

Qualidade de vida de pacientes operados por câncer gastrointestinal: estudo comparativo das fases 30 e 60 dias pós cirurgia

Luciana Marya Gusmão Tartuce

Hospital das Clínicas UFG

 0000-0003-2716-4200

lumaryag@gmail.com

Sebastião Benício da Costa Neto

Hospital das Clínicas – UFG

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

 0000-0001-8160-3476

sebastiaobenicio@gmail.com

Valeriana de Castro Guimarães

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde FM-UFG

 0000-0002-1162-8106

valerianacastroguimaraes@gmail.com

Resumo: Como conhecido problema de saúde pública, o câncer se destaca, tanto por sua incidência, quanto pelo impacto do seu diagnóstico e tratamento, podendo gerar desordem emocional e psicossocial nos pacientes oncológicos, reduzindo sua percepção de qualidade de vida (QV). A QV é um importante parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento por mapear sintomas, controlar efeitos colaterais e contribuir na elaboração de intervenções e na integralidade nos cuidados em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar a QV relacionada à saúde de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal, assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, comparando-se as fases 30 e 60 dias pós-cirurgia. *Método:* Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo sobre QV, envolvendo 31 participantes, de ambos os sexos, adultos, operados por câncer do aparelho gastrointestinal, no período de março a dezembro de 2015, empregando-se os questionários WHOQOL-bref e EORTC QLQ C-30. A análise estatística consistiu-se em avaliação dos escores funcionais e de sintomas, com nível de significância de 0,05. *Resultados:* Dos participantes, na maioria mulheres, provenientes da capital, com faixa etária predominante entre 60 e 69 anos, prevalência de casados, aposentados, católicos e nível de escolaridade fundamental. O diagnóstico predominante foi o câncer colorretal, sendo que a maior parte dos pacientes ficou, em média, 14 dias internado e tinha mais de uma experiência de internação. A qualidade de vida foi considerada regular nos dois momentos, sendo que o domínio mais afetado foi o Físico. *Conclusão:* Constatou-se, após o processo cirúrgico, que a QV percebida dos participantes teve poucas alterações significativas comparando-se os momentos 30 e 60 dias pós-cirúrgicos, sendo que esta modalidade de tratamento, em geral, pôde ser considerada como benéfica. Além disso, compreende-se pela necessidade de realização de novos estudos que possam aumentar a casuística estudada, quanto elucidar a atribuição de sentidos dos participantes aos diversos atos que envolvem o próprio tratamento cirúrgico do câncer.

Palavras-chave: qualidade de vida; câncer gastrointestinal; pacientes operados.

INTRODUÇÃO

O expressivo desenvolvimento da Medicina nas últimas décadas, consequência dos avanços nos tratamentos, paralelo à melhoria das condições de vida, possibilita que a expectativa de vida do ser humano venha a aumentar permanentemente. Tal situação promove a modificação do perfil de morbi- mortalidade, acarretando o crescimento da prevalência das doenças crônico- degenerativas, tais como o câncer [1,2,3].

O câncer é considerado um expressivo problema de saúde pública, em virtude do aumento da incidência em todo o mundo, representando, no Brasil, a segunda causa de morte por doença, suplantado apenas por doenças cardiovasculares. O impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos [4,5], sendo que vários aspectos, tais como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no enfrentamento da doença.

O câncer do aparelho gastrointestinal reúne as seguintes categorias: câncer do esôfago, do estômago, do intestino delgado, do pâncreas, do fígado e o colorretal [6].

No Brasil, as estimativas demonstram que, no ano de 2016, a ocorrência será de, aproximadamente, 596.000 casos novos de câncer (Quadro 1), sendo o de cólon e reto o quarto mais frequente (5,8%) e o de estômago o sexto mais frequente (3,4% do total).

Quadro 1 - Estimativa de cânceres mais incidentes no Brasil/2016

TIPO DE CÂNCER	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	175.760	29
Próstata	61.200	10,3
Mama feminina	57.960	9,7
Cólon e reto	34.280	5,8
Pulmão/Traqueia/Brônquio	28.200	4,7
Estômago	20.520	3,4
Colo do útero	16.340	2,7
Cavidade oral	15.490	2,6
Outros	186.250	31,8
Total (2016)	596.000	100

Fonte: INCA 2015 [7]

No Estado de Goiás, as previsões demonstram que no ano de 2016, a ocorrência será de cerca de 17.810 casos novos de câncer (Quadro 2), sendo que o câncer de cólon e

reto permanece em quarta posição (5,3%), mas o de estômago desce para a sétima posição (2,9%), comparado a sua colocação no cenário nacional.

Quadro 2 – Estimativa de cânceres mais incidentes em Goiás/2016

TIPO DE CÂNCER	ESTIMATIVA	PORCENTAGEM %
Pele não melanoma	6.200	34,8
Próstata	2.070	11,6
Mama feminina	1.680	9,4
Cólon e reto	940	5,3
Pulmão/Traqueia/Brônquio	800	4,5
Colo do útero	600	3,4
Estômago	510	2,9
Cavidade oral	380	2,1
Outros	4.630	26
Total (2016):	17.810	100

Fonte: INCA 2015 [7]

A projeção para 2015, relacionada ao câncer do aparelho gastrointestinal, foi de 257.870 casos do sexo masculino e de 260.640 casos do sexo feminino [5]. Os pacientes acometidos por este tipo de câncer têm, entre os enfermos oncológicos, os piores prognósticos. Apesar das probabilidades reduzidas, com as melhorias produzidas nos tratamentos, mais desses doentes estão se tornando sobreviventes em longo prazo [8].

O diagnóstico de doença oncológica confirma a premissa de que, para vários pacientes o câncer, deixou de ser uma enfermidade letal, convertendo-se em uma afecção crônica de longa duração, com tratamentos complexos e por vezes tóxicos [8].

O diagnóstico de câncer, quase sempre, provoca um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe – e de sua família. Baseado nessa condição, compreende-se que o cuidado com o impacto emocional acarretado pela doença e/ou tratamento é fundamental na assistência ao paciente oncológico [9,10,11,12].

A Psicologia, por meio da psico-oncologia, evidencia a pertinência de oportunizar um cuidado integral tanto ao paciente oncológico quanto a seus familiares, seus cuidadores e equipe de saúde, que implica em favorecer o atendimento com o intuito de preservar ou impulsionar a QV de todos os implicados neste cenário [13]. Para alcançar esta finalidade, é necessário, além do controle de sintomas, o apoio à estabilidade da estrutura familiar, à comunicação adequada entre os membros da equipe de saúde, como também suporte emocional, espiritual e social.

A doença sempre atinge um sujeito individualizado e, por isso, o mesmo deve ser

abordado dentro da sua particularidade e da sua singularidade de personalidade, de família e de relações sociais, respeitando ou considerando a influência de seus desejos e anseios como ser humano [2,14].

A doença oncológica compromete a vida do enfermo de modo global, influencia seu comportamento, suas relações sociais e afetivas, modificando até a percepção que tem de si próprio [15]. Associado a esse contexto, coexiste o estigma que o câncer traz consigo, estimulando preconceitos que colaboram para o aumento do sofrimento do ser adoecido e de sua família.

Dentre os tratamentos oncológicos, ressalta-se a cirurgia como parte ou como todo do tratamento (curativa ou paliativa) e sendo definida como recurso utilizado para eliminação da patologia identificada [7].

A cirurgia é um procedimento invasivo. Há uma invasão do eu físico, ou seja, o corpo propriamente dito, e/ou do eu psíquico, isto é, das emoções, dos sentimentos, das sensações, do afeto em si, o que pode comprometer a QV do indivíduo [16,17].

Trabalhando para um bom prognóstico emocional da relação do indivíduo com a cirurgia e o processo de pós-operatório e reabilitação, é importante o desenvolvimento de dois sentimentos indispensáveis ao paciente que são a confiança e a autorização. Na relação equipe de saúde e paciente, este confia na equipe e a “autoriza” a cuidar dele, manipulá-lo, ocorrendo uma autorização afetiva explícita ou implícita, minimizando a possibilidade de intercorrências e dificuldades ao longo do tratamento [18].

Um dos pressupostos das ciências da saúde é viabilizar uma compreensão de temas complexos e multideterminados, tais como o da qualidade de vida no processo saúde/doença no transcorrer do tempo. Tal situação assume importância particular em pacientes com doença oncológica [19].

Vários aspectos necessitam ser elencados na avaliação da QV de pacientes com câncer: bem-estar físico, funcional, psicológico e social, além de expectativas frente à recuperação, do nível de otimismo e da prospecção de vida futura [20]. A visão holística do homem como um ser biopsicossocioespiritual passa a ganhar espaço.

Ao se analisar a definição de QV, é importante compreendê-la como sendo composta por três aspectos: o bem-estar subjetivo, que se relaciona a percepção do indivíduo, aos seus valores e às suas crenças; a saúde, entendida como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença; o bem-estar social, que se integra à situação do indivíduo em relação ao seu ambiente e sociedade [21].

São identificadas duas tendências quanto à conceituação do termo QV nesta área específica: QV como um conceito mais genérico, que se sobressai nos estudos sociológicos; e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que enfoca aspectos associados às enfermidades, às disfunções e às intervenções terapêuticas em saúde [22].

Abordando a primeira tendência, QV é conceituada de forma mais ampla, sem fazer menção a disfunções ou agravos. Essa abordagem é exemplificada pela conceituação que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que QV foi definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [23].

Qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito subjetivo e multidimensional que reflete a funcionalidade e o bem-estar do paciente. Avalia o estado físico, funcional, cognitivo, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade, percepções de saúde, satisfação com a vida, com o tratamento e seus resultados, perspectivas futuras, fatores estes significativos para a maioria das doenças crônicas, devido principalmente ao aumento da expectativa de vida da população [3,20,24].

Segundo Cella e Cherin [25] no campo distinto da oncologia, quando se examina QV, é necessário contextualizá-la de acordo com as mudanças ocorridas nas condições objetivas de saúde do enfermo, incorporando as noções e os conceitos de bem-estar, os aspectos negativos da doença e os efeitos tóxicos do tratamento.

Nas últimas décadas, ocorreu crescente interesse pela conceituação da qualidade de vida, devido à mudança dos modelos e das práticas na área da saúde

[1] , instrumentos foram elaborados com o intuito de sistematizar as percepções subjetivas sobre o referido construto por meio de dados objetivos, viabilizando sua interpretação durante a pesquisa em saúde [2,26].

Tais instrumentos requerem do profissional da saúde uma adequada compreensão do paciente e a análise de suas capacidades ou limitações funcionais [22,27]. Segundo os referidos autores, os instrumentos de medida de QV compõem-se de questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de inquérito direto com o participante (entrevista) ou questionário autoaplicável.

A avaliação da QV do paciente oncológico é um importante parâmetro da resposta do paciente à doença e ao tratamento. Refere-se à análise do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, transtornos, limitações ou incapacidades podem suscitar nas pessoas

acometidas, possibilitando um necessário conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição de enfermidade [20]. Nessas situações, a compreensão sobre a QV do paciente é inserida na rotina de trabalho dos serviços de saúde.

Examinar a QV em indivíduos enfermos é relevante para fomentar informação relacionada a decisões de tratamento, à vistoria dos sintomas da doença, aos efeitos colaterais não desejados e a estipular intervenções para melhorar sintomas e queixas [20,28].

De acordo com Del Castillo *et al.* [29], ratificando Belasco e Sesso [22] e também Vido e Fernandes [27], são três as propriedades que um instrumento deve reter para que seja classificado como confiável: reprodutibilidade (produzir resultados iguais ou congêneres, em duas ou mais aplicações para o mesmo participante); validade (avalia se as questões dizem respeito ao objetivo especificado na avaliação); e sensibilidade a uma alteração (se refere à habilidade da avaliação em exprimir as genuínas mudanças ou diferenças na qualidade de vida do participante). Contudo, pode-se levantar ao menos um problema em relação à reprodutibilidade: o objeto QV, por definição, não se mantém estável, necessariamente, ao longo do tempo. A percepção da QV pode ser alterada tão rapidamente quanto forem alteradas as condições pessoais, sociais e ambientais do indivíduo.

O objetivo de delinear um instrumento que avaliasse a QV dentro de uma fidedigna concepção internacional, fez com que a OMS desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado desta proposta foi a elaboração de instrumentos de caráter transcultural e que valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações [30]. Outro importante grupo que propôs a construção de instrumentos específicos para câncer foi o de qualidade de vida da *European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC*, dentro de uma perspectiva transcultural.

Por fim, certifica-se que a realização de pesquisas sobre QV em pacientes oncológicos é primordial para a investigação dos domínios afetados pela enfermidade. Tornam-se importantes para fornecer informações relacionadas às condutas de tratamento, mapear os sintomas da doença, controlar os efeitos colaterais e elaborar intervenções para valorar a QV. Nesse aspecto, ainda, a QV é uma relevante premissa da resposta do paciente à doença e ao tratamento, tornando-se, essencial para a integralidade nos cuidados em saúde [3, 20].

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo primário avaliar os escores de qualidade de vida nas dimensões física, psicológica, social e familiar, funcionalidade e avaliação geral, de pacientes operados por câncer do aparelho gastrointestinal assistidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, comparando as fases 30 e 60 dias pós-cirurgia. E como objetivos secundários: caracterizar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação pré-mórbida - OPM, religião e procedência) dos participantes; correlacionar os dados sociodemográficos com os escores de QV.

METODOLOGIA

Questões éticas: Essa pesquisa foi desenvolvida atendendo às exigências da Resolução MS/CNS nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/ HC-UFG), conforme protocolo nº 24527613.6.0000.5078.

Participantes: No presente estudo foram incluídos 31 pacientes adultos de ambos os sexos, idade acima de 18 anos, com diagnóstico de câncer do aparelho gastrointestinal, submetidos a tratamento cirúrgico, atendidos na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, no período de março a dezembro de 2015.

Critérios de inclusão: foram selecionados pacientes em boas condições emocionais e cognitivas, avaliados mediante o Exame Psíquico [31], cientes de seu diagnóstico e que se disponibilizaram comparecer no ambulatório para coleta de dados, 30 e 60 dias após a cirurgia.

Critérios de exclusão: pacientes que evoluíram com transtornos psiquiátricos e que apresentaram desordem clínica que impossibilitasse a manifestação verbal.

Os instrumentos utilizados no estudo realizado foram: o questionário sociodemográfico com questões relacionadas a sexo, idade, estado civil, ocupação pré-mórbida - OPM, escolaridade, procedência e religião.

O Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico, desenvolvido por Fongaro e Sebastiani, tem como atribuições principais: função diagnóstica, função de orientador de foco, fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa, instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento, história da pessoa, possibilitar diagnóstico diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos,

estabelecimento das condições de relação da pessoa com seu prognóstico (limites *versus* possibilidades) [31].

Como material de avaliação da qualidade de vida dos pacientes foi utilizado o WHOQOL-bref, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, preenchendo quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente [30, 32, 33].

O questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* - EORTC QLQ-C30 é autoaplicável, multidimensional e validado em vários países e culturas, inclusive no Brasil [34]. É um instrumento genérico de qualidade de vida para o câncer, composto por 30 questões que definem a qualidade de vida geral, cinco escalas funcionais (física, papel/desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/vômito) e seis itens simples (dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras).

Procedimento: Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética de Pesquisa, entre os meses de março e dezembro de 2015, o(a) paciente foi abordado(a) em seu leito na clínica cirúrgica de um hospital universitário de referência em Goiás, onde foi avaliado(a) por meio do Roteiro de Avaliação Psicológica e de Exame Psíquico. Estando em boas condições emocionais e cognitivas, foi realizado o convite para

participação da pesquisa e prestadas informações do TCLE. Com o aceite, foi então agendado um encontro que ocorreu em seu retorno de 30 dias pós-cirurgia no ambulatório médico. Nesse encontro ocorreu uma revisão dos objetivos da pesquisa ao paciente e houve assinatura do TCLE. Em seguida foi realizada a entrevista para preenchimento do questionário sociodemográfico. Foi aplicado o WHOQOL-bref e o EORTC-QLQ-C30: a pesquisadora lia todas as perguntas e as possibilidades de resposta, deixando que o(a) participante indicasse a resposta que mais se aproximaria de sua percepção.

Em um segundo encontro, que ocorreu após 60 dias da cirurgia, o participante foi avaliado(a) com os mesmos instrumentos, excetuando o questionário sociodemográfico. O tempo médio de coleta de dados para cada participante foi de 60 minutos e não foram observadas adversidades ao longo da coleta de dados.

Após a tabulação dos dados e inserção em uma Planilha do programa SPSS, os sociodemográficos e diagnóstico foram computados em sua frequência e média,

apresentados em forma de Tabela.

O questionário WHOQOL-bref e a escala EORTC QLQ-C30 foram avaliados de acordo com o seu manual de correção e seus escores foram, também, incorporados à Planilha do SPSS.

Os testes estatísticos utilizados foram descritivos (frequência, média, desvio padrão e teste de correlação de Person).

RESULTADOS

São apresentados os dados sociodemográficos e a prevalência do diagnóstico, seguidos pelos de QV nos momentos 30 e 60 após a cirurgia.

Dentre os dados sociodemográficos (Tabela 1), destaca-se que a amostra se constituiu de 31 pacientes, com predominância do sexo feminino (F=20; 64,5%), provenientes em sua maioria da capital Goiânia (F=16; 52%). A maioria dos participantes estudados está na faixa dos 60 a 69 anos de idade (F=11; 35,5%). O estado civil prevalente é de casados (F=16; 51,5%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pacientes operados por câncer gastrointestinal (N=31)

CARACTERÍSTICAS	F	%
Sexo		
Masculino	11	35,5
Feminino	20	64,5
Idade		
<= 39 anos	1	3,5
40 a 49 anos	5	16,0
50 a 59 anos	7	22,5
60 a 69 anos	11	35,5
<= 70 anos	7	22,5
Estado Civil		
Casado	16	51,5
Solteiro	4	13,0
Viúvo	8	26,0
União estável	3	9,5
Ocupação pré-mórbida		
Aposentado	17	55,0
Beneficiário	2	6,5
Do lar	5	16,0
Outros	7	22,5
Religião		
Católica	22	71,0
Evangélica	8	25,5
Kardecista	1	3,5
Escolaridade		
Analfabeto/semi	8	25,5
Ensino fundamental	17	55,0

Ens. Médio/Superior	6	19,5
Procedência		
Goiânia	16	52,0
Interior de GO	10	32,0
Outros estados	5	16,0

Quando se verifica a ocupação pré-mórbida dos participantes constata-se que, em sua maioria, são aposentados (F=17; 55%). A amostra, no item religião, apresenta predominância de católicos (F=22; 71%). Com relação ao nível de escolaridade, a maioria (F=17; 55%), possui o nível fundamental (Tabela 1).

Tabela 2. Prevalência de diagnóstico dos pacientes operados por câncer gastrointestinal (N=31)

DIAGNÓSTICO	F	%
Colorretal	15	48,0
Gástrico	7	22,5
Intestino	5	16,0
Esôfago	2	6,5
Fígado	1	3,5
Pâncreas	1	3,5

O diagnóstico predominante (Tabela 2) foi o de câncer colorretal (F= 15; 48%). Quanto ao tempo de internação a maior parte dos participantes (F=14; 45%) ficou em média 14 dias internada, 32% entre 15 e 30 dias de internação (F=10); 13% entre 31 e 45 dias de internação (F=4), 3,5% entre 46 e 60 dias de internação (F=1; 3,5%), 6,5% acima de 60 dias de internação (F=2).

Com relação ao número de internações anteriores a maioria dos participantes (F=12; 39%) teve duas internações anteriores à internação para a cirurgia de câncer gastrointestinal; 29% (F=9) teve uma internação anterior; 39% (F=1) teve três internações anteriores e 6,5% (F=2) teve quatro internações anteriores.

Tabela 3. Avaliação e comparação da QV – WHOQOL-bref, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal

DOMÍNIOS	30 DIAS		60 DIAS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio Físico	2,40	0,55	2,47	0,50
Domínio Psicológico	3,33	0,45	3,30	0,45
Relações Sociais	3,34	0,54	3,33	0,53
Meio Ambiente	3,30	0,35	3,27	0,37
Percepção QV	3,65	0,79	3,74	0,81
Satisfação Saúde	3,71	0,82	3,81	0,79

A Tabela 3 retrata a classificação geral dos domínios do WHOQOL-bref nos momentos 30 e 60 dias após a cirurgia. No que diz respeito à avaliação da QV, a percepção foi considerada regular nos dois momentos (M=3,65; DP=0,79; M=3,74; DP=0,81, respectivamente), e também no item de satisfação com a saúde (M=3,71; DP=0,82; M=3,81; DP=0,79, respectivamente) e nos domínios psicológico (M=3,33; DP=0,45; M=3,30; DP=0,45, respectivamente), relações sociais (M=3,34; DP=0,54; M=3,33; DP=0,53, respectivamente) e meio ambiente (M=3,30; DP=0,35; M=3,27; DP=0,37, respectivamente). Já o domínio físico foi considerado insatisfatório apresentando a necessidade de melhorar (M=2,40; DP=0,55; M=2,47; DP=0,50, respectivamente).

Quando se analisou e comparou os domínios do WHOQOL – *bref* para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T, não se encontrou diferença significativa em nenhum item. O mesmo acontece quando se analisou e comparou as facetas do WHOQOL – *bref* para os dois momentos (30 e 60 dias pós- cirurgia) usando o Test T.

Tabela 4. Avaliação da QV - EORTC QLQ C-30, 30 e 60 dias após a cirurgia de pacientes operados por câncer gastrointestinal

DOMÍNIOS	30 DIAS		60 DIAS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Estado de Saúde Global	5,4	1,29	5,64	1,08
Escala Funcional	2,23	0,54	2,22	0,47
Escala Sintomas	1,78	0,37	1,70	0,38

No QLQ C-30 (Tabela 4), o estado global de saúde retratou que os participantes consideram satisfatória sua QV. A escala funcional apontou uma QV considerada mediana, porém a média da escala de sintomas apontou uma QV considerada ruim.

Quando se analisou e comparou os domínios do EORTC QLQ-C30 para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T, não se encontrou diferença significativa em nenhuma de suas escalas ($p \leq 0,05$). O mesmo acontece quando se analisou e compararam as questões do EORTC QLQ-C30 para os dois momentos (30 e 60 dias pós-cirurgia) usando o Test T.

Tabela 5. Correlação Fatores Sociodemográficos e QV de pacientes operados por câncer gastrointestinal

	Sexo	Idade	Est Civil	Escolarid	Dom Físico	Dom Psic	Dom R Sociais	Dom Meio Ambiente	Esc Func	Esc Sint
Sexo	r									
	p									
Idade	r	1								
	p									
Estado Civil	r	,141	1							
	p	,221								
Escolaridade	r	-,212	-,095	1						
	p	,177	,305							
Dom Físico	r	,173	-,231	-,068	1					
	p	,123	,106	,358						
Dom Psicológ	r	-,208	-,154	-,034	,535**	1				
	p	,131	,203	,427	,001					
Dom Rel Sociais	r	,069	-,205	,365*	-,010	,060	1			
	p	,355	,134	,022	,480	,375				
Dom Meio Ambiente	r	,009	-,358*	-,124	,288	,311*	,324*	1		
	p	,480	,024	,253	,058	,044	,038			
Escala Funcional	R	-,409*	,236	,008	-,643**	-,381*	-,147	-,325*	1	
	P	,011	,100	,482	,000	,017	,215	,037		
Escala Sintomas	R	-,154	-,184	,138	-,456**	-,160	-,072	-,501**	-,546**	1
	P	,205	,161	,229	,005	,195	,350	,002	,001	

A correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV, indicada na Tabela 5, é significativa entre as seguintes variáveis: o domínio psicológico sofre efeito da idade ($r=0,362$; $p=0,023$); o domínio das relações sociais é influenciado pela escolaridade ($r=0,365$; $p=0,022$); o estado civil tende a impactar o domínio meio ambiente ($r= -0,358$; $p=0,024$); a escala funcional sofre impacto do sexo ($r= -0,409$; $p=0,011$); a escala de sintomas tende a ser impactada pelo estado civil ($r=0,342$; $p=0,030$).

DISCUSSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes (Tabela 1), deste estudo mostra o predomínio do sexo feminino (64,5%), ao contrário do que apontam a maioria das pesquisas similares, exceto pela pesquisa de Borges *et al.* [2]. Nas pesquisas sobre QV e doenças oncológicas gastrointestinais [2,17,19,20], a maior parte dos diagnósticos encontrados foi constituída por câncer colorretal e de esôfago (Tabela 2). Tais enfermidades são do ponto de vista epidemiológico, comuns no sexo masculino.

Nesta investigação, os diagnósticos foram múltiplos e não houve um controle de diagnóstico por sexo, sendo que predominaram as mulheres na amostra. Em relação ao estado conjugal dos pacientes, 51,5% eram casados fato corroborado pela literatura [2,8,12,19,20]. Quanto à idade, predominaram pessoas de 60 a 69 anos, como em outras pesquisas [8,17,19]. Contudo, vale ressaltar que em outros estudos [2,12,20], os intervalos de idade eram mais amplos. Quanto ao grau de instrução, 55% possuíam ensino fundamental. Este dado vai ao encontro tanto da experiência clínica obtida na instituição quanto nas descrições da literatura [12,19,20], sendo, muito provavelmente, o grau de escolaridade comum na população usuárias dos serviços públicos de saúde no Brasil.

No que se refere à ocupação pré-mórbida, observou-se que, predominante, foi de aposentados resultado também encontrado por Nunes *et al.*, e Nicolussi e Sawada [19,20], sendo que julga-se ser compatível com a faixa etária predominante dos participantes. Quanto à religião, predominante católica, resultado também observado em outras pesquisas [2, 20].

Em geral, os dados sociodemográficos e de diagnóstico sugerem que os participantes têm diversas características (idade, condição econômica e suporte social) que aumentam sua condição de vulnerabilidade e que, portanto, frente a uma doença oncológica, há uma tendência a impactar mais negativamente sua qualidade de vida.

Na análise da correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV

aferidos por meio do WHOQOL-*bref* e do EORTC QLQ-C30 (Tabela 5), verificou-se que a correlação é significativa entre a escala funcional (EORTC QLQ-C30) e o sexo e entre a escala de sintomas (EORTC QLQ-C30) e o estado civil, dados também encontrados por Nicolussi e Sawada [20]. Esses dados sugerem que, possivelmente, as mulheres apresentam melhor QV na escala funcional, e os homens melhor QV na escala de sintomas.

Na prática clínica, isso implica que com as mulheres, possivelmente, se dá em função da necessidade delas terem que se envolver com as atividades domésticas precocemente, motivos que estão na base da atenção maior nos cuidados no pós-operatório (adesão às recomendações da equipe multiprofissional).

Em relação aos homens casados, propõe-se a intervenção buscando identificar as crenças que estão na base de comportamentos disfuncionais, como por exemplo, aumento das queixas e solicitação da presença contínua da parceira/cuidadora, visando à mudança de atitude no sentido de tornar o enfermo mais dinâmico e participativo no seu processo pós-operatório, recuperando a autonomia.

Ao ser aplicado o WHOQOL-*bref* (Tabela 3), os resultados do estudo apresentado apontam que a apreciação da QV foi, em geral, considerada regular nos dois momentos. Pressupõe-se que mesmo diante do diagnóstico de câncer e a possibilidade de um tratamento invasivo, o paciente, ao mesmo tempo em que verifica e sofre com os efeitos colaterais provocados pelo tratamento, identifica a importância desse tratamento frente a sua busca maior que é ser novamente um Ser sem a doença [15].

Os desfechos da pesquisa realizada indicam que ao ser aplicado o EORTC QLQ-C30 (Tabela 4), o estado global de saúde retrata que esses pacientes consideram satisfatória sua QV. A escala funcional aponta uma QV considerada mediana, a média da escala de sintomas aponta uma QV considerada ruim, resultados também encontrados por Almeida *et al.* e Malmström *et al.* [12, 17]. Uma experiência negativa pode levar indivíduo a alterar seus conceitos de QV [13]. Pacientes de câncer, convidados a avaliar sua qualidade de vida, fazem essa ponderação em função de sua história. Eles estão sujeitos ao estímulo negativo que é a doença. Porém, certas áreas de sua vida, apesar de estarem doentes, foram mantidas (ausência de sofrimento psicológico e satisfação com cuidado médicos) e até podem ser melhoradas (relações familiares e interação social), mesmo submetidos a tratamentos agressivos, como por exemplo, uma cirurgia.

Na Saúde Global, a média de 73,66 (30 dias) e 77,42 (60 dias) demonstra uma satisfatória avaliação desse quesito, trata-se de valores obtidos por meio do julgamento

que o paciente faz da sua saúde e da sua QV.

Portanto, esse valor pode variar de acordo com a percepção do participante sobre esses itens, servindo de ilustração, possivelmente, ao conceito de QV da OMS (*The Whoqol Group*), o qual a define como uma manifestação individual no que diz respeito a seus valores, contexto cultural e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [12, 23].

O aumento da QV foi pequeno de 30 para 60 dias, sendo que os escores de QV estavam na média, resultado que sugere que há um potencial para crescer, para que ocorra um aumento gradativo da QV ao longo do tempo, acompanhando a recuperação física que também é escalonada, isso na ausência de intercorrências.

Compreende-se que esse acréscimo na QV se efetivaria por meio de um acompanhamento estruturado e sistemático via equipe de saúde e pelo fortalecimento da rede de suporte social. É válido ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar qualificada no tratamento oncológico objetivando o cuidado integral ao paciente e seus familiares, levando em consideração as expectativas e as escolhas do paciente [12].

Poucos estudos prospectivos têm usado um instrumento de qualidade de vida validado em pacientes submetidos à cirurgia para malignidades gastrointestinais. Os resultados da avaliação da QVRS em uma amostra de 31 pacientes assistidos na clínica cirúrgica de um hospital escola revelam maior qualidade de vida autorrelatada do que as observadas em uma amostra normativa de pacientes com outros tipos de câncer [2].

Os resultados deste estudo sugerem que, apesar do tratamento cirúrgico e clínico agressivo para neoplasias gastrointestinais, geralmente, sobreviventes de câncer tratados e acompanhados em um ambiente multidisciplinar podem experimentar QV relacionada à saúde aceitável [8, 17]. Este é o contexto da referida população avaliada, no hospital escola palco desta pesquisa; os pacientes internados na clínica cirúrgica são assistidos durante a internação por uma equipe multiprofissional.

O processo cirúrgico, por mais invasivo que seja, pode trazer consigo algum ganho, sobretudo quando elimina outras variáveis, condições ou eventos que prejudicam a percepção da QV do paciente, tais como a dor, as feridas, os odores e as necroses. No limite, talvez, possa-se contradizer a crença de que usualmente a cirurgia seja negativamente impactante. Por vezes, há indicadores de que certas áreas da vida do indivíduo, apesar do diagnóstico de câncer, são mantidas dentro da normalidade, ou próxima a ela, ou, em outros casos, podem ser melhoradas, como, por exemplo, as relações familiares, quando devidamente assistidas.

Avaliar qualidade de vida representa um desafio. É complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, por ser uma variável qualitativa, além de não haver um padrão-ouro conceitual. Por essa razão, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis. Contudo, mesmo o critério de fidedignidade torna-se de difícil delimitação conceitual, uma vez que a percepção da própria QV pode variar tantas vezes quanto variam os aspectos pessoais e ambientais presentes na vida do enfermo oncológico.

Há de se destacar, ainda, que este estudo apresenta algumas limitações, quais sejam: (a) o tamanho reduzido da amostra. Ressalta-se, quanto a isso, que os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, não podendo ser generalizados para toda população com câncer gastrintestinal e poderiam ser encontradas outras diferenças estatisticamente significativas com um maior número de pacientes analisados; (b) a falta de medições da linha de base, no entanto, dados de base fidedignos esporadicamente estão acessíveis. É importante notar que, no início do estudo, os pacientes já foram diagnosticados com câncer do aparelho gastrointestinal, com um possível impacto nos escores de QV; (c) nesta investigação, não houve um controle dos dados clínicos por sexo, logo que realizar uma avaliação por sexo proporcionaria responder algumas questões levantadas ao longo da análise dos resultados, como por exemplo: Quem considerou sua QV mais comprometida,

homens ou mulheres? Onde está um maior potencial para crescimento gradativo da QV ao longo do tempo, nos homens ou nas mulheres?; (d) nesta pesquisa, não ocorreu um controle dos dados clínicos por estadiamento, proceder uma avaliação por estadiamento permitiria responder algumas questões suscitadas no decorrer da análise dos resultados, a exemplo: Pacientes estadiamento mais avançado apresentam uma QV mais comprometida?

As pesquisas, nesse âmbito, oportunizam alcançar informações que podem auxiliar os profissionais de saúde na promoção do fortalecimento do vínculo profissional, auxiliar os enfermos e familiares na tomada de suas decisões e por isso, a equipe de saúde deve estar preparada para incentivar os pacientes a falar sobre seus sentimentos, situação que pode ajudá-los a aceitar as várias mudanças que enfrentam ou irão enfrentar e para produzir melhores evidências.

CONCLUSÃO

A amostra se caracteriza por predomínio do sexo feminino, casados, na faixa dos

60 a 69 anos de idade, provenientes em sua maioria da capital, aposentados, católicos, nível de escolaridade fundamental.

Constatou-se que a QV percebida dos participantes foi impactada em distintas dimensões após o processo cirúrgico, reforçando a necessidade de suporte contínuo por parte de uma equipe de saúde multiprofissional e que se articule de forma interdisciplinar.

A correlação entre fatores sociodemográficos com escores de QV é significativa entre o domínio psicológico e idade; o domínio das relações sociais e escolaridade; o domínio meio ambiente e estado civil; a escala funcional e sexo; a escala de sintomas e estado civil.

A inclusão da avaliação da QV na prática clínica é pertinente, pois, possibilita a reflexão da efetividade do tratamento concomitantemente com a diminuição de ações adversas, podendo influenciar positivamente no prognóstico do câncer e na melhoria da QV.

REFERÊNCIAS

- 1- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004 mar.abr; 20(2):580-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acessado 14 março 2013.
- 2- Borges EC, Camargo GC, Souza MO, Pontual NA, Novato TS. Qualidade de vida em pacientes ostomizados: uma comparação entre portadores de câncer colorretal e outras patologias. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2007; 25(4):357-63. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_nov/V25_N4_2007_p357-364.pdf. Acessado 15 julho 2013.
- 3- Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enfermagem*. 2010; 12(3): 554-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>. Acessado 03 abril 2013.
- 4- Organización Mundial de La Salud - OMS. Câncer. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>. Acessado 19 junho 2015.
- 5- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2014/2015 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa2014.pdf>. Acessado 18 janeiro 2014.
- 6- Evangelista JC. Câncer gastrointestinal. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, Gomes MJB, Barros LHC. *Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p.100-108.

- 7- Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2016/2017 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acessado 04 dezembro 2015.
- 8- Schubart JR, Wise J, Deshaies I, Kimchi ET, Staveley-O’Carroll KF, Gusani NJ. Quality of Life Assessment in Postoperative Patients with Upper GI Malignancies. *Jour Surgical Research* 2010; 163(1). Disponível em: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(10\)00444-0/pdf](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(10)00444-0/pdf). Acessado 07 fevereiro 2016.
- 9- Andreu Y. Personalidad Tipo C: historia y validez del concepto. In: Durá MRDE. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: CLIMEPSI; 2001. p. 339- 426.
- 10- Soriano M, Pérez, JCG Ferrigni C, Cruzado JA, Blasco JA. Cirugía abierta vs. laparoscópica: calidad de vida y sintomatología ansioso-depresiva en cáncer colorrectal. *Rev Argent Coloproct.* 2013; 24(1):29-36. Disponível em: http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_01_07.pdf. Acessado 03 fevereiro 2016.
- 11- Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo* 2008 abr.jun;13(2):231-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>. Acessado 16 agosto 2014.
- 12- Almeida AF, Felix JD, Castro DS, Zandonade E, Rocha RM. Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(2):229-37. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/10.pdf. Acessado 04 abril 2015.
- 13- Amaral J. *Qualidade de Vida em pacientes oncológicos*. Goiânia: R&F Editora; 2010.
- 14- Ballone GJ. *Medicina Paliativa e Qualidade de Vida*. PsiqWeb. 2005. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acessado 02 novembro 2015.
- 15- Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O Vivenciar a situação de ser com câncer: Alguns des-velamentos. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2007 jul.agos; 15(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acessado 05 maio 2013.
- 16- Costa Junior A. L, Doca FNP, Araújo I, Martins L, Mundim L, Penatti T, Sidrim AC. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia.* 2012 abr.jun; 29(2):271-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a13v29n2.pdf>. Acessado 10 outubro 2015.
- 17- Malmström M, Klefsgard R, Ivarson B, Roman M, Johansson J. Quality of life measurements as an indicator for timing of support after oesophagectomy for cancer: a prospective study. *BMC Health Services Research.* 2015; 15(96). Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0747-x>. Acessado 03 fevereiro 2016.

- 18- Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Angerami-Camon, VA. organizador. Psicologia Hospitalar Teoria e Prática. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 29-71.
- 19- Nunes SM, Monteiro A, Rato, L. Um estudo longitudinal sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a cirurgia oncológica na ULS de Castelo Branco mediante a aplicação do SF-36. Amato Lusitano: Revista de Saúde. 2012; 30:6- 11, 2012. Disponível: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/>. Acessado 19 abril 2014.
- 20- Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):125-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/> . Acessado 04 ago. 2013.
- 21- Calvetti PU, Figuera J, Muller, MC, Poli MC. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2006 jan.jun; 14(1):18-23. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/>. Acessado em 06 abril 2014.
- 22- Belasco AGS, Sesso RCC. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz, D. P.; Schor, N. organizadores. Guia de Qualidade de Vida. Barueri: Manole; 2006. p. 01-10.
- 23- Fleck MPA. Problemas Conceituais Em Qualidade De Vida. In: Fleck, MPA. Organizador. A Avaliação De Qualidade De Vida: Guia Para Profissionais Da Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. P.19-28.
- 24- Arancibia H. *et al.* Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Rev. Médica Chile. 2009 abr; 137(4):481-85. Disponível em: <http://www.scielo.cl/>. Acessado 03 março 2013.
- 25- Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. Cancer. 1988; 14(5):69-75.
- 26- Silveira MF, Almeida JC, Freire RS, Haikal DS, Martins AEBL. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013; 18(7):1923-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/07.pdf>. Acessado 19 janeiro 2016.
- 27- Vido MB, Fernandes RA. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007; 6(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/870>. Acessado 06 abril 2014.
- 28- Costa Neto SB, Araujo TCCF. Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In: Carvalho, VA, Franco, MHP, Kovács, MJ, Liberato, RP, Macieira, RC, Veit, MT, Gomes, MJB, Barros, LHC. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus Editorial; 2008. p. 195- 208.
- 29- Del Castillo MF, Leporace G, Cardinot TM, Levy RA, Oliveira LP. A

Importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. 2012 jan.mar; 11(1):12-17. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=287. Acessado 18 janeiro 2016.

30- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acessado 15 janeiro 2016.

31- Fongaro MLH, Sebastiani RW. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: Angerami-Camon, VA. organizador. E a Psicologia Entrou no Hospital... São Paulo: Pioneira; 1996. p. 05-64.

- 32- Costa Neto SB. Qualidade de Vida dos Portadores de Neoplasia de Cabeça e Pescoço: O Bem-estar, o Bem-ter e o Bem-viver. Brasília. Tese [Doutorado em Psicologia] – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2002.
- 33- Franceschin IJ, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J Bras Pneumol. 2010;36(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acessado 15 julho 2013.
- 34- Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para Pacientes com Câncer de Pulmão QLQ LC-13 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Clínica Médica] - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.