

# QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELOS PACIENTES DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA ULS DE CASTELO BRANCO

Quality of life perceived by the patients at the Oncology Day Care Hospital of the ULS of Castelo Branco

Sara MORGADO NUNES<sup>1</sup>, Helena SANTOS<sup>2</sup>, Paula SERRA<sup>2</sup>, Elisabete MENDES<sup>2</sup>, Sandra DUARTE<sup>2</sup>, Rita RESENDE<sup>3</sup>

## SUMÁRIO

A avaliação da Qualidade de Vida em pacientes oncológicos vem assumindo um grau de importância crescente tanto na prática clínica como no âmbito da investigação relacionada com os cuidados de saúde. O presente estudo consistiu na avaliação longitudinal da Qualidade de Vida de um grupo de 41 pacientes em quimioterapia a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, desde o início do tratamento até 2 meses após o final dos tratamentos. O instrumento utilizado foi a tradução validada em português do Rotterdam Symptom Check List (RSCL) que é um instrumento especificamente destinado a pacientes oncológicos. O estudo evidenciou um agravamento dos sintomas ao nível físico ao longo do tratamento, o que não se reflecte contudo numa diminuição ao nível da qualidade de vida global percebida por estes pacientes.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Cancro e RSCL.

Correspondência do Autor: Sara Morgado Nunes  
Email: sara@ipcb.pt  
Aceite em: 13/01/2011

## ABSTRACT

Evaluating of Quality of Life in oncology patients has become an important aim both in clinical practice as in research related to health care. This study was based on a longitudinal assessment of Quality of Life in a group of 41 patients receiving chemotherapy, followed in the Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco since the start of treatment until two months after treatment ends. The instrument used was the portuguese version of the Rotterdam Symptom Check List (RSCL), a specific instrument to evaluate Quality of Life in cancer patients. The study showed a worsening of symptoms at the physical dimension throughout the treatment, which however is not reflected in a decrease of perceived overall quality of life for these patients.

**Key-Words:** Health Related Quality of Life, Cancer and RSCL.

## 1. INTRODUÇÃO

Vários pacientes relatam que, estar sentado diante de um médico e ouvir a palavra “cancro” é uma experiência que desperta medo e incerteza. Várias pessoas que viveram esta situação referem que, depois de ouvir o diagnóstico, foram incapazes de assimilar a informação que lhes foi transmitida em seguida. A doença oncológica apresenta ainda um carácter altamente estigmatizante na sociedade, que é sentido de forma muito peculiar pelo paciente e sua família. Na realidade, a esta doença associam-se níveis de mortalidade significativos que variam em função do

tipo de neoplasia em causa e do estadio em que se encontra. Assim, a incerteza do diagnóstico, prognóstico, o medo do sofrimento físico e psicológico, levantam importantes questões ao nível da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) destes pacientes<sup>1,2</sup>.

O sucesso da terapia oncológica descreve-se muitas vezes em termos de sobrevivência e complicações. Ao utilizar unicamente tais parâmetros, está a ignorar-se toda a complexidade que caracteriza a doença oncológica. O paciente possui uma percepção muito mais global de todos os eventos relacionados

<sup>1</sup> DOUTORADA EM ESTATÍSTICA APLICADA, PROFESSORA ADJUNTA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

<sup>2</sup> LICENCIADA EM ENFERMAGEM, A EXERCER FUNÇÕES NO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO

<sup>3</sup> ASSISTENTE GRADUADA DE MEDICINA INTERNA, RESPONSÁVEL PELO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO



com a sua doença uma vez que estes assumem um papel central na sua vivência. O choque produzido pelo diagnóstico, a dor, o stress resultante das terapêuticas, as restrições inerentes ao desempenho físico e intelectual, as limitações ao nível das actividades diárias, a estigmatização social, a vivência de situações que colocam em risco a própria vida ou que diminuem a esperança de vida, são parâmetros que devem ser considerados. Assume por isso grande importância a avaliação da QVRS do paciente, a qual deve constituir um objectivo central sempre que se estabelece uma estratégia terapêutica para um paciente oncológico<sup>3-6</sup>.

Neste sentido, Efficace *et al*<sup>7</sup> destacam que, do ponto de vista psicológico e antropológico, interessa entender a percepção que o paciente possui da sua doença e não apenas a doença que realmente tem. Muitas vezes os profissionais de saúde tendem a centrar-se na própria doença, tentando tratá-la, e dando pouca atenção à percepção que de facto o paciente possui sobre a mesma. Na mesma linha, Pimentel<sup>4</sup> destaca a necessidade de avaliar QVRS, especialmente em pacientes oncológicos, de forma a conhecer a percepção do impacto da doença e dos tratamentos no dia-a-dia do paciente. Os eventos a que um paciente oncológico está exposto (sinais, sintomas, efeitos colaterais, experiências traumáticas, benefícios da terapia) formam um tecido complexo que vai sendo integrado pelo paciente. A importância que este atribui a cada um destes eventos, influencia os domínios físico e psicológico da QVRS, repercutindo-se tais influências nos domínios social e económico. Um conhecimento mais profundo proporcionado pela avaliação da QVRS contribuirá certamente para uma melhoria dos procedimentos terapêuticos a utilizar<sup>8</sup>.

Com este estudo pretendemos avaliar a auto percepção que um grupo de pacientes oncológicos em tratamento possuem relativamente à sua QVRS durante o processo de quimioterapia.

## 2. MÉTODO E INSTRUMENTOS AMOSTRA

O estudo realizado foi descritivo, longitudinal e observacional e foi levado a efeito a partir de uma amostra de 41 pacientes com diversos diagnósticos de neoplasias, a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco entre Setembro de 2007 e Setembro de 2009. Os dados foram recolhidos no início do tratamento de

quimioterapia, a meio dos ciclos de quimioterapia e dois meses após a última sessão de quimioterapia. Dos 41 pacientes que integravam inicialmente a amostra, 6 faleceram durante o estudo, não completando as três recolhas de dados. Todos os pacientes foram informados acerca do objectivo do estudo no qual eram livres de participar, foi garantida a confidencialidade da informação solicitada e preenchido o consentimento informado.

A amostra em estudo era maioritariamente constituída por homens (63,4%), as idades dos pacientes variavam entre os 47 e os 79 anos no início do tratamento, sendo a média de idades 64,51 com um desvio padrão de 9,37. A maioria dos pacientes é casado ou vive em união de facto (87,8%) e apenas um não tem filhos. 65,9% dos pacientes encontra-se aposentado. A maior parte dos pacientes possui Estudos Primários (62,5%) ou Secundários (25,0%). 58,3% dos pacientes afirma já ter contactado com alguém com cancro e apenas 9,8% teve acompanhamento psicológico ao longo do processo de doença. A maior parte dos diagnósticos foram de carcinoma cólon-rectal (51,2%) ou gástrico (19,5%), seguindo-se o carcinoma do pulmão (19,5%), próstata (7,3%) e vesical/renal (2,4%). A maior parte dos casos foram diagnosticados em 2007 (24,4%) e 2008 (68,3%). Em 31,7% dos casos o peso do paciente manteve-se estável, enquanto 26,8% perdeu até 5kg, 24,4% entre 5 e 10kg e os restantes mais de 10kg. Relativamente ao estadiamento, a maior parte dos pacientes apresentam doença metastizada (51,2%), sendo 26,6% tumores locais e os restantes loco-regionais. Todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia, sendo em 68,3% dos casos o tratamento primário a cirurgia.

## INSTRUMENTO PARA AVALIAR QUALIDADE DE VIDA

Além de um questionário que pretendia recolher informação sócio-demográfica, os pacientes preencheram o *Rotterdam Symptom Check List* (RSCL)<sup>9</sup>, que é uma escala especificamente destinada a avaliar sintomas físicos e psíquicos em pacientes oncológicos. Utilizou-se a versão do RSCL traduzida e validada em português de Santos *et al*<sup>10</sup>. Trata-se de uma escala simples constituída por 30 itens que incidem sobre diversos sintomas, mais 8 itens relativos a actividades diárias cujo objectivo é caracterizar a actividade funcional do paciente e um item final que avalia a percepção geral do paciente relativamente ao seu nível de QVRS.

Todos os itens são medidos numa escala de Likert de 4 pontos, com excepção do último cuja escala tem 7 pontos. Estes itens agrupam-se em 4 escalas: Sintomas Físicos (23 itens), Sintomas Psicológicos (7 itens), Nível de Actividade (8 itens) e QVRS Global (1 item). Os itens da Dimensão Física estão intercalados com os da Dimensão Psicológica de forma a evitar que as respostas sejam influenciadas. Para todas as escalas do RSCL, quanto mais elevada for a pontuação obtida, menor é o nível de QVRS, uma vez que reflecte a presença de mais sintomatologia.

Além dos itens que integram o RSCL, foi acrescentado um último item com o qual se pretendia obter a avaliação da QVRS Global do paciente na perspectiva do pro-

fissional de saúde, na mesma escala utilizada pelo paciente.

Os pacientes preencheram o RSCL no primeiro dia do início dos ciclos de quimioterapia, no último dia do ciclo mediano de quimioterapia e dois meses após o último tratamento.

### 3. RESULTADOS OBTIDOS

A análise estatística dos dados obtidos realizou-se com a versão 17.0 do *software* SPSS. O estudo realizado permitiu confirmar que o RSCL é um instrumento válido para avaliar a percepção que os pacientes em estudo têm da sua QVRS. Na análise dos resultados obtidos, iniciou-se com o cálculo das medidas de estatística descritiva básicas para todos os itens (Tabela 1).

Ao longo das três aplicações, constata-se uma tendência para um agravamento de alguns sintomas como a irritabilidade, cansaço, dores musculares, falta de energia, tonturas, formigueiros nos pés e mãos e queda de cabelo. Em particular, regista-se um aumento estatisticamente significativo entre a 1ª e a 2ª aplicação ao nível dos formigueiros nos pés e nas mãos ( $p=0,009$ ), queda de cabelo ( $p=0,001$ ) e ardor nos olhos ( $p<0,001$ ). Por sua vez, entre a 2ª e 3ª aplicação, regista-se um aumento significativo das dores ( $p=0,005$ ) e formigueiros nos pés e nas mãos ( $p=0,038$ ). O agravamento da sintomatologia está relacionado com as doses cumulativas dos citostáticos. Ao nível das actividades diárias e da avaliação da QVRS Global, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre as três aplicações. Relativamente à avaliação Profissional de Saúde, destacamos a tendência para esta ser superior à do próprio paciente para as duas primeiras aplicações, tendendo ambas a coincidir no momento posterior ao tratamento.

Escala	Itens	Aplicação					
		1ª Aplicação		2ª Aplicação		3ª Aplicação	
		N	Média	N	Média	N	Média
Durante a semana passada sofreu algum dos seguintes sintomas? (1-nenhum; 4-bastante)	Falta de Apetite	41	2,15	38	1,82	35	2,06
	Irritabilidade	39	2,03	37	2,16	35	2,40
	Cansaço	41	2,51	38	2,61	35	3,00
	Preocupações	41	2,49	38	2,55	33	2,52
	Dores Musculares	41	2,02	37	2,05	35	2,37
	Depressão	41	1,78	38	2,13	35	2,06
	Falta de Energia	41	2,44	37	2,41	35	2,66
	Dores	41	1,85	38	1,84	34	2,50
	Nervosismo	41	2,59	38	2,47	35	2,34
	Náuseas	40	1,68	38	1,07	35	1,71
	Esperança no Futuro	41	3,54	38	3,50	35	3,23
	Dificuldade em Adormecer	41	2,20	38	2,45	35	2,29
	Dores de Cabeça	41	1,68	38	1,79	35	1,86
	Vómitos	41	1,34	38	1,47	35	1,66
	Tonturas	41	1,66	38	1,76	35	1,86
	Falta de Interesse Sexual	37	2,70	37	2,43	34	2,65
	Sentimento de Solidão	40	1,58	38	1,79	35	1,86
	Tensão nervosa	41	2,10	38	2,39	35	2,26
	Ansiedade	41	2,22	37	2,30	35	2,29
	Obstipação	40	1,97	38	2,05	35	2,06
	Diarreia	41	1,41	38	1,66	35	1,77
	Azia, Arrotos	40	2,03	38	2,18	35	1,91
	Catarrhos	41	1,61	37	1,57	35	1,80
Formigueiros nas Mãos/Pés	40	1,75	38	2,34	33	2,88	
Acordar Sobressaltado	41	1,66	38	1,61	35	1,77	
Dor ao Engolir	41	1,27	38	1,47	35	1,26	
Queda de Cabelo	41	1,49	37	2,16	35	2,37	
Ardor nos Olhos	41	1,63	38	2,45	35	2,20	
Falta de Ar	41	1,56	38	1,47	35	1,63	
Secura na Boca	41	2,34	38	2,32	35	2,37	
Foi capaz de executar estas actividades durante a última semana? (1-incapaz; 4-sem ajuda)	Cuidar de mim	41	3,88	38	3,97	35	3,94
	Ander por casa	41	3,93	38	3,95	35	3,97
	Lida da casa	40	3,35	36	3,67	35	3,57
	Subir escadas	39	3,59	38	3,89	34	3,71
	Tarefas ocasionais	33	3,24	32	3,41	33	3,45
QV durante a última semana (1-excelente; 7-muito má)	QV Global	41	3,22	38	3,03	38	2,90
	QV Global (Profissional Saúde)	17	3,29	14	3,36	20	2,90

TABELA 1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA BÁSICA PARA OS ITENS DO RSCL.

Subescala	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sintomas Físicos (1ª Aplicação)	41	29,02	16,07	,00	66,67
Sintomas Físicos (2ª Aplicação)	38	33,75	15,08	7,25	65,22
Sintomas Físicos (3ª Aplicação)	35	37,35	18,40	4,35	76,81
Angústia Psicológica (1ª Aplicação)	41	34,03	22,30	,00	76,19
Angústia Psicológica (2ª Aplicação)	38	37,84	21,32	,00	76,19
Angústia Psicológica (3ª Aplicação)	35	39,46	26,88	,00	95,24
Nível de Actividade (1ª Aplicação)	41	17,07	23,84	,00	83,33
Nível de Actividade (2ª Aplicação)	38	10,86	13,65	,00	50,00
Nível de Actividade (3ª Aplicação)	35	10,36	12,27	,00	37,50
QVRS Global (1ª Aplicação)	41	36,99	19,90	,00	83,33
QVRS Global (2ª Aplicação)	38	33,83	20,12	,00	100,00
QVRS Global (3ª Aplicação)	35	31,67	13,13	16,67	66,67

TABELA 2. PONTUAÇÕES ESTANDARDIZADAS OBTIDAS NAS DUAS SUBESCALAS DO RSCL.



Numa segunda fase, calcularam-se as pontuações obtidas nas quatro dimensões em análise: Sintomas Físicos, Sintomas Psicológicos, Nível de Actividade e QVRS Global. As pontuações foram estandardizadas de forma a serem expressas numa escala de 0 a 100. Quanto mais alta a pontuação obtida, pior a QVRS percebida. A Tabela 2 contém as pontuações médias obtidas em cada uma das subescalas do RSCL.

Ao longo das três aplicações, regista-se uma tendência para um agravamento dos sintomas associados às dimensões Física e Psicológica e, curiosamente, uma tendência contrária ao nível qualidade de vida percebida no que respeita ao Nível de Actividade e ao nível da QVRS global. Comparando os resultados obtidos na 1ª e 3ª Aplicações, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para a subescala Sintomas Físicos ( $p=0,012$ ), reflectindo uma diminuição da QVRS associada a esta dimensão. Apesar da tendência registada para um aumento dos sintomas subjacentes à subescala de Angústia Psicológica, tais diferenças não são estatisticamente significativas. Perante estes resultados e, ao contrário do que seria expectável, as pontuações associadas tanto à dimensão Nível de Actividade como à QVRS Global, apresentam uma tendência para descer ao longo das três aplicações, o que se traduz numa melhoria da QVRS percebida. Pensamos que estes resultados se podem explicar tendo em conta que os pacientes tendem a adaptar-se aos efeitos associados à doença e seus tratamentos. Na realidade, estudos recentes, têm demonstrado que pessoas que vêm as suas capacidades afectadas por problemas de saúde, como acontece na doença oncológica, consideram por vezes possuir um elevado nível de QVRS<sup>11-17</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da QVRS tem suscitado o interesse de académicos e investigadores e tem-se revelado uma prática altamente benéfica em contextos de diagnósticos oncológicos. A palavra “cancro” apresenta ainda um carácter estigmatizante na sociedade. O paciente de cancro encontra-se, muitas vezes, numa situação frágil perante a incerteza do diagnóstico, prognóstico e a perspectiva do sofrimento físico e psicológico. Tão importante como avaliar o impacto da doença e dos tratamentos no corpo de cada paciente, é avaliar o impacto psicológico associado à doença oncológica.

O estudo desenvolvido permitiu confirmar a validade do RSCL na avaliação da percepção da QVRS num grupo de pacientes oncológicos a ser seguidos no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Local de

Saúde de Castelo Branco. A avaliação feita no início, no meio e no final do tratamento evidenciou um agravamento de sintomas como formigueiros nos pés e nas mãos, queda de cabelo, ardor nos olhos e dores em geral.

Ao comparar a percepção dos pacientes relativamente à sua QVRS no início e no final do tratamento, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão Sintomas Físicos, indicando um agravamento dos mesmos. A mesma tendência foi registada para a subescala de Angústia Psicológica. Curiosamente, não se verificou uma diminuição ao nível da percepção destes pacientes no que respeita ao Nível de Actividade nem tão pouco ao nível de QVRS Global ao longo do tratamento, o que pode explicar-se com base no processo de adaptação destes pacientes à doença e seu tratamento.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Figueiredo, A.; Araújo, P. & Figueiredo, P. (2006). Qualidade de Vida do Doente Oncológico. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 36(9), 15-22.
2. Sá, E.S. (2003). Adaptação Mental à Doença Oncológica. *Nursing*, 181, 23-29.
3. Shimozuma, K.; Imai, H.; Kuroi, K.; Ohsumi, S. & Ono, M. (2007). Recent Topics of Health Outcomes Research in Oncology. *Breast Cancer*, 14(1), 60-65.
4. Pimentel, F.L. (2004). *Qualidade de Vida em Oncologia*, Lisboa: Permanyer Portugal.
5. Barroso, S. (2007). *A Pessoa com Cancro*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Oncologia.
6. Schroevers, M.J.; Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2004). The role of age at the onset of cancer in relation to survivors' long-term adjustment: a controlled comparison over an eight-year period. *Psychooncology*, 13, 740-752.
7. Efficace, F.; Osoba, D.; Gotay, C.; Sprangers, M.; Coens, C. & Bottomley, A. (2007). Has the quality of health-related quality of life reporting in cancer clinical trials improved over time? Towards bridging the gap with clinical decision making. *Annals of Oncology*, 18(4), 775-781.
8. Thoma, A.; Cornacchi, S.; Lovrics, P. & Goldsmith, C. (2008). User's Guide to the Surgical Literature: How to Assess an Article on Health-Related Quality of Life. *Canadian Journal of Surgery*, 51(3), 215-224.
9. De Haes, J.C.J.M.; Van Knippenberg, F.C.E. & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br. J. Cancer*, 62, 1034-1038.
10. Santos, M.J.H., Costa, F.L., Watson, M., Geer, S., Haes, J., Knippenberg, F.V., Pruy, J., & Borne, B.V. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos: Escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 15(1), 25-36.
11. Mayo, N.E., Scott, S.C., Dendukuri, N., Ahmed, S., & Wood-Dauphinee, S. (2008). Identifying response shift statistically at the individual level. *Quality of Life Research*, 17, 627-639.
12. Pucciarelli, S.; Del Bianco, P.; Toppan, P.; Serpentine, S.; Efficace, F.; Pasetto, L. M.; Friso, L.M.; De Salvo, G.L. & Nitti, D. (2008). Health-Related Quality of Life Outcomes in Disease-Free Survivors of Mid-Low Rectal After Curative Surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 15(7), 1846-1854.
13. Ridder, D.; Geenen, R.; Kuijter, R. & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255.
14. Sinclair, G. & Blackburn, D.S. (2008). Adaptive coping with rheumatoid arthritis: the transforming nature of response shift. *Chronic Illness*, 4, 219-230.
15. Westerman, M.J.; Hak, T.; Sprangers, M.A.; Groen, H.J.; van der Wal, G. & The, A.M. (2008). Listen to their answers! Response behaviour in the measurement of physical and role functioning. *Quality of Life Research*, 17, 549-558.
16. Wiles, C. (2008). Physiotherapy and related activities in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14, 863-871.
17. Pinson, D.M.K; Ottens, A.J & Fisher, T.A. (2009). Women Coping Successfully With Multiple Sclerosis and the Precursors of Change. *Qualitative Health Research*, 19(2), 181-193.