

Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico

QUALITY OF LIFE IN HEMATOLOGIC ONCOLOGY PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER HEMATOLÓGICO EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Viviane Andrade¹, Namie Okino Sawada², Elizabeth Barichello³

RESUMO

Estudo descritivo, transversal desenvolvido com objetivo de associar aspectos socio demográficos e clínicos aos domínios de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), para avaliar pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia. Na coleta de dados utilizou-se um instrumento sociodemográfico e clínico e o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC) QLQ-C-30. A amostra foi constituída de 32 pacientes, sendo oito (25%) com diagnóstico de linfoma de Hodgkin, nove (28,12%) linfoma não Hodgkin e 15 (46,87%) leucemia. Os dados foram analisados pelo software Statistical Package for Social Science (SPSS). O QLQ-C-30 mostrou média das funções física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel de 54,81 a 41,18, demonstrando um nível pouco satisfatório. Nas escalas de sintomas, houve predomínio de fadiga média 64,57 seguida de insônia (56,90) e perda de apetite (50,71). Esses sintomas interferiram nas funções físicas, emocionais e cognitivas demonstrando que efeitos colaterais do tratamento influenciam negativamente na QVRS dos pacientes.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem oncológica
Neoplasias hematológicas
Quimioterapia
Qualidade de vida

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study aimed to examine the socio-demographic/clinical aspects of health-related quality of life (HRQoL) and assess the HRQoL of onco-hematological patients undergoing chemotherapy. The data collection instrument was a socio-demographic/clinical questionnaire, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC) QLQ-C-30. The sample consisted of 32 patients, eight of whom (25%) were diagnosed with Hodgkin's lymphoma; nine (28.12%), with non-Hodgkin's lymphoma; and 15 (46.87%), with leukemia. The data were analyzed using SPSS software. For the functional scales of the QLQ-C-30 (physical, cognitive, emotional, social and role performance), the mean scores ranged from 54.81 to 41.18, demonstrating an unsatisfactory level of functioning. In the symptom scales, there was a predominance of fatigue (64.57), insomnia (56.90) and loss of appetite (50.71). These symptoms interfered with the patients' physical functioning, demonstrating that the emotional and cognitive side effects of the treatment negatively influenced the HRQoL of the patients.

DESCRIPTORS

Oncologic nursing
Hematologic neoplasms
Drug therapy
Quality of life

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, objetivando asociar aspectos sociodemográficos y clínicos a dominios de calidad de vida relacionada a la salud (QVRS), para evaluar pacientes oncohematológicos sometidos a quimioterapia. Datos recolectados mediante instrumento sociodemográfico-clínico y European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC) QLQ-C-30. Muestra de 32 pacientes, ocho de ellos (25%) con diagnóstico de linfoma de Hodgkin, nueve (28,12%) con linfoma no Hodgkin y 15 (46,87%) con leucemia. Los datos se analizaron con software Statistical Package for Social Science (SPSS). El QLQ-C-30 expresó promedio de funciones física, cognitiva, emocional, social y desempeño de papel de 54,81 a 41,18, mostrando nivel poco satisfactorio. En las escalas de síntomas hubo predominio de fatiga promedio 64,57, seguida de insomnio (56,90) y pérdida del apetito (50,71). Tales síntomas interfirieron en las funciones físicas, emocionales y cognitivas, demostrando que los efectos colaterales del tratamiento influyen negativamente en la QVRS del paciente.

DESCRIPTORIOS

Enfermería oncológica
Neoplasias hematológicas
Quimioterapia
Calidad de vida

¹ Mestranda do Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. viviandrade@usp.br ² Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. sawada@eerp.usp.br ³ Doutora. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. elizabeth.barichello@enfermagem.uftm.edu.br

INTRODUÇÃO

Dados da Base Populacional do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam que no país o câncer tem se configurado como um grande problema de saúde pública. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012/2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 385 mil novos casos de câncer, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, o que reforça a magnitude do problema do câncer no País⁽¹⁾.

Para o Brasil, em 2012 é esperado um total de 257.870 casos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Desses, 5.190 são casos de linfoma não Hodgkin em homens e 4.450 em mulheres. O que corresponde a um risco estimado de cinco casos novos a cada 100 mil homens e quatro a cada 100 mil mulheres. Estimam-se 4.570 casos de leucemia em homens e 3.940 em mulheres. Correspondo a um risco estimado de cinco casos novos a cada 100 mil homens e quatro a cada 100 mil mulheres. No mundo, ocorrem 257 mil casos novos de leucemia por ano, dos quais aproximadamente 56% acometem os homens. As maiores taxas de incidência encontram-se na América do Norte, Austrália e Nova Zelândia, enquanto as menores taxas são encontradas na África subsaariana⁽¹⁾.

A taxa de sobrevida média cumulativa em cinco anos nos casos de leucemia é de aproximadamente 45% nos países desenvolvidos. Essas taxas chegam a ser três vezes melhores que as observadas em países em desenvolvimento. Em casos de linfomas do tipo não Hodgkin a sobrevida média varia conforme o tipo celular e o estágio da doença no momento do diagnóstico. Nas regiões desenvolvidas, a sobrevida média cumulativa em cinco anos é em torno de 53%. No caso das regiões menos desenvolvidas, a sobrevida é 50%⁽¹⁾.

De 2009 a 2013, a National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) propôs na literatura um novo modelo conceitual para os indivíduos diagnosticados com câncer, o dos *sobreviventes do câncer*, onde a sobrevivência é o período que vai desde a confirmação do diagnóstico, passa pela fase dos tratamentos e continua até que haja o equilíbrio de vida ou ocorra à morte⁽²⁾.

Entre os cânceres hematológicos encontra-se a leucemia, que é uma doença maligna dos glóbulos brancos e tem como principal característica o acúmulo de células blásticas anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais prejudicando ou impedindo a produção dos glóbulos vermelhos (causando anemia), dos glóbulos brancos (causando infecções) e das plaquetas (causando hemorragias)⁽³⁾.

A doença ou linfoma de Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos, tecidos, que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem

essas células através do corpo. Os linfomas Não-Hodgkin incluem mais de 20 tipos diferentes⁽³⁾.

As modalidades terapêuticas para o câncer são: loco-regionais (cirurgia e radioterapia); sistêmicas (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia) e/ou de reabilitação (física e psicológica). A finalidade da terapêutica é diminuir a possibilidade de recorrência local e a distância; agir nas células neoplásicas circulantes, nas micrometástases e nas metástases detectadas; aumentar as taxas de cura e de sobrevida; e melhorar a qualidade de vida⁽⁴⁾.

A quimioterapia é o emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas, e é uma das principais terapêuticas para os casos de câncer hematológico. As drogas quimioterápicas agem sistemicamente, em nível celular, especificamente nas células em processo de divisão celular, interferindo no seu crescimento e divisão. Essa terapêutica tem sido altamente eficaz para a cura das leucemias e para o tratamento precoce das metástases não detectáveis⁽⁴⁾.

Entre os efeitos adversos da quimioterapia têm-se as toxicidades não hematológicas, que incluem as toxicidades gastrointestinais, pulmonares, cardíacas, hepáticas, neurológicas, renais, vesicais, dermatológicas, disfunções reprodutivas, alterações metabólicas, reações alérgicas e a fadiga, enquanto há também as toxicidades hematológicas, que compreendem a leucopenia, anemia, trombocitopenia e neutropenia febril⁽⁴⁾. Dessa forma, os profissionais da área da saúde devem estar preparados para identificar os vários distúrbios, como os efeitos da quimioterapia, que os indivíduos estejam vivenciando durante a sobrevivência ao câncer, e oferecer opções no tratamento para obter uma melhora na qualidade de vida.

A mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tem sido muito utilizada para avaliar ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de mensurar os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia.

A avaliação da qualidade de vida na oncologia iniciou-se na década de 1940, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar a função física e as condições de desempenho do paciente⁽⁵⁾. Qualidade de vida é um conceito controverso e amplo, para o qual, até o momento, ainda não existe uma definição única que seja aceita por todos. O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido usado como sinônimo de Estado de Saúde Percebido, com o objetivo principal de verificar quanto a doença ou estado crônico e seus sintomas passam a interferir na vida diária de um indivíduo⁽⁵⁾. A mensuração da QVRS tem sido muito utilizada para avaliar ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de mensurar os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia. Essa tem sido uma das melhores formas de avaliar a tolerância do paciente aos efeitos colaterais da toxicidade sobre as células tumorais, bem como os impactos positivos e negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes em tratamento quimioterápico⁽⁶⁾.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve a finalidade de caracterizar os sujeitos de pesquisa quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos de forma a associá-

-las aos domínios de QVRS e avaliar a QVRS de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com delineamento observacional-descritivo e transversal. Realizado no Centro de Quimioterapia (CQ) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM). A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFTM (protocolo nº 1357) e mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos 32 pacientes oncológicos da especialidade de Hematologia em tratamento de quimioterapia assistidos pelo SUS no período de dezembro de 2009 a dezembro de 2010.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras, nos dias do retorno dos pacientes onco-hematológicos na referida unidade, a fim de garantir a homogeneidade e a fidedignidade das informações. Os critérios de inclusão foram: estarem em tratamento quimioterápico no período mencionado e serem maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram aqueles que não quiseram participar do estudo e aqueles que após três tentativas não compareceram a central de quimioterapia. No período do estudo havia 63 pacientes com câncer hematológico e destes, segundo informações coletadas no Centro de Quimioterapia, 43 estavam em tratamento quimioterápico.

Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos aplicados durante a entrevista: o questionário sociodemográfico e clínico elaborado para se obterem as características sociais e clínicas dos sujeitos (idade, sexo, renda mensal, estado civil, vínculo empregatício, tipo de câncer, tratamento adotado e sintomatologias), que foi submetido à validação aparente e de conteúdo, por um comitê de juízes composto por três especialistas da área que avaliaram o questionário quanto à forma de apresentação, adequação dos itens e se estavam adequados aos objetivos propostos; e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* itens (EORTC-QLQ-C30) para avaliar os aspectos de QVRS.

O EORTC-QLQ-C30 inclui cinco escalas funcionais: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis. Considera ainda três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos; uma escala de qualidade de vida e saúde global e seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispneia, falta de apetite/anorexia, insônia, constipação e diarreia, como também a escala de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença; as respostas devem ser baseadas na semana anterior à entrevista⁽⁷⁾. No estudo⁽⁸⁾ o instrumento QLQ-C30 foi validado para a cultura no Brasil, sendo a consistência interna encontrada nesta pesquisa = 0,86, considerada confiável.

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 próximos de 100 significam melhor funcionamento, ou que essas condições estão melhores, enquanto nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam maior presença desses sintomas e dificuldades⁽⁷⁾.

Para a análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 13.0, onde foi realizada uma análise descritiva dos dados com frequências absolutas e percentuais. Para testar a confiabilidade dos instrumentos, foi realizado o teste de consistência interna Alpha de Cronbach (α). Para verificar a associação das médias dos dados sociodemográficos e clínicos com as médias das funções do EORTC-QLQ-C30 foi aplicado o teste ANOVA e considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 32 pacientes 43,75% eram do sexo feminino e 56,25% masculino. A idade predominante foi acima de 60 anos, aposentados, casados, com renda entre um e dois salários mínimos e ensino fundamental incompleto, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas - Uberaba, MG, 2010

Características sociodemográficas	Nº de sujeitos	Frequência (%)
SEXO		
Feminino	14	43,75
Masculino	18	56,25
IDADE		
De 20 a 30 anos	05	15,62
De 40 a 59 anos	08	25
Mais de 60 anos	18	56,25
TRABALHO		
Aposentado	15	46,87
Integral	07	21,87
Meio período	10	31,25
RENDA		
Até 1 salário	01	3,12
De 1 a 2 salários	11	34,37
De 2 a 4 salários	16	50
Mais de 4 salários	04	12,5
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	03	9,37
Ensino fundamental incompleto	16	50
Ensino fundamental completo	05	15,62
Ensino médio incompleto	05	15,62
Ensino médio completo	03	9,37
ESTADO CIVIL		
Casado	19	59,37
Solteiro	08	25
Divorciado	04	12,5
Viúvo	01	3,12

Quanto ao tipo de câncer hematológico houve um predomínio de pacientes com diagnóstico de leucemia e que iniciaram o tratamento quimioterápico há mais de cinco meses. Quanto aos efeitos colaterais da quimioterapia, houve um predomínio de fraqueza e insônia, seguidas por cansaço, feridas na boca e dor ou desconforto, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Características clínicas - Uberaba, MG, 2010

Características clínicas	Nº de sujeitos	Frequência (%)
Tipo de câncer hematológico		
Linfoma de Hodgkin	08	25
Linfoma não Hodgkin	09	28,12
Leucemia	15	46,87
Início do tratamento		
Há 1 mês	04	12,5
De 2 a 3 meses	06	18,75
De 4 a 5 meses	01	3,12
Mais de 5 meses	21	65,62
Sintomas		
Febre e vômito	07	21,87
Náusea	20	62,5
Diarreia	12	37,5
Boca seca	10	31,25
Baixa autoestima	19	59,37
Efeitos físicos de outras doenças	14	43,75
Fadiga	12	37,5
Feridas na boca	21	65,62
Dor ou desconforto	19	59,37
Insônia e fraqueza	24	75
Cansaço	23	71,87

A Tabela 3 mostra os cálculos das médias e desvio-padrão do QLQ-C30; o Estado Geral de Saúde/QV atingiu uma média de 82,38, retratando que esses pacientes consideram a sua qualidade de vida muito boa. Nas funções física, cognitiva, social e desempenho de papel, as médias variaram de 54,81 a 41,18, demonstrando um nível pouco satisfatório. Na função emocional, a média encontrada foi baixa (41,18%), revelando que esses pacientes encontram-se nervosos, deprimidos, preocupados e irritados, 25 (78,12%) referiram se preocupar com seus familiares e amigos, 22 (68,75%) temiam os efeitos colaterais do tratamento e 21 (65,62%) reportaram se preocupar com seu estado de saúde e com as decisões a serem tomadas com relação ao tratamento.

Nas escalas de sintomas, houve o predomínio de fadiga com uma média de 64,57; seguida de insônia 56,90; perda de apetite 50,71; dispneia 45,30; náuseas e vômitos 35,93; diarreia 27,96; dor 18,59; e constipação 14,46. Pode-se inferir que esses sintomas interferiram nas funções físicas, emocionais e cognitivas.

Com relação à dificuldade financeira, a média encontrada foi de 51,68, demonstrando que, mesmo o atendi-

mento do SUS proporcionando a cobertura total, é um tratamento complexo e oneroso que muitas vezes gera o afastamento de arrimo de família de forma a trazer algumas preocupações financeiras.

Tabela 3 – Média e desvio-padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 - Uberaba, MG, 2010

Escalas	Média	Desvio-padrão
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	82,38	16,28
Função Física (FF)	54,81	23,60
Desempenho de Papel (DP)	51,40	24,55
Função Emocional (FE)	41,18	17,75
Função Cognitiva (FC)	47,15	29,71
Função Social (FS)	53,00	27,36
Fadiga (FAD)	64,57	25,77
Náusea e Vômitos (NAV)	35,93	31,13
Dispneia (DIS)	45,30	22,88
Dor	18,59	29,05
Insônia (INS)	56,90	30,76
Perda de Apetite (PAP)	50,71	33,79
Constipação (CON)	14,46	25,16
Diarreia (DIA)	27,96	36,89
Dificuldades Financeiras (DIF)	51,68	27,94

A Tabela 4 mostra a correlação de Pearson entre os escores das funções e dos sintomas. A fadiga apresentou correlação altamente significativa com as funções físicas, o desempenho de papel e as funções cognitivas. A presença de dor se correlacionou com o desempenho de papel, função cognitiva e função social. A presença de dispneia apresentou correlação com as funções físicas e cognitivas. A insônia se correlacionou com a função física e emocional. Enquanto que a perda de apetite foi o único sintoma que apresentou correlação significativa com o Estado Global de Saúde.

Tabela 4 – Correlação de Pearson entre escores das funções/sintomas do EORTC-QLQ-C30, Uberaba, MG, 2010

	Fadiga (FAD)	Dor	Dispneia (DIA)	Insônia (INS)	Perda de apetite (PAP)
Escala global de saúde (EGS)	-0,138	-0,133	-0,029	-0,016	-0,400*
Função Física (FF)	-0,606**	-0,221	-0,415*	-0,505**	-0,190
Desempenho de Papel (DP)	-0,719**	-0,469**	-0,324	-0,128	-0,301
Função Emocional (FE)	-0,026	-0,151	0,081	-0,375*	-0,229
Função Cognitiva (FC)	-0,494**	-0,378*	-0,464**	-0,348	-0,283
Função Social (FS)	-0,330	-0,351*	-0,041	-0,226	0,071

*p < 0,05; ** p < 0,001

A fim de verificar se as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem nos domínios investigados pelo EORTC-QLQ-C30, foi aplicado o teste ANOVA e os resultados foram considerados significativos ao nível de p < 0,05 apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Média, desvio-padrão e significância estatística do QLQ-C30 com os dados sociodemográficos e clínicos - Uberaba, MG, 2010

Escala	Variável sociodemográfica	Média	Desvio-padrão	P value
(NAV) Náusea e Vômito	Início do tratamento			
	1-2 meses	36,11	38,61	0,032*
4-5 meses	44,44	27,04		
(PAP) Perda de Apetite	Início do tratamento			
	1-2 meses	49,83	40,90	0,039*
4-5 meses	59,90	27,14		
(DIF) Dificuldade Financeira	Renda			
	2-3 salários mínimos	60,09	20,09	0,044*
3-4 salários mínimos	53,81	29,51		
(FS) Função Social	Escolaridade			
	Ensino fundamental completo	23,80	15,20	0,009**
Ensino médio completo	67,00	33,00		

*p < 0,05; ** p < 0,001

A Tabela 5 demonstra os dados sociodemográficos relacionados ao início do tratamento que apresentou diferença significativa ao nível do $p < 0,05$ com as escalas de Náusea e Vômitos (NAV) e Perda de Apetite (PAP) demonstrando que os pacientes com mais de cinco meses do início do tratamento apresentaram maior média nas escalas NAV e PAP. Quanto aos dados sociodemográficos relacionados à escolaridade apresentaram diferença altamente significativa ao nível de $p < 0,001$ na escala de Função Social (FS), visto que as médias na faixa de escolaridade de ensino fundamental completo foram menores do que na faixa de ensino médio completo.

Quanto aos dados sociodemográficos relacionados à renda apresentaram diferença significativa ao nível de $p < 0,05$ com a escala de Dificuldade Financeira (DIF) o que demonstra que quanto menor a renda mensal maior a média para a escala DIF.

DISCUSSÃO

Com o advento de regimes de quimioterapias cada vez mais sofisticados, seu uso melhorou, significativamente, as taxas de sobrevivência ao câncer. Porém, os efeitos colaterais do tratamento e os sintomas associados à doença tornam indispensável à preocupação com a QVRS desses pacientes.

Poucas foram as experiências divulgadas com relação à QVRS com câncer hematológico, porém é sabido que, ao apontarmos para a comunidade científica os domínios de QVRS alterados, podemos facilitar o manejo adequado desses sinais e sintomas a fim de melhorar o estado funcional, levando a uma melhor aceitação da quimioterapia.

Percebe-se como limitação deste estudo o número reduzido de sujeitos; porém, os resultados encontrados corroboram com os da literatura, demonstrando a importância de estudos dessa natureza que identificam a influência dos efeitos da quimioterapia na QVRS dos pacientes oncológicos. Conhecer essas implicações auxilia os enfermeiros no planejamento de uma assistência que

visa à diminuição desses sintomas, bem como estratégias que melhorem a QVRS desses pacientes. Também se faz muito importante na escolha do instrumento de qualidade de vida, que deverá ser feita de maneira cuidadosa, esses instrumentos, se mostrarem sensíveis para avaliar a QVRS de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico.

Segundo um estudo⁽⁹⁾, o linfoma de Hodgkin (LH) acomete, principalmente, adultos jovens entre 15 e 39 anos, com predomínio do sexo masculino na razão de sexo Homem:Mulher de 1,4:1,0. Nossos dados corroboram no que se faz referência ao predomínio do sexo masculino. Entretanto, no que se refere à faixa etária, oito (25%) portavam diagnóstico de linfoma de Hodgkin, na faixa etária de 21 a 69 anos, e apenas dois (8%) desses estavam entre 20 e 25 anos.

De acordo com os dados estatísticos do INCA⁽¹⁾, a incidência do câncer ocorre, predominantemente, na faixa etária acima dos 40 anos, baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal. Tais aspectos epidemiológicos também foram encontrados neste estudo, em que 26 (81,25%) tinham mais de 40 anos, 19 (59,37%) eram procedentes das regiões circunvizinhas de Uberaba e 24 (75%) apresentaram baixo nível de escolaridade e renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Os resultados de uma pesquisa⁽⁷⁾ que abordou o impacto da náusea e o vômito na qualidade de vida de pacientes em tratamento de quimioterapia apontaram que os sintomas de fadiga, náuseas e vômitos foram aqueles de maior impacto na QVRS dos pacientes submetidos à quimioterapia, quando comparados à qualidade de vida do paciente prévia ao tratamento. No presente estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre náuseas e vômitos e o início do tratamento, ou seja, tais sintomas estiveram mais presentes nos pacientes que iniciaram o tratamento quimioterápico após quatro meses.

Em um ambulatório da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central foi realizado um estudo⁽¹⁰⁾ que salientou que a fadiga relacionada ao câncer é um problema clínico com uma abordagem complexa, multifatorial e multidimensional. Até então, não existe um método padrão para mensurar a fadiga relacionada ao câncer, o que torna complicado determinar a forma de comparabilidade dos resultados já encontrados nas pesquisas. No presente estudo, a fadiga apresentou média relativamente alta de 64,57.

A fadiga é um dos sintomas mais comuns apontados por sobreviventes de linfoma de Hodgkin, em que 30% relataram sintomas consistentes com fadiga crônica, em comparação com 12% da população em geral⁽¹¹⁾. Nos últimos anos, estudos da Noruega⁽¹²⁾ e do Dana-Farber Cancer Institute⁽¹³⁾ utilizaram uma variedade de instrumentos de pesquisa, que têm reafirmado que a qualidade de vida, a fadiga ou ambos são piores em sobreviventes de linfoma de Hodgkin. No estudo de coorte norueguês, cerca de metade dos indivíduos foram avaliados oito anos antes⁽¹²⁾. Su-

jeitos que tinham fadiga crônica no início do tratamento continuaram a ter pior fadiga do que aqueles com outros tipos de cânceres hematológicos. Os resultados encontrados neste estudo endossam os apresentados por essas pesquisas, uma vez que todos os pacientes com diagnóstico de linfoma de Hodgkin em tratamento quimioterápico referiram fadiga.

A fadiga é um fenômeno multifatorial, comum nos pacientes com câncer e não é de fácil tratamento⁽¹⁴⁾. Está relacionada com a radioterapia, quimioterapia e atividades diárias. A fadiga associada à quimioterapia depende da neurotoxicidade, encefalopatia, efeito da droga sobre os hormônios, baixa de magnésio, entre outros fatores. Em nosso estudo sua presença apresentou relação estatisticamente significativa com as escalas funcionais de desempenho de papel, função física e função cognitiva.

A fadiga é definida como uma sensação física desagradável, com sintomas cognitivos e emocionais descritos como cansaço e não são aliviados com o emprego de estratégias usuais de restauração de energia⁽¹⁵⁾. Considerando tal definição, podemos inferir que a fadiga está relacionada com as funções cognitivas e emocionais, uma vez que neste estudo foi o sintoma mais frequente e os domínios das funções cognitivas e emocionais apresentaram as menores médias.

Uma queixa predominante dos 32 sujeitos esteve relacionada aos distúrbios de sono, visto que a insônia apresentou pontuação relativamente alta com uma média de 56,7. Os efeitos diretos ou indiretos dos agentes quimioterápicos, relativos aos distúrbios do sono, certamente existem, porém ainda são desconhecidos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O resultado de um estudo piloto⁽¹⁸⁾ indicou que a qualidade de vida de pacientes com leucemia aguda e linfoma altamente maligno no início do tratamento, foi severamente reduzida, principalmente, pelas alterações no desempenho de papel (44,7), função social (51,0) e qualidade de vida global (54,2) e pela presença de sintomas como fadiga (47,9), dispneia (25,0) e distúrbios do sono (25,0). Em nosso estudo, a presença de dor (18,59) se correlacionou com o desempenho de papel (51,4), função cognitiva (47,15) e função social (53,0). A dispneia (45,3) apresentou correlação com as funções física e cognitiva. A insônia/distúrbios do sono (56,9) se correlacionou com a função física e emocional.

Na literatura encontra-se diferenças significativas entre os grupos de pacientes que foram submetidos ao transplante de medula óssea e os não transplantados, nos sintomas distúrbios do sono ($P = 0,001$), dor e função emocional ($P = 0,001$), e constipação ($P = 0,001$)⁽¹⁹⁾. A função cognitiva foi, significativamente, melhor nos não transplantados ($P = 0,001$). No nosso estudo, a dor se correlacionou com o desempenho de papel ($P = -0,469$), função cognitiva ($P = -0,378$) e função social ($P = -0,351$) enquanto que a insônia se correlacionou com a função física ($P = -0,505$) e emocional ($P = -0,375$).

No presente estudo, quando questionados a respeito de suas preocupações, 25 (78,12%) dos sujeitos da pesquisa referiram se preocupar com seus familiares e amigos. Estudos realizados em hospitais de clínicas especializadas no diagnóstico e tratamento do câncer trouxeram que essa doença é uma das mais temidas pelo paciente, familiares e amigos mais próximos. O que na grande maioria das vezes induz a sentimentos negativos como: medo do diagnóstico, os efeitos colaterais do tratamento, a incerteza do prognóstico e, principalmente, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte⁽¹⁴⁾.

Ainda em relação às preocupações apresentadas pela amostra estudada, 22 (68,75%) dos entrevistados declararam temer os efeitos colaterais do tratamento e 21 (65,62%) referiram se preocupar com seu estado de saúde e com as decisões a serem tomadas com relação ao seu tratamento. Tais respostas nos levam a apontar a influência dessas preocupações nas baixas médias apresentadas nos domínios, função emocional (41,18) e desempenho de papel (51,40), corroborando com outra pesquisa que ressaltou a importância de considerar os domínios bem estar físico, psicológico, bem estar geral, social e religioso, quando se avalia a QVRS dos pacientes com câncer⁽²⁰⁾.

Estudo realizado na universidade de Oxford⁽¹⁶⁾ encontrou relações estatisticamente significantes entre ansiedade, estresse, depressão e baixa pontuação nos domínios de Função Cognitiva (FC) e Função Emocional (FE). Os resultados apresentados em nosso estudo endossam tal relação, visto que estes domínios estes também apresentaram baixa pontuação.

Por meio de um estudo prospectivo sobre qualidade de vida, foi constatada a presença de prejuízos na função funcional, na habilidade de enfrentamento e na presença de ansiedade; mesmo com esses sintomas aparentes e declarados pelos entrevistados, 80% deles consideravam sua qualidade de vida boa e excelente⁽²¹⁾. Os dados apresentados neste estudo também mostraram que, diante de todas as alterações funcionais, emocionais e cognitivas constatadas, os resultados trouxeram alta pontuação para o Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida com média de (82,38).

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a QVRS de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. Nos últimos anos, tem sido crescente o número de estudos que abordam QVRS na área da oncologia e, atualmente, tornaram-se imprescindíveis, visto que não se pode pensar em prolongar a sobrevida do paciente sem que este tenha preservada sua qualidade de vida.

Avaliar a QVRS de pacientes onco-hematológicos é denso pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Portanto, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis.

Os dados encontrados revelaram que os domínios de QVRS mais afetados foram náuseas e vômito, insônia, fraqueza dor ou desconforto, função cognitiva e emocional.

Ao relacionar os dados sociodemográficos e clínicos com os domínios de QVRS encontramos diferença estatisticamente significativa: no tempo de início do tratamento e os sintomas náusea e vômitos e perda de apetite; escolaridade e os domínios de função social e a faixa de renda com o domínio DIF.

Nesse contexto, os resultados deste estudo irão contribuir para a assistência de enfermagem aos pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico, uma vez que identificou os principais sintomas e relacionou com os

domínios de QVRS desses pacientes; a atuação multiprofissional é importante para amenizar tais sintomas e planejar um processo de reabilitação desses pacientes.

Para prestar assistência de qualidade a essa categoria de pacientes, faz-se necessário que a equipe multiprofissional de saúde demonstre conhecimento das dimensões biológicas e fisiológicas da doença, dos tipos de tratamento e do impacto que estes ocasionam na vida dos pacientes e seus familiares. Assim, a equipe multiprofissional de saúde é responsável por detectar, intervir e avaliar os sinais e sintomas da doença, bem como os efeitos dos tratamentos nos pacientes visando a uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 dez. 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Fisher PT. Survivorship. *Clin J Oncol Nurs*. 2006;10(1):93-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2009 out. 10]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia>
4. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 538-40.
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. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardoso FMC, Zago MMF. Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Dec 14];43(3):581-87. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a12v43n3.pdf
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
8. Brabo EP, Paschoal MEM, Biasoli I, Nogueira FE, Gomes MCB, Gomes IP, et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: preliminary reliability and validity report. *Qual Life Res*. 2006;15(9):1519-24.
9. Ballatori E, Roila F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes*; 2003;1:46.
10. Vena C, Parker K, Cunningham M, Clarck J, McMillan S. Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(4):747-67.
11. Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg O, Kaasa S. Hodgkin's disease survivors more fatigued than the general population. *J Clin Oncol*. 1999;17(1):253-61.
12. Hjermstad MJ, Fossa SD, Oldervoll L, Holte H, Jacobsen AB, Loge JH. Fatigue in long-term Hodgkin's disease survivors: a follow-up study. *J Clin Oncol* 2005;23(27):6587-95.
13. Ng AK, Li S, Recklitis C, Neuberg D, Chakrabarti S, Silver B, et al. A comparison between long-term survivors of Hodgkin's disease and their siblings on fatigue level and factors predicting for increased fatigue. *Ann Oncol*. 2005;16(12):1949-55.
14. Understanding and treating cancer-related fatigue. *J Support Oncol*. 2006;4(2):72.
15. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):285-93.
16. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Neuropsychological assessment. New York: Oxford University Press; 2004.
17. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Quality of sleep in postoperative surgical oncologic patients. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(4):481-8.
18. Persson L, Larsson G, Ohlsson O, Hallberg IR. Acute leukaemia or highly malignant lymphoma patient's quality of life over two years: a pilot study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2001;10(1):36-47.
19. Hjermstad MJ, Evensen SA, Kvaløy SO, Fayers PM, Kaasa S. Health-related quality of life 1 year after allogeneic or autologous stem-cell transplantation: a prospective study. *J Clin Oncol*. 1999;17(2):706-18.
20. Monga U, Kerrigan AJ, Thornby J, Monga TN, Zimmermann KP. Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(3):391-9.
21. Hjermstad MJ, Knobel H, Brinch L, Fayers PM, Loge JH, Holte H, et al. A prospective study of health-related quality of life, fatigue, anxiety and depression 3-5 years after stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2004;34(3):257-66.