



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Machado, Sheila Mara; Okino Sawada, Namie

Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 17, núm. 4, octubre-diciembre, 2008, pp. 750-757

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411240016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ADJUVANTE

EVALUATION QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY PATIENTS SUBMITTED TO ADJUVANT CHEMOTHERAPY TREATMENT

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO COMPLEMENTAR

Sheila Mara Machado¹, Namie Okino Sawada²

¹ Enfermeira especialista em enfermagem em oncologia. Coordenadora da unidade de quimioterapia do Hospital da Pontifícia Universidade Católica - Campinas. São Paulo, Brasil.

² Livre Docente. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Quimioterapia adjuvante. Neoplasias das mamas. Neoplasias intestinais.

RESUMO: Estudo do tipo exploratório descritivo que objetivou avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e intestino, no início e três meses após o tratamento quimioterápico. Para a coleta de dados foi utilizado o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*. A amostra constou de 21 pacientes atendidos em uma clínica de quimioterapia na cidade de Ribeirão Preto, no período de outubro de 2005 a junho de 2006. Para a análise dos dados utilizou-se de estatística descritiva e inferencial. Os resultados apontaram uma diminuição nas funções físicas, emocional, cognitiva e social e aumento nos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite, diarréia. Apesar disso, a média da avaliação do estado geral de saúde/qualidade de vida aumentou após os três meses de tratamento, demonstrando que a quimioterapia adjuvante teve um impacto positivo na qualidade de vida.

KEYWORDS: Quality of life. Chemotherapy, adjuvant. Breast neoplasms. Intestinal neoplasms.

ABSTRACT: This is an exploratory and descriptive study that aimed to assess the quality of life of breast and intestinal cancer patients at the start and then three months after chemotherapy. For data collection, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire was applied. The sample consisted of 21 patients, treated at a chemotherapy clinic in Ribeirão Preto-SP, Brazil, between October, 2005, and June, 2006. For data analysis, descriptive and inferential statistics were used. The results point out a decrease in physical, emotional, cognitive, and social functions with an increase in fatigue, nausea and vomiting, pain, insomnia, appetite loss, and diarrhea symptoms. Nevertheless, the mean general health state/quality of life assessment score increased three months after treatment, demonstrating that adjuvant chemotherapy positively affected quality of life.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida. Quimioterapia adyuvante. Neoplasias de la mama. Neoplasias intestinales.

RESUMEN: Estudio exploratorio descriptivo, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama e intestino, al inicio y tres meses después del tratamiento quimioterápico. Para la recolección de los datos fue utilizado el *European Organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire*. La muestra incluyó a 21 pacientes atendidos en una clínica de quimioterapia en Ribeirão Preto-SP, Brasil, en el período de octubre de 2005 a junio de 2006. Para el análisis de los datos fue utilizada la estadística descriptiva e inferencial. Los resultados indicaron una disminución en las funciones físicas, emocional, cognitiva y social, además, del aumento en los síntomas: fatiga, náuseas y vomitos, dolor, insomnio, pérdida del apetito, diarrea. A pesar de ello, el promedio de la evaluación del estado general de salud/ calidad de vida aumentó después de los tres meses de tratamiento, demostrando que la quimioterapia adyuvante tuvo impacto positivo en la calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, considerada hoje, um problema de saúde pública e vários aspectos como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra esta doença. O impacto da hipótese diagnóstica, a confirmação da doença e do seu tratamento influem diretamente no estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, a Enfermagem exerce papel importante no controle dos efeitos adversos e nas consequências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do paciente.

O câncer de mama é a forma mais comum de câncer e a primeira causa de morte entre as mulheres, podendo também ocorrer em homens. É o segundo tipo mais freqüente no mundo e sua incidência teve um crescimento contínuo na última década. Para o ano de 2008, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 49.400 casos novos de câncer de mama, onde sua incidência maior é na região Sudeste, com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil mulheres.¹

O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o Brasil, no ano de 2008 é de 12.490 para homens e 14.500 para mulheres, com risco estimado de 13 casos novos para cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres.¹

A quimioterapia adjuvante vem sendo a opção de escolha no tratamento em alguns casos de câncer de mama e câncer de intestino, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida dos pacientes. Uma vez retirado o tumor, cirurgicamente, a recidiva da doença pode ocorrer através de possível micro metástases ocultas. Portanto, a finalidade do tratamento através da quimioterapia adjuvante é justamente, erradicar as micro-metástases, diminuindo a chance de recidiva e aumentando a sobrevida.²

Várias combinações de drogas que compõem os protocolos para tratamento do câncer de mama e câncer de intestino são encontradas na literatura. De acordo com nossa coleta de dados, os protocolos de quimioterapia utilizados no tratamento do câncer de mama foram: Ciclofosfamida, Metotrexate e Fluorouracil (CMF), Fluorouracil, Adriblastina e Ciclofosfamida (FAC), Adriblastina e Ciclofosfamida (AC). Para o câncer de intestino, o protocolo utilizado foi o 5-FU (Fluorouracil + leucovorin). Como essas drogas não possuem especificidade, agredindo além das células tumorais, os tecidos de proliferação, vários efeitos colaterais podem

ser relatados e diagnosticados nos pacientes com este tipo de tratamento.³

Os principais efeitos colaterais ou toxicidades do tratamento quimioterápico são hematológicos, gastrointestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológicas e reações alérgicas e anafilaxia.³

A mensuração de Qualidade de Vida (QV) do paciente oncológico, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. A enfermagem tem um importante papel na avaliação clínica do tratamento. A monitorização dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a QV dos sobreviventes do câncer.⁴

A Organização Mundial da Saúde define QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".^{5,1} Nessa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.⁵

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Esses autores ainda consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história.⁶

Não há na literatura uma definição consensual de QV, mas existe uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca do construto QV, cujas características são a **subjetividade**, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida, valores e cultura; a **multidimensionalidade**, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV e a **bipolaridade**, cuja avaliação de QV pode variar de bom para ruim. Portanto, a concepção de QV é diferente, entre os indivíduos, locais e tempos diferentes.⁶

Vários instrumentos que avaliam QV em pacientes com câncer são encontrados na literatura internacional. Nesse estudo, o instrumento utilizado foi da *European Organization for Research*

and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items (EORTC-QLQ-C30) versão 3.0 em português, que avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer.⁷

Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi avaliar a QV de pacientes com câncer de mama e intestino, submetidos ao tratamento quimioterápico adjuvante, no início e após três meses.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, longitudinal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Oncologia do Hospital Beneficiência Portuguesa de Ribeirão Preto-SP, no período de outubro de 2005 a junho de 2006.

A população foi constituída de 22 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: diagnóstico de câncer de mama ou câncer de intestino, estar iniciando o tratamento quimioterápico adjuvante e concordar em participar do estudo no período da coleta de dados. Tendo em vista que um paciente não concordou em participar da segunda entrevista, o total da amostra constou de 21 pacientes.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelo protocolo N° 0583/2005. Os pacientes foram informados sobre o motivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados e, estando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esta abordagem, procedeu-se à coleta dos dados por meio de entrevistas, sendo a primeira realizada na própria clínica e na primeira sessão de quimioterapia. A segunda entrevista foi realizada por contato telefônico, três meses após a primeira sessão pela pesquisadora.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento contendo duas partes: a primeira destinada aos dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos e a segunda parte contendo o questionário EORTC QLQ-C30.

O instrumento da EORTC-QLQ-C30 versão 3.0 em português, foi criado pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986 e foi denominado de QLQ-C30, sendo disponível em três versões. A primeira versão contendo 36 questões é de 1987, a segunda é de 1993 e a terceira, contendo 30 questões, é de 2000.

Esse questionário, no Brasil foi validado por um estudo⁸ e outro⁹ aplicou este instrumento para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer colo-retal, tratados com intenção curativa.

O questionário contém 30 itens compostos por escalas com múltiplos itens e medidas de item único, que visam refletir a multidimensionalidade do construto QV. Esse instrumento inclui cinco escalas funcionais (função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de QV e saúde global, seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispnéia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia), escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença.

Os escores das escalas e das medidas variam de zero a 100, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se o escore apresentado na escala funcional for alto, isso representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas, representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais.

Para atender aos objetivos propostos, foi realizada análise estatística descritiva dos dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos e do EORTC QLQ-C30, através do cálculo da média, desvio padrão, teste t de Student para comparar as amostras pareadas e cálculo do coeficiente *Alpha de Cronbach* para avaliação das propriedades psicométricas do EORTC QLQ-C30.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para verificar a confiabilidade do instrumento nessa amostra, foi realizado o teste *Alpha de Cronbach* com o resultado de 0,96, demonstrando que o instrumento é confiável e válido para a amostra estudada.

Quanto às características sócio-demográficas da população, a média de idade, no grupo foi de $55,5 \pm 12,0$ anos, com idade mínima de 28 anos e máxima de 70 anos, com predominância do sexo feminino (68,9%), em relação ao masculino (38,1%), sendo a maioria (71,4%) em união consensual, (42,8%) aposentados/pensionistas e, com baixa escolaridade (66,6%).

Do ponto de vista sócio-demográfico e clínico, houve predomínio do sexo feminino, sendo que das 13 pacientes, 10 apresentaram diagnóstico de câncer de mama e três sendo diagnosticadas com câncer de intestino. Enquanto que, os oito pacientes masculinos, apresentaram diagnóstico de câncer de intestino. Dados da literatura revelam que o câncer de mama, na região

Sudeste, é o mais incidente entre as mulheres, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres.¹ Com relação ao câncer colo-retal, os registros do INCA estimaram para 2008, a ocorrência de 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres sendo o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo, depois do câncer de mama.¹

Outro dado demográfico importante é com relação à idade, pois uma porcentagem maior de pessoas acometidas pela doença está na faixa etária entre 41 a 60 anos (52,4%), o que vai ao encontro

dos dados da literatura que revelam incidências maiores de câncer colo-retal em pacientes acima de 50 anos, e, para o câncer de mama, uma incidência rara antes dos 35 anos, com crescimento rápido e progressivo acima desta faixa etária.^{1,10}

Quanto às variáveis clínicas e terapêuticas, 47,6% tinham diagnóstico de câncer de mama, sendo 70% tratados com o protocolo FAC, 20% com o protocolo CMF e, os restantes 10%, com AC. Com o diagnóstico de câncer de intestino, o total correspondeu a 52,4%, sendo 100% dos pacientes tratados com o protocolo 5-FU+leucovorin.

Tabela 1 - EORTC QLQ C30 dos sujeitos com câncer de mama, avaliados no início e três meses após tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2006

Itens da escala	Ínicio ($x \pm DP$) [*]	Três meses após ($x \pm DP$)	Teste t	Valor de p
Função Física	78,90±16,29	63,0±23,6	2,505	0,101
Desempenho de Papel	62,0±31,243	70,30±32,1	0,830	0,428
Função Emocional	53,6±28,3	46,0±27,1	0,770	0,274
Função Cognitiva	78,5±19,2	58,6±33,5	2,246	0,050†
Função Social	80,3±26,7	71,9 ±33,3	1,354	0,005†
Fadiga	25,5±27,2	43,3±31,1	1,922	0,087
Náuseas e Vômitos	9,96±22,4	28,32±19,3	2,093	0,060
Dor	43,3±35,3	46,6±39,1	0,557	0,591
Dispneia	16,5±28,04	16,5±23,3	0,000	1,000
Insônia	23,3±41,7	49,9±47,7	1,307	0,687
Perda de Apetite	23,3±41,7	19,9±35,7	2,450	0,934
Constipação	13,3±32,1	9,9±15,9	0,270	0,420
Diarréia	-	-	-	-
Dificuldade Financeira	6,6±13,9	13,2±23,0	0,802	0,830
Estado geral de saúde/QV	60,8±28,8	73,3±29,6	2,133	0,006

* ($x \pm DP$)= Média ± Desvio Padrão; † = diferença estatisticamente significante para $p \leq 0,05$

Ao serem avaliados os escores médios de QV obtidos nos diversos domínios, no início do tratamento quimioterápico adjuvante e três meses após nos casos de câncer de mama (Tabela 1), verificou-se que após três meses de tratamento, os domínios de QV avaliados que mostraram diferença estatisticamente significante foram: função cognitiva e função social com diminuição das médias demonstrando que houve um decréscimo nessas funções; as funções físicas e emocionais também tiveram as médias diminuídas porém não foram estatisticamente significantes. Os sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia tiveram as suas médias aumentadas demonstrando piora desses

sintomas, mas não houve diferença estatisticamente significante. Os sintomas perda de apetite e constipação, após três meses apresentaram médias diminuídas e o sintoma dispneia manteve-se na mesma média e o sintoma diarréia ausente entre esses pacientes. Relaciona-se o prejuízo nas funções física, emocional, cognitiva e social ao aumento dos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia que aumentaram com o tratamento adjuvante após três meses.

O estudo também demonstrou que os sintomas fadiga, náuseas e vômitos foram aqueles de maior impacto na QV dos pacientes com câncer de mama, submetidos à quimioterapia.¹¹

A pesquisa que avaliou a função cognitiva de pacientes com câncer de mama tratadas com quimioterapia adjuvante e comparou com um grupo em acompanhamento de saúde, detectou que a função cognitiva estava prejudicada no grupo de mulheres com câncer de mama em tratamento adjuvante.¹²

Um outro estudo indicou que em um grupo que recebeu quimioterapia foi detectado a diminuição do funcionamento físico e consequentemente, mais problemas com as atividades do trabalho ou atividades diárias, além disso, as pacientes relataram

ram intensa fadiga após completar o tratamento quimioterápico e piora na saúde geral.¹³

Os resultados encontrados nessa pesquisa corroboram com os estudos citados acima com exceção dos itens desempenho de papel e estado geral de saúde/QV que após três meses de tratamento, as médias foram maiores, diferença estatisticamente significante foram encontradas no item estado geral de saúde/QV, demonstrando que apesar do aumento dos sintomas as pacientes consideraram que houve melhora no seu estado de saúde e qualidade de vida.

Tabela 2 - EORTC QLQ C30 dos sujeitos com câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2006

Itens da escala	Ínicio ($x \pm DP$)	Três meses após ($x \pm DP$)	Teste t	Valor de p
Função Física	72,9±26,1	61,0±25,6	2,980	0,001*
Desempenho de Papel	68,3±34,3	72,8±43,6	0,433	0,034 *
Função Emocional	57,8±30,1	67,0±27,5	1,365	0,016*
Função Cognitiva	84,6±14,3	74,6±23,8	1,896	0,129
Função Social	78,9±22,4	72,81±23,98	0,946	0,063
Fadiga	25,2±25,8	34,3±29,19	1,363	0,021*
Náuseas e Vômitos	1,51±5,0	1,51±5,0	-	-
Dor	15,1±28,3	25,7±44,3	1,136	0,013
Dispneia	6,0±13,3	3,0±9,95	1,000	0,020
Insônia	30,18±43,2	24,1±42,3	0,300	0,554
Perda de Apetite	9,0±30,1	12,0±30,7	1,000	0,341
Constipação	15,1±31,1	3,0±10,0	1,174	0,267
Diarréia	12,09±22,2	18,18±34,4	1,000	0,341
Dificuldade Financeira	12,1±22,5	24,2±26,3	1,491	0,167
Estado geral de saúde/QV	78,0±15,9	78,0±19,4	-	1,000

* = diferença estatisticamente significante para $p \leq 0,05$; ns= diferença estatisticamente não-significante.

Quanto ao grupo de pacientes com câncer de intestino, conforme Tabela 2, pode-se observar que após três meses do tratamento houve diferença estatisticamente significativa nas funções físicas, desempenho de papel e função emocional, e nos sintomas de fadiga, dor e dispneia. As médias aumentaram, depois dos três meses de tratamento, na função emocional e no desempenho de papel demonstrando que houve melhora estatisticamente significante nessas funções. A função física também foi estatisticamente significante e teve a diminuição das médias após os três meses, revelando prejuízo nessa função. Relaciona-se esse resultado com o aumento nas médias dos sintomas fadiga e dor que também foi estatisticamente sig-

nificante e aos sintomas perda de apetite, diarréia que também aumentaram suas médias apesar de não ser estatisticamente significante. A função física, função cognitiva e função social tiveram suas médias diminuídas, apesar disso a avaliação do estado geral de saúde/QV teve sua média mantida revelando que o estado de saúde e a qualidade de vida desses pacientes permaneceram iguais no início e após os três meses de tratamento.

As pesquisas que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia sistêmica também encontraram deterioração nas funções física e aumento dos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor e insônia.¹⁴⁻¹⁵

O estudo que utilizou o EORTC QLQ C-30 e o SF 36 (*Medical Outcomes Study Short Form 36*) para avaliar a QV de pacientes com câncer colorretal antes da cirurgia, na alta e após três meses, encontraram melhora na QV a partir do terceiro mês.¹⁶

O estudo que avaliou a influência dos efei-

tos da quimioterapia na qualidade de vida dos pacientes com câncer colorretal, encontrou que a qualidade de vida diminuiu após o início da quimioterapia nos aspectos físicos e psicológicos e que as toxicidades gastrointestinais foram mais freqüentes que as hematológicas.¹⁵

Tabela 3 - EORTC QLQ C30 dos sujeitos tratados de câncer de mama e câncer de intestino, avaliados no início e três meses após tratamento. Ribeirão Preto-SP, 2006

Itens da Escala	Início (x±DP)	Três meses após (x±DP)	Teste t	Valor de p
Função Física	75,6±21,6	61,9±24,0	3,828	0,001*
Desempenho de Papel	65,3±32,2	71,6±37,6	0,895	0,381
Função Emocional	55,8±28,5	57,0±28,7	0,207	0,838
Função Cognitiva	82,7±16,9	67,0±29,2	2,974	0,007*
Função Social	79,5±23,9	72,3±28,0	1,642	0,116
Fadiga	25,3±25,8	38,6±29,7	2,378	0,027*
Náuseas e Vômitos	5,5±16,1	14,3±19,2	1,920	0,069
Dor	28,5±34,2	35,71±42,2	1,279	0,215
Dispneia	11,1±21,70	9,4±18,5	0,439	0,666
Insônia	26,9,±41,5	36,4±45,7	0,662	0,515
Perda de Apetite	15,8±35,9	15,82±32,68	0,006	0,995
Constipação	14,2±30,8	6,3±13,2	1,005	0,317
Diarréia	6,3±16,8	9,5±26,0	1,000	0,329
Dificuldade Financeira	9,5±18,5	19,0±24,6	1,671	0,110
Estado geral de saúde/QV	69,8±24,0	75,7±24,3	1,835	0,127

* = diferença estatisticamente significante para p≤0,05;

A Tabela 3 mostra o total de pacientes com câncer de mama e intestino, no início e depois de três meses de tratamento, foi encontrado diferença estatisticamente significativa nos itens função física, cognitiva e fadiga com diminuição das médias da função física e cognitiva e aumento na média do sintoma fadiga. No requisito "estado geral de saúde/QV" houve melhora após três meses de tratamento, no entanto, alguns itens não acompanharam este aspecto como os sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor e insônia que foram intensificados. Este fato parece ter refletido na diminuição da função física, da função cognitiva e da função social. A melhora apresentada no requisito "estado geral de saúde/QV", visto acima, teve como suporte os itens desempenho de papel, função emocional, dispneia, constipação que melhoraram após os três meses.

Pesquisadores afirmam que os pacientes com câncer, submetidos à tratamento quimioterápico, podem apresentar uma variedade de efeitos colate-

rais como dor, náuseas e vômitos, queda de cabelo, alteração de peso, fadiga e ansiedade.¹⁷ No entanto, o efeito colateral mais comumente relatado é a fadiga. Os dados desse estudo corroboram com este achado na literatura, nota-se que a maioria dos itens na escala de sintomas, apresentam suas médias e desvios padrão aumentados após três meses de tratamento e a fadiga teve um aumento estatisticamente significante.

Outros autores realizaram uma pesquisa na qual a QV de pacientes com câncer colorretal foi comparada com a população geral, utilizando o mesmo instrumento desse estudo, verificaram que após um ano de diagnóstico, os pacientes mostraram escores ligeiramente piores nas funções físicas, desempenho de papel, função cognitiva e saúde global, enquanto que as limitações mais severas foram observadas nas escalas de função emocional e social e nas escalas de sintomas como fadiga, dispneia, insônia, constipação, diarréia e dificuldades

financeiras. Estes autores concluíram que os déficits e as limitações acima mencionadas constituem os principais fatores dificultadores para uma melhor QV de pacientes com câncer colo-retal.¹⁸

A literatura demonstra que alguns quimioterápicos provocam prejuízos na função cognitiva como os Fluouracil, Ciclofosfamida e Metrotexate.¹⁹ As evidências dos prejuízos que os quimioterápicos provocam na função cognitiva são relacionadas a leucoencefalopatia (alteração na substância branca cerebral), a resposta inflamatória no cérebro induzidas pela respostas das citoquinas, 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, processos de informações rápidas, linguagem, funcionamento motor, habilidade visual e espacial e memória.¹⁹

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que tem um impacto grande 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 nessa pesquisa são descritos como provocador de alteração na substância branca cerebral (5-Fluorouracil, metrotexate e ciclofosfamida) que causam prejuízos na função cognitiva como falta de concentração, diminuição da habilidade visual e espacial e diminuição da memória.¹⁹

O estudo que comparou pacientes com câncer de mama que receberam quimioterapia adjuvante com grupo de mulheres que faziam controle de saúde, verificou diferença estatisticamente significante em todos os escores que avaliavam função cognitiva, demonstrando que o grupo que recebeu tratamento quimioterápico adjuvante teve diminuição da função cognitiva. Ressaltam também a implicação que esse dado tem no consentimento informado, na orientação dos pacientes bem como na importância de um suporte psicossocial para os pacientes que irão ser submetidos à quimioterapia adjuvante.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de resultados apresentados permitiu visualizar um impacto positivo da QV em pacientes com câncer de mama e câncer de intestino

tratado com quimioterapia adjuvante, ao final dos três meses, apesar de algumas funções se apresentarem mais prejudicadas como a função física, cognitiva, social e o aumento dos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia e diarréia.

Considera-se como limitação desse estudo o número reduzido de sujeitos, apesar disso, os resultados encontrados corroboram com os da literatura, demonstrando a importância de estudos dessa natureza, que identificam a influência dos efeitos da quimioterapia na QV dos pacientes oncológicos. Conhecer essas implicações auxilia os enfermeiros no planejamento de uma assistência que visa a diminuição desses sintomas bem como estratégias que melhorem as funções desses pacientes.

A qualidade de vida é uma importante medida de resultado em estudos clínicos, por isso as avaliações no início do tratamento quimioterápico adjuvante e três meses após proporcionam resultados de acompanhamento com perspectivas de atuação para melhorar os aspectos da QV dos pacientes oncológicos em quimioterapia. Para tanto, há que se considerar também, a importância na escolha do instrumento de QV, que deverá ser feita de maneira cuidadosa a fim de se detectar diferenças relevantes na vida de cada paciente em particular, tendo em vista que os dados poderão afetar os resultados e conclusões do experimento.

Para o enfermeiro, que atua na área de oncologia, o conhecimento das drogas, o modo de administração e possíveis efeitos colaterais provocados, poderão auxiliá-lo no desenvolvimento de estratégias de intervenção, que possam garantir uma assistência qualificada. Entende-se que, o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional para o paciente e familiar, podendo provocar vários transtornos como, depressão, ansiedade e outros. Em vista disso, à recorrência a métodos médicos não-convencionais, dentro da medicina alternativa e complementar, tem crescido muito, não só o interesse como também a aplicabilidade de vários métodos que podem auxiliar o paciente no enfrentamento do diagnóstico e tratamento, podendo desta forma, melhorar sua qualidade de vida. Associados a isto existem também os programas de reabilitação com o objetivo de promover um ajustamento físico global e psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2006.

2. Filho JAO, Garcia AHR. Câncer colorretal: tratamento quimioterápico adjuvante e na doença metastática. In: Guimarães JRQ. Manual de Oncologia. 2^a ed. São Paulo (SP): BBS Editora; 2006.
3. Bonassa EMA. Enfermagem em Terapêutica Oncológica. 3^a Ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
4. Sawada NO. Qualidade de Vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. [Livre-Docênci] Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002.
5. The WHOQOL Group. Measuring quality of life: The Development of The World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).Geneve (SZ): WHO.1993.
6. Minayo MC, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Cien Saúde Colet. 2000 Jan-Fev; 5(1):7-18.
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 Mar; 85:365-76.
8. 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 (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
9. Santos EMM. Câncer Colorretal: Qualidade de Vida em pacientes tratados com intenção curativa [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente, 2003.
10. Drumond CA, Ferro RAF, Nogueira AMF, Luz MMP, Conceição SA, Silva RG, et al. Câncer colorretal em pacientes com idade inferior a 30 anos. *Rev bras Coloproct.* 2003 Jul-Set; 23(3):147-54.
11. Ballatori E, Roila F. Impacto of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health Qual Life Outcomes.* 2003 Mar; 1:46.
12. Brezden CB, Phillips K, Abdoell M, Bunston T, Tannock IF. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2000 Jul, 14:2695-701.
13. Broeckel A, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2000 Aug, 62:141-50.
14. Maisey NR, Norman A, Watson M, Allen MJ, Hill ME, Cunningham D. Baseline quality of life predicts survival in patient with advanced colorectal cancer. *Eur J Cancer.* 2002 Jul; 38:1351-7.
15. Roque VMN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em Fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol.* 2006 Abr-Jun; 43(2):94-101.
16. Brennan J, Steele RJ. Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg.* 2002 Apr; 89:495.
17. Jong N de; Candel MJM.; Schouten HC.; Abu-Saad HH.; Courten AM. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol.* 2004 Jun; 15: 896-905.
18. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *J Clin Oncol.* 2004 Dec 1; 22(23):4829-36.
19. Jansen C, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. *Oncol Nurs Forum.* 2005 Jul; 32(6):1151-61.