diretorias Regionais de Saúde de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista e até de outros Estados. O serviço também oferece consultas de enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia e odontologia. O HC faz parte do serviço de Registro Hospitalar do Câncer

(RHC), com a notificação compulsória dos casos de câncer atendidos no hospital junto à Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP). Atualmente, os tipos de câncer com maior frequência no Serviço de Oncologia Clínica são os de cólon e reto, cabeça e pescoço, próstata e gástrico.

A casuística foi composta por 80 pacientes de ambos os sexos, tendo como critérios de inclusão: 18 anos completos ou mais de idade, diagnóstico de câncer confirmado por biópsia e em tratamento com quimioterapia a partir do segundo ciclo. Critérios de exclusão: condições clínicas inadequadas para responder a uma entrevista.

Após a ciência e autorização dos responsáveis pelo serviço, abordou-se o paciente no próprio ambulatório, expondo o propósito do estudo e convidando-o a participar. Em caso afirmativo, solicitava-se que assinasse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e procedia-se à aplicação do instrumento sob a forma de entrevista, realizada na sala onde o paciente recebia a quimioterapia. Foram realizadas de cinco a dez entrevistas por semana, no período e nos dias mais favoráveis ao ambulatório nos meses de abril a junho de 2008. Cada entrevista teve cerca de meia hora de duração, e ao seu término agradecemos o paciente pela sua participação. Ressalta-se que não foi investigado neste estudo efeitos colaterais aos quimioterápicos e de outros medicamentos. Investigou-se o tipo de câncer e o ciclo de quimioterapia que o paciente encontrava-se no momento da entrevista.

O Instrumento de coleta de dados utilizado foi: WHOQOL-Bref, instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida. Trata-se da versão abreviada do instrumento da OMS, o WHOQOL-100, já validado em português.⁶ Compõe-se de parte inicial destinada à coleta de dados sócio-demográficos e de saúde, e outra sobre qualidade de vida. Essa consta de 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida em geral, e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original. As questões estão organizadas nos quatro domínios que compõem a versão breve: Físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso); Psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos); Social (relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual); Meio Ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportuni-

des de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico, poluição, ruído trânsito/clima; transporte). O escore de cada questão varia de um a cinco pontos e escores mais elevados indicam melhor avaliação.⁶

A análise de dados foi realizada com estatística descritiva (frequência, proporção, medidas de posição e dispersão); testes estatísticos para comparar variáveis numéricas entre dois grupos (teste de Mann-Whitney) e mais de dois grupos (teste de Kruskal-Wallis), e avaliar correlação entre variáveis numéricas ordenáveis (teste de correlação de postos de Spearman). O coeficiente de Pearson foi utilizado para avaliar a correlação entre os domínios e entre estes e a Qualidade de Vida Geral, bem como entre as facetas que compunham cada domínio e o escore do respectivo domínio. O valor de $p < 0,05$ ($\alpha = 5,0\%$) foi adotado como nível crítico. Os escores brutos referentes a cada domínio foram convertidos de acordo com a Sintaxe elaborada pelo grupo responsável pelo WHOQOL. Utilizou-se o programa estatístico SPSS for Windows (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 10.0.1 (SPSS Inc., 1989-1999).

Os procedimentos éticos foram respeitados e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de afiliação das autoras em 25/03/2008 (nº 103/2008), encontrando-se de acordo com a Resolução 196/96 do CNS que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

Foram entrevistados 80 pacientes, dentre os quais 48 homens (60%) e 32 mulheres (40%). Quanto à faixa etária, 10 pacientes (13%) tinham entre 22 e 30 anos; 18 pacientes (22%), entre 31 e 50 anos; 41 pacientes (51%), entre 51 e 70 anos; e 11 pacientes (14%), entre 71 e 90 anos. A média de idade era de 54 (± 16) anos, com mediana de 56 anos. Cinquenta e dois pacientes (65%) eram casados e 28 (35%) eram separados, solteiros ou viúvos. Quanto à escolaridade, 12 (15%) eram analfabetos, 43 (54%) tinham o primeiro grau incompleto ou completo, 14 (18%) referiam ter o segundo grau incompleto ou completo e 11 (13%) tinham o terceiro grau completo ou incompleto.

Questionados quanto à auto-avaliação da saúde, 27 (34%) pacientes classificaram-na como "muito boa" ou "boa", 35 (44%) apontaram que era "nem ruim nem boa" e 18 (22%) disseram que era "muito ruim" ou "fraca".

A localização mais frequente do tumor foi o intestino grosso (35 pacientes ou 44%), seguido por cabeça e pescoço (14 pacientes ou 18%), órgãos do sistema digestório alto (14 pacientes ou 18%), pulmões (oito pacientes ou 10%), sistema genital masculino (sete pacientes ou 9%) e outras localizações (dois pacientes ou 3%). A maioria dos pacientes havia realizado dois ciclos de quimioterapia (39 pacientes ou 49%), enquanto que 36 pacientes (45%) haviam realizado entre três e quatro ciclos, e cinco pacientes (6%) haviam feito mais de quatro ciclos (média de 2,8 ± 1 ciclos, me-

diana de 3). O tempo de diagnóstico era de três a seis meses para 28 pacientes (35%), de sete a 12 meses para 36 pacientes (45%), de 13 a 18 meses para três pacientes (4%), de 19 a 24 meses para 10 pacientes (12%), e de mais de 24 meses para três pacientes (4%). A média era de 11,4 (± 8,4) meses, com mediana de 9,5 meses.

Os resultados obtidos com o WHOQOL-Bref encontram-se na tabela 1. Observou-se que os domínios mais comprometidos foram os domínios social e físico e o mais preservado, o domínio Meio ambiente.

Tabela 1 - Escores obtidos no WHOQOL-Bref de pacientes em quimioterapia ambulatorial (n=80). Campinas-SP, 2008

Domínios	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Físico	55,4	18,1	57,1	10,7	85,7
Psicológico	64,4	14,7	64,6	12,5	91,7
Social	55,1	24,4	66,7	0,0	91,7
Meio Ambiente	70,7	8,4	71,9	8,4	90,6
Qualidade de vida geral	12,7	3,4	12,0	4,0	18,0

Todos os domínios apresentaram correlação entre si e com a avaliação de Qualidade de Vida

Geral, conforme é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref e destes com a Qualidade de Vida Geral de pacientes em quimioterapia ambulatorial (n=80). Campinas-SP, 2008

Domínios e qualidade de vida geral	Domínios			
	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
Físico	----	----	----	----
Psicológico	0,72*	----	----	----
Social	0,45†	0,42‡	----	----
Meio ambiente	0,49*	0,52*	0,56*	----
Qualidade de Vida Geral	0,73*	0,68*	0,40‡	0,38‡

* p < 0,000005, † p < 0,00005, ‡ p < 0,0005.

Não foi encontrada diferença significativa nos escores dos domínios e da Qualidade de Vida Geral em função das seguintes variáveis: sexo, estado civil, tipo de tumor (considerando-se os pacientes com tumor de intestino grosso e as demais localizações) e ciclos de quimioterapia (comparando-se os pacientes que haviam recebido dois ciclos e os que haviam recebido três ou mais ciclos). Os escores obtidos nos domínios do WHOQOL-Bref e o escore da Qualidade de Vida Geral não apresentaram correlação significativa

com as variáveis idade e tempo de diagnóstico. Os escores do domínio Físico mostraram tendência à diferença entre os distintos graus de escolaridade, sendo menores para os analfabetos (p=0,06).

A comparação entre os escores dos domínios e da Qualidade de Vida Geral em função da auto-avaliação de saúde evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os maiores escores provêm do grupo com melhor avaliação da própria saúde, como está ilustrado na tabela 3.

Tabela 3 - Comparação entre os domínios e a Qualidade de Vida Geral (QVGeral) em função da auto-avaliação de saúde de pacientes em quimioterapia ambulatorial (n=80), ao teste de Kruskal-Wallis. Campinas-SP, 2008

Domínios	Auto-avaliação de saúde								
	muito boa/boa			nem ruim nem boa			muito ruim/fraca		
	média	dp	mediana	média	dp	Mediana	média	dp	mediana
Físico*	69,8	12,5	71,4	52,8	13,5	53,6	38,7	16,8	42,9
Psicológico*	77,3	8,4	75,0	62,7	11,0	62,5	48,4	10,8	50,0
Social†	67,3	17,9	75,0	51,9	24,7	58,3	43,1	25,3	50,0
Meio ambiente‡	76,2	8,0	75,0	68,8	7,1	68,8	66,5	7,4	65,6
QVGeral‡	16,1	0,9	16,0	12,3	1,2	12,0	8,2	3,1	8,0

*p<0,00005, †p<0,001, ‡p<0,0005.

As facetas de maior influência na qualidade de vida, em cada domínio do WHOQOL-Bref, foram identificadas por meio da análise de correlação entre cada questão que compõe o domínio e seu escore médio. Esses resultados encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 - Facetas com maior influência em cada domínio do WHOQOL-Bref de pacientes em quimioterapia ambulatorial (teste de Correlação de Postos de Spearman). Campinas-SP, 2008

Nº da questão	Faceta avaliada	R	p
Domínio físico			
10	Energia e fadiga	0,84	0,00000
17	Atividades cotidianas	0,82	0,00000
3	Dor e desconforto	-0,80	0,00000
15	Mobilidade	0,78	0,00000
Domínio psicológico			
26	Sentimentos negativos	-0,77	0,00000
19	Auto-estima	0,76	0,00000
5	Sentimentos positivos	0,70	0,00000
Domínio social			
20	Relações pessoais	0,91	0,00000
22	Suporte social	0,91	0,00000
Domínio meio ambiente			
9	Ambiente físico	0,68	0,00000
24	Cuidados de saúde/sociais	0,59	0,0000

DISCUSSÃO

As características dos pacientes estudados refletem o panorama nacional da doença e também o tipo de atendimento realizado no ambulatório

escolhido para campo da pesquisa. No Brasil, as neoplasias em geral são mais incidentes no sexo masculino; as neoplasias malignas mais frequentes, em 2006, foram as de próstata, de pulmão (inclusive traquéia e brônquios) e de estômago, as duas últimas com valores bem acima dos observados em mulheres. No sexo feminino, são mais incidentes os tumores de mama e de colo uterino.⁹ Portanto, na casuística estudada, o predomínio numérico de homens sobre mulheres deve-se ao tipo de tumor encontrado e também ao fato de não serem tratados os tumores do sistema genital feminino nesse ambulatório, pois esses casos são atendidos em um centro específico de atenção integral à saúde da mulher.

Os tumores mais frequentes foram o de intestino grosso, cabeça e pescoço, órgãos do sistema digestório alto, pulmão e sistema genital masculino. No Brasil, o câncer de intestino grosso é o quarto tipo de tumor de maior incidência em homens e o terceiro em mulheres, encontrando-se em quinto lugar como causa de mortalidade em ambos os sexos.¹⁰

Quanto à qualidade de vida, verificou-se que os domínios mais comprometidos foram os domínios Social e Físico e o mais preservado, o domínio Meio ambiente. Em trabalho semelhante, com pacientes acometidos por câncer colorretal, o domínio mais comprometido foi o Meio ambiente, e o menos comprometido, o Psicológico, em pacientes sem estomias. Nos estomizados, o mais comprometido foi o domínio Físico, e o menos comprometido, o Social.³ Quanto à Qualidade de Vida Geral, os valores obtidos (12,7 pontos) no presente trabalho foram inferiores aos dos autores mencionados anteriormente (15,4 para os pacientes sem estomia e 15,7 para os estomizados), mesmo considerando-se apenas os pacientes com câncer colorretal de nossa casuística (13,0 pontos).

Essas diferenças não podem ser explicadas com os dados coletados.

Observou-se que os domínios Físico e Psicológico foram os que apresentaram correlação mais alta entre si e com os demais domínios, sugerindo a inter-relação entre eles, bem como os que tiveram maior influência na Qualidade de Vida Geral, nessa população. Os domínios Social e Meio ambiente apresentaram correlação mais baixa com os demais domínios, embora significativa, e foram os de menor influência sobre a Qualidade de Vida Geral. Esses achados contribuem em parte para a compreensão dos baixos valores encontrados para a Qualidade de Vida Geral na casuística do presente estudo, visto que o Domínio Meio ambiente foi o que atingiu maiores escores médios, e o domínio Físico, o segundo escore mais baixo.

Os escores dos domínios e da Qualidade de Vida Geral não apresentaram diferenças em função das características sócio-demográficas e mesmo da história da doença e localização do tumor. Na literatura, há autores que apontam que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro podem estar relacionados a baixos níveis de qualidade de vida⁷. Em outros estudos, internacional¹¹ e nacionais¹²⁻¹³ realizados com sujeitos com câncer, da mesma forma que no presente estudo, não foi encontrada associação entre qualidade de vida e sexo, idade, escolaridade, estar empregado, tipo de cirurgia, tempo desde a cirurgia, tempo de duração da doença, estadiamento e realização de quimioterapia.¹¹⁻¹³ É importante ressaltar que cada indivíduo possui uma forma particular de operacionalizar sua avaliação sobre qualidade de vida, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

A comparação entre os escores dos domínios e da Qualidade de Vida Geral em função da auto-avaliação de saúde evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os maiores escores provêm do grupo com melhor avaliação da própria saúde. Um estudo realizado com 197 pacientes de oito centros de tratamento de câncer no Japão, com o WHOQOL-100, evidenciou resultados semelhantes, e os autores enfatizam que a auto-avaliação de saúde nem sempre correspondeu à gravidade do quadro clínico ou ao estadiamento do tumor. Estes achados sugerem que a auto-avaliação de saúde pode ser um preditor confiável da qualidade de vida nesses pacientes.¹⁴ Outro estudo, realizado na

Noruega com mulheres sobreviventes de câncer de ovário, aponta que a auto-avaliação de saúde mostrou-se fortemente associada aos sintomas físicos, como a fadiga, mas não com variáveis como estadiamento do tumor, tempo de diagnóstico e realização de quimioterapia. Os autores sugerem que uma única questão sobre auto-avaliação de saúde pode constituir um método rápido para avaliar a relevância dos sintomas para o paciente e, conseqüentemente, direcionar as intervenções da equipe de saúde, destacando a importância da utilização desse conhecimento pelo enfermeiro e demais profissionais da área.¹⁵

Pode-se observar que a percepção da qualidade de vida, nos diferentes domínios, sofreu maior influência de algumas das facetas que compõe o instrumento WHOQOL-bref, em detrimento de outras, sugerindo que alguns aspectos que compõe a qualidade de vida são mais relevantes que outros, para esses sujeitos.

Quanto às facetas que mais influenciaram no domínio Físico, verificou-se em ordem decrescente as seguintes: energia e fadiga, atividades cotidianas, dor e desconforto e mobilidade. Propõe-se que essas quatro facetas estão bastante relacionadas entre si. Destaca-se que a fadiga é sintoma prevalente na doença oncológica avançada, ocorrendo em 75% a 95% dos doentes¹⁶, embora nem todos consigam expressar, espontaneamente, o que verdadeiramente sentem sobre o dano que a fadiga acarretou nas suas vidas.¹⁷ Trata-se de sintoma complexo e debilitante, por comprometer as atividades da vida diária e ocasionar prejuízos à qualidade de vida.¹⁶

O domínio Psicológico teve influência, predominantemente, das facetas: pensamentos negativos (correlação inversa), auto-estima e pensamentos positivos, enquanto que na literatura a faceta espiritualidade/crenças pessoais foi a mais influente.³ Outros autores apontam que o sofrimento provém do tumor, de outros sintomas relacionados à doença, do desgaste com o tratamento e da carga emocional que envolve o diagnóstico.¹⁴

Quanto às facetas que mais influenciaram o domínio Social, encontraram-se as relações pessoais e o suporte social. O câncer e seu tratamento podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à comunicação e interação social dos pacientes, podendo resultar em um expressivo impacto negativo na sua qualidade de vida e de seus familiares.¹⁴

No domínio Meio ambiente, aquele que recebeu os maiores escores, o ambiente físico e

cuidados à saúde e sociais foram as facetas de maior influência. Pode-se propor como explicação o fato desses pacientes encontrarem-se em tratamento em um hospital de referência no estado e mesmo no Brasil, além do acolhimento oferecido no ambulatório em que são atendidos, o que pode contribuir para sua segurança e bem-estar.

Afirma-se ser fundamental que os enfermeiros e demais membros da equipe de saúde adotem, no atendimento aos pacientes com câncer, visão mais ampliada sobre os sentimentos aflorados frente à doença, às suas sequelas e aos resultados alcançados no processo de reabilitação. Em uma pesquisa, enfermeiras verbalizaram medos e inseguranças na assistência devido geralmente à desinformação em relação à doença em si e às formas de tratamento, bem como às fantasias que se formam em torno do paciente com diagnóstico de câncer.¹⁸ A presente pesquisa, ao identificar que a fadiga, a dor, as relações sociais e o suporte social influenciam na avaliação negativa da qualidade de vida, pode contribuir com subsídios para que o enfermeiro e a equipe de saúde focalizem intervenções mais adequadas, visando minimizar o seu impacto. Desta forma, pode-se também reduzir a desinformação e, conseqüentemente, os sentimentos de medo e insegurança da equipe, visto que são apresentados aspectos concretos a serem abordados nas intervenções.

Em estudo de produção de conhecimento na enfermagem em oncologia, no período de 1994 a 2004, conclui que os achados do mesmo permitem anunciar a especificidade do conhecimento produzido nas dimensões e nas formalidades da atuação de enfermeiras(os) na área de enfermagem oncológica. O que indica que tal conhecimento é consistente com a complexidade e as tentativas de explicação sobre a arte de cuidar dos clientes com câncer e com esforços de definir/ampliar critérios e padrões assistenciais.¹⁹

Sendo assim, a pesquisa em enfermagem deve ser baseada em evidências na prática clínica e o planejamento das ações de atenção à saúde desses pacientes deve ser individualizado e baseado no respeito aos seus valores e crenças. Busca-se assim atender, de forma mais abrangente, às expectativas e necessidades da pessoa com câncer, contribuindo para a necessária tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade de vida, e não apenas ao prolongamento da sobrevida.²⁰

Outro estudo realizado no Sul do Brasil realizado em unidade de quimioterapia com 48 pacientes com câncer colorretal, mostrou que um

dos domínios do WHOQOL-Bref mais afetado foi o Psicológico, fato similar ao presente estudo merecendo atenção para aspectos que podem influenciar o mesmo na prática clínica.²¹

Destaca-se, ainda, a necessidade de mais pesquisas na área, voltadas para investigar se a formação do enfermeiro abrange as áreas identificadas acima, contribuindo assim para sua atuação no nível de exigência que o cliente oncológico requer.

CONCLUSÕES

À avaliação da qualidade de vida de 80 pacientes em quimioterapia ambulatorial, verificou-se que os domínios mais comprometidos foram os domínios Social e Físico, e o mais preservado, o domínio Meio Ambiente. A comparação entre os escores dos domínios apresentou diferença significativa apenas em função da auto-avaliação de saúde. Os maiores escores foram encontrados no grupo com melhor avaliação da própria saúde. Para estes pacientes, o domínio Psicológico atingiu os maiores escores, diferente dos outros grupos, que avaliaram melhor o domínio Meio ambiente. Os resultados sugerem que a auto-avaliação de saúde pode ser um preditor confiável da qualidade de vida nesses pacientes, sendo relevante a ampliação dos estudos a respeito. Ainda, este estudo aponta a necessidade dos profissionais de saúde estar atentos para os aspectos que podem influenciar os domínios Físico e Psicológicos, já que foram os mais comprometidos neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.
2. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol*. 2005 Jan; 51(3):227-34.
3. Michelone APC; Santos VLCG. Quality of life of cancer patients with and without an ostomy. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 Nov-Dec; 12(6):34-47.
4. Santos HS, Cruz WMS. A terapia nutricional com vitaminas antioxidantes e o tratamento quimioterápico oncológico. *Rev Bras Cancerol* 2001 Set; 47(3):303-8.
5. Bonassa EMA. *Enfermagem em quimioterapia*. São Paulo/Rio de Janeiro (SP/RJ): Atheneu; 1992.
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovitch E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de

- qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999 Abr; 33(2):198-205.
7. Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*. 1995 Jan; 41:373-82.
 8. Seid EMF; Zannon CLMC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004 Mar-Apr; 20(2):300-11.
 9. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos - Brasil - 2007[online]. Capítulo D: Taxa de incidência de neoplasias malignas Brasília (DF): MS; 2007 [acesso 2008 Set 23]. p. 134-5. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/Capitulod.pdf>
 10. Roque MN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq. Gastroenterol*. 2006 Apr-Jun; 43(2):45-55.
 11. Lee JH, Chen CH, Yao G, Chung CW, Sheu JC, Lee PH, et al. Quality of life in patients with hepatocellular carcinoma received surgical resection. *J Surg Oncol*. 2007 Jan; 95(1):34-9.
 12. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSL. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(2):61-7
 13. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs* 2008 Set;16(4):53-57.
 14. Tazaki M, Nakane Y, Endo T, Kakikawa F, Kano K, Kawano H et al. Results of a qualitative and field study using the WHOQOL instrument for cancer patients. *Japanese J Clin Oncol*. 1997; 28(2): 134-41.
 15. Liavaag AL, Dørum A, Fossa SD, Tropé C, Dahl AA. Morbidity associated with "self-rated health" in epithelial ovarian cancer survivors. *BMC Cancer*. 2009 Jan; 9(2):2-11.
 16. Coelho FMR; Sawada NO. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1999 Dez; 7(5):103-7.
 17. Silveira CC, Gorini MIPC. Concepções do portador de leucemia mielóide agudafrente à fadiga. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2009 Mar;30(1):40-5.
 18. Ferreira, NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. *Rev Esc Enf USP*. 1996 Ago; 30(2):229-53.
 19. Moreira MC, Camargo TC, Carvalho V, Figueirêdo CF, Rosa LD, Bolzan MF. A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Out-Dez; 15(4):595-600.
 20. Vartanian JG, Carvalho AL, Benevides GM, Sanábria A, Toyota J, Kowalsk LP. Evaluation of depressive symptoms in long-term survivals of head and neck cancer treatment. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2006 Nov; 35(4):226-9.
 21. Chaves PL, Gorini MI. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4):767-73.