

IMPACTO DO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

Ana Paula Figueiredo

Enfermeira em Oncologia Médica; Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Mestrado em Educação para a Saúde
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

Carla Alves

Enfermeira em Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

Mónica Pinho

Enfermeira em Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

Teresa Dias

Enfermeira em Oncologia Médica
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

O cancro colo-rectal é a segunda maior causa de mortalidade por cancro nos países ocidentais. Ambos os sexos são igualmente afectados por esta patologia, verificando-se no entanto uma maior incidência em pessoas com mais de cinquenta anos. Pretendemos, com este estudo, efectuar uma análise comparativa da qualidade de vida dos doentes que efectuaram quimioterapia em regime de ambulatório (sendo estes portadores de um infusor) relativamente aos doentes que efectuaram tratamento de quimioterapia em regime de internamento. Os resultados deste estudo apontam para que, se o tratamento for efectuado em regime de ambulatório, provocará no doente menores danos físicos, psicológicos e sociais, permitindo reduzir ao mínimo qualquer alteração a nível dos seus hábitos de vida diários, promovendo assim a sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: cancro colo-rectal, quimioterapia, qualidade de vida.

The development of new diagnostic techniques and the discovery of new treatments, specifically chemotherapy, have resulted in an increase in the survival of patients with colorectal cancer as well as their time of hospitalization. Both facts have had a direct impact on the well-being of these patients and therefore on their quality of life.

The Objective of this study is to assess the quality of life of patients treated by chemotherapy in hospitalized and ambulatory regimens. The Results is: When treatment by chemotherapy is administered in an ambulatory regimen (when patients are allowed to receive treatment at home), patients display a better quality of life in terms of biopsychosocial well-being and nutritional, painful and intestinal symptoms compared to those treated in hospitalization. By reducing the changes caused by chemotherapy in the patients' daily routine, we thus improve their quality of life.

KEYWORDS: colorectal cancer, quality of life, chemotherapy

Actualmente, o progresso científico, o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e a descoberta de novos tratamentos, promove um aumento da sobrevida dos doentes com cancro colo-rectal e também do tempo de internamento.

Estes factos exercem um efeito directo no bem-estar destes doentes e consequentemente na sua qualidade de vida.

Assim, entendemos que o estudo da qualidade de vida e suas características envolventes se torna de crucial importância não só para os doentes portadores desta patologia como também para os profissionais de saúde que os tratam.

Pretendemos, com este estudo, efectuar uma análise comparativa da qualidade de vida dos doentes que efectuaram quimioterapia em regime de ambulatório (sendo estes portadores de um infusor) com a dos doentes que efectuaram tratamento de quimioterapia em regime de internamento.

O cancro colo-rectal: perspectiva actual

O cancro colo-rectal é a segunda maior causa de mortalidade por cancro nos países ocidentais. Ambos os sexos são igualmente afectados por esta patologia, verificando-se uma maior incidência em pessoas com mais de cinquenta anos.

Em Portugal, segundo o Registo Oncológico Nacional (Gouveia, António & Veloso, 1993), a taxa de incidência por cancro do colon é de 15,15% no sexo feminino e de 22,09% no sexo masculino. O cancro do recto apresenta uma taxa de incidência de 12,15% no sexo feminino e de 20,14% no sexo masculino.

Muitos estudos relacionam esta patologia com o estado económico, localização geográfica e dieta, sendo esta última a mais citada por diversos autores (Imbembo & Lefour, 1993; LaMont & Isselbacher, 1980; Belcher, 1996). A fase de tratamento é uma fase muito problemática, onde o doente é frequentemente confrontado com tratamentos mais ou menos invasivos, que podem afectar a imagem corporal, sexualidade, bem-estar físico e psicológico (McCray, 2000), e consequentemente a qualidade de vida.

O tratamento de eleição para o cancro do colon e recto é a cirurgia, surgindo por vezes a necessidade de se efectuar uma ostomia de eliminação (Ganzl, 1996; La-

Mont et al., 1980; Murphy, 2000). A criação de um estoma parece exercer um profundo efeito no doente. O seu êxito no âmbito da qualidade de vida depende fundamentalmente da forma como ele se adapta em termos psicológicos ao estoma. Alguns doentes nunca chegam a aceitar a sua nova condição, sentindo-se estigmatizados e marginalizados pela sociedade (Santos, 1999).

A quimioterapia e a radioterapia são também tratamentos muito utilizados, tendo como objectivo a destruição das células tumorais (Murard, 1996).

A importância de saber o tipo de tumor e o seu estadio de desenvolvimento reflecte-se na escolha do tratamento, uma vez que diferentes situações exigem diferentes tratamentos e consequentemente diferentes repercussões ao nível da qualidade de vida (Couveur, 2001).

Estudo: materiais e métodos utilizados

A amostra do estudo foi constituída por 45 indivíduos portadores de cancro colo-rectal e que se encontravam a efectuar tratamento de quimioterapia. Estes 45 indivíduos foram divididos em 2 grupos, sendo o grupo A constituído por 24 indivíduos que se encontravam a efectuar quimioterapia através de um infusor (quimioterapia no domicílio) e o grupo B constituído por 21 indivíduos que se encontravam a efectuar quimioterapia em internamento.

A recolha de dados foi efectuada no Instituto Português de Oncologia do Porto, no Serviço de Medicina Oncológica, Piso 3, no período de Março a 30 de Setembro de 2007.

A amostra foi de conveniência, e todos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo.

Após seleccionado o local do estudo, obtivemos a devida autorização da direcção hospitalar para a sua implementação. Todos os participantes assinaram a declaração de consentimento informado antes de iniciarem o preenchimento dos questionários.

Os doentes que aceitaram participar foram encaminhados para um local próprio, de forma a preencherem os questionários individualmente. O investigador permaneceu próximo dos respondentes de forma a esclarecer possíveis dúvidas. No final do preenchimento o investigador verificou os questionários e atribuiu-lhes um código.

Como critérios de inclusão, considerou-se:

- Idade igual ou superior a 18 anos
- Cancro colo-rectal clinicamente diagnosticado
- Tratamento de quimioterapia em curso
- Inexistência de deterioração cognitiva ou neurológica que impedisse o preenchimento do questionário.

Instrumentos utilizados

O questionário sócio-demográfico foi elaborado pelos autores. O questionário referente à qualidade de vida foi o criado por Padilla et al (1983), tendo sido usada a versão Portuguesa de Pereira & Figueiredo (2005).

O questionário sócio-demográfico permitiu caracterizar a amostra e recolher informação considerada importante para o estudo, nas variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, zona de residência e situação laboral actual. Para caracterizar a amostra a nível clínico, foram elaboradas também algumas questões de forma a permitirem conhecer as características da doença oncológica e tratamento efectuado pelo doente: tempo de diagnóstico, tipo de tratamento e presença de ostomia.

O “Quality of Life Scale-Cancer” (QOL-CA) foi criado por Padilla et al (1983) com o objectivo de avaliar o bem-estar a nível da saúde de pacientes com diagnóstico de cancro. Este questionário é constituído por 30 itens, que apresentam escalas com um comprimento de 10 centímetros. As escalas encontram-se divididas e numeradas de um em um centímetro, com as pontuações de 0 a 10, onde cada sujeito escolhe a pontuação que melhor o caracteriza. Cada item tem como função identificar a situação actual do doente em vários aspectos que se encontram relacionados com a sua qualidade de vida.

O QOL-CA2 encontra-se dividido em 5 sub-escalas: bem-estar psicossocial e existencial, bem-estar físico e funcional, sintomas nutricionais, sintomas dolorosos e intestinais e atitude de inquietação (Padilla, 1992).

A sub-escala “Bem-estar psicossocial e existencial” avalia alguns aspectos sociais e psicológicos relacionados com a vida do doente, nomeadamente aspectos referentes à adaptação à doença, receios actuais e futuros, afectividade, sono e repouso entre outros. A sub-escala “Bem-estar físico e funcional” permite que o doente faça uma auto-avaliação do seu estado físico a nível

das suas actividades de vida diárias, na vertente fadiga, atenção, mobilidade, eliminação e higiene. A sub-escala “Sintomas nutricionais” pretende avaliar o apetite que o doente diz ter e outros sintomas tais como náuseas e vómitos. A sub-escala “Sintomas dolorosos e intestinais” permite avaliar as queixas dolorosas existentes e o funcionamento intestinal do doente. Finalmente, a sub-escala “Atitude de inquietação” permite obter conhecimentos acerca de algumas preocupações de carácter pessoal e económico.

Após a inversão de alguns itens, a cotação de cada sub-escala é realizada através do somatório de todos os itens que a compõem e divisão pelo número de itens. Para efectuar a interpretação dos resultados, utiliza-se o valor final. Quanto maior o número obtido, menor a qualidade de vida, segundo a interpretação do doente. A aplicação deste questionário é efectuada em adultos, por auto-administração, demorando cerca de 10 minutos a ser preenchido.

Características psicométricas numa amostra de doentes com cancro colo-rectal

Para se efectuar a avaliação das qualidades psicométricas da escala QOL-CA2 utilizou-se a versão original de Padilla et al (1983).

A escala mantém os 30 itens, que se encontram distribuídos por 5 sub-escalas. A primeira denomina-se “bem-estar psicossocial e existencial” (11 itens), a segunda denomina-se “bem-estar físico e funcional” (8 itens), a terceira “sintomas nutricionais” (5 itens), a quarta “sintomas dolorosos e intestinais” (3 itens) e a quinta “atitude de inquietação” (3 itens). A avaliação de cada sub-escala é efectuada pela soma dos itens da mesma e posterior divisão pelo número de itens. É seguido o mesmo procedimento para a avaliação final da escala.

O coeficiente de consistência interna efectuado pelo autor apresentou um alfa de Cronbach total da escala de .91. Para a sub-escala de “bem-estar psicossocial e existencial” .88, para a sub-escala de “bem-estar físico e funcional” de .80, para a de “sintomas nutricionais” de .77, para a de “sintomas dolorosos e intestinais” de .68 e para a de “atitude de inquietação” de .52.

A versão portuguesa do estudo foi validada por Pereira & Figueiredo (2005) num estudo envolvendo 114 doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal.

Fidelidade

No que respeita às características psicométricas do QOL-CA2, a adaptação deste questionário a doentes com cancro colo-rectal foi efectuada por Pereira & Figueiredo (2005), num estudo onde participaram 114 doentes. Seguiram as indicações dos autores originais.

Neste estudo, a fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do alfa de Cronbach. Foi calculado o alfa de Cronbach total da escala e das respectivas sub-escalas. O coeficiente de fidelidade para a COL-CA2 – Total foi de .94, indicando uma elevada consistência interna dos itens.

A análise das correlações dos itens da sub-escala “Bem-estar psicossocial e existencial” com o total da escala revelou que todos os itens apresentam correlações que se situam entre .41 e .77 e apresentando um alfa de Cronbach de .90. De salientar que a eliminação da questão 1 fazia subir o alfa para .98. No entanto, esta questão não foi eliminada neste estudo em virtude de não ter sido feito o estudo de validade (análise factorial) da escala, dado o número de sujeitos da amostra não ser suficiente.

A análise das correlações dos itens da sub-escala “Bem-estar físico e funcional” com o total da escala revelou que todos os itens apresentam correlações que se situam entre os valores .51 e .79, apresentando um alfa de Cronbach total de .88.

Relativamente à análise das correlações dos itens da sub-escala “Sintomas nutricionais” com o total da escala, ela revelou nesse estudo que todos os itens apresentam correlações que se situam entre os valores .45 e .74 com um alfa de Cronbach de .80.

Também foi efectuada a análise das correlações dos itens da sub-escala “Sintomas dolorosos e intestinais” com o total da escala, que revelou que todos os itens apresentam correlações que se situam entre os valores .24 e .52 e um alfa de Cronbach de .60. De salientar que a eliminação do item 22 fazia subir o Alfa para .71.

A análise das correlações dos itens da sub-escala “Atitude de inquietação” com o total da escala, revelou que todos os itens apresentam correlações que se situam entre os valores .29 e .65 e apresenta um alfa de Cronbach de .66. Será importante salientar que a eliminação do item 3 fazia subir o Alfa para .77.

Devido ao tamanho da amostra não foi possível

aos autores avaliar a validade do instrumento através da análise factorial. Os autores propõem que em estudos posteriores que permitam avaliar a validade do instrumento seja efectuada uma análise da saturação dos itens 1, 3 e 22 no sentido de se decidir pela sua inclusão ou definitiva exclusão na versão final adaptada.

Resultados Obtidos

A caracterização da amostra foi efectuada de acordo com as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de tratamento que foram consideradas relevantes no sentido de explorar as características da amostra, e que permitissem uma análise exploratória a nível das suas relações com as variáveis em estudo.

Caracterização da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas

Relativamente ao sexo dos participantes, verifica-se o predomínio do sexo masculino. Assim, 35 (77,8%) dos indivíduos são do sexo masculino e 10 (22,2%) do sexo feminino.

O estado civil é maioritariamente constituído por indivíduos casados ou que vivem em união de facto. Verifica-se a existência de 3 (6,7%) indivíduos solteiros, 38 (84,4%) casados, 3 (6,7%) divorciados e 2 (2,2%) viúvos.

A distribuição etária situa-se entre um mínimo de 36 anos e um máximo de 78 anos; 31,2% dos indivíduos apresentam idade inferior a 40 anos, 26,6% apresentam uma idade que se situa entre os 40 e os 60 anos e os restantes 42,2% apresentam uma idade superior a 60 anos (quadro 2).

Em termos de situação laboral, verifica-se que apenas 3 (6,7%) doentes se encontravam no activo no momento da colheita de dados, enquanto que os restantes 42 (93,3%) não se encontravam a trabalhar.

No que se refere à localidade de residência, verifica-se que 23 (51,1%) dos doentes residiam em meio urbano e 22 (48,9%) em meio rural.

No que se refere às habilitações literárias, verifica-se que a maior parte dos elementos da nossa amostra se situam ao nível do 1º ciclo (escola primária), com 55,6% dos indivíduos, seguindo-se o ensino secundário com 20,0%, o ensino preparatório com 11,1% e o ensino médio, ensino superior e não frequentou a escola com 4,4%.

Caracterização da amostra segundo as variáveis clínicas/tratamento

São consideradas variáveis clínicas, as variáveis que permitem identificar a situação de doença dos indivíduos que fazem parte da amostra, assim como as intervenções terapêuticas a que foram submetidos, com a finalidade de melhor compreendermos a sua influência sobre as variáveis dependentes que nos propusemos estudar. Pela análise do quadro 3, verificamos que existe um maior número de doentes cuja duração da doença foi diagnosticada num período que se situa entre os 6 meses e um ano (42,2%).

Relativamente ao tipo de tratamento efectuado, verifica-se que 53,3% dos indivíduos efectuaram tratamento de quimioterapia em ambulatório sendo portadores de um infusor (conhecido por bomba de elastómetro) e 46,7% efectuaram tratamento de quimioterapia em regime de internamento (quadro 4).

Verifica-se também que 22,2% dos doentes são portadores de ostomia de eliminação.

O quadro 6 apresenta os resultados das diferenças significativas das variáveis Qualidade de vida total, Bem-estar psicossocial e existencial, Bem-estar físico e funcional, Sintomas nutricionais, Sintomas dolorosos e intestinais e Atitude de inquietação, nos doentes que efectuaram quimioterapia em regime de ambulatório e em regime de internamento.

Como referido anteriormente, para a avaliação da qualidade de vida, quanto maior o número obtido, menor a qualidade de vida, conforme a interpretação do autor original.

Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva revelaram que os itens medidos pela versão adaptada do QOL-CO2 têm uma distribuição não normal na amostra estudada. Recorreu-se então a um teste U Mann-Whitney para grupos independentes.

Verifica-se que existem diferenças significativas ao nível da Qualidade de vida total e das sub-escalas Bem-estar psicossocial, Bem-estar físico e funcional, Sintomas nutricionais e Sintomas dolorosos e intestinais entre os doentes que efectuaram quimioterapia em ambulatório (portadores de infusor) e doentes que efectuaram quimioterapia em regime de internamento. Na sub-escala Atitude de inquietação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 1. Variáveis sócio-demográficas e clínicas / tratamento na amostra de doentes.

TIPO DE VARIÁVEIS	VARIÁVEIS
Sócio-demográficas	Sexo
	Idade
	Habilitações literárias
	Estado civil
	Zona de residência
	Situação laboral
Clínicas / Tratamento	Duração da doença
	Tipo de tratamento
	Presença de ostomia

Quadro 2. Composição da amostra segundo grupos etários (três grupos).

GRUPO ETÁRIO	DOENTES	%
≤ 40 anos	14	31,2
41 - 60 anos	12	26,6
> 60 anos	19	42,2
Total	45	100

Quadro 3. Distribuição da amostra segundo o tempo de diagnóstico da doença.

TEMPO DE DIAGNÓSTICO	DOENTES	%
< 6 meses	14	31,2
6 meses - 1 ano	19	42,2
> 1 ano	12	26,7
Total	45	100

Quadro 4. Distribuição da amostra segundo o tipo de tratamento efectuado.

TIPO DE TRATAMENTO	DOENTES	%
Ambulatório (infusor)	24	53,3
Internamento	21	46,7
Total	45	100

Quadro 5. Distribuição da amostra de acordo com a presença ou ausência de ostomia.

OSTOMIA	DOENTES	%
Sim	10	22,2
Não	35	77,8
Total	45	100

Quadro 6. Resultados da análise referente às variáveis Qualidade de vida e sub-escalas em função do tipo de tratamento. Mann-Whitney U test.

VARIÁVEIS	MÉDIA N = 24 (AMBULATÓRIO)	MÉDIA N = 21 (INTERNAMENTO)	Z	P
Qualidade de vida total	17,75	29,00	-2,868	,004
Bem-estar psicossocial	19,19	27,36	-2,084	,037
Bem-estar físico e funcional	18,71	27,90	-2,34	,019
Sintomas nutricionais	18,71	27,90	-2,34	,019
Sintomas dolorosos e intestinais	18,71	28,40	-2,58	,010
Atitude de inquietação	22,56	23,50	-2,40	,811

Os doentes que efectuam quimioterapia em regime de internamento apresentam, pois, menor Qualidade de vida total e nas dimensões Bem-estar psicossocial, Bem-estar físico e funcional, Sintomas nutricionais e Sintomas dolorosos e intestinais.

Verifica-se a existência de maior significância a nível da sub-escala Sintomas dolorosos e intestinais (.10), comparativamente às restantes sub-escalas (.19 e .37), no entanto esta diferença não é relevante.

Assim, de acordo com os resultados desta amostra, pode dizer-se que os doentes que efectuam quimioterapia em regime de ambulatorio (portadores de infusor) se consideram mais positivos a nível afectivo e em relação ao futuro, e apresentam melhores condições no âmbito do sono e repouso do que o grupo de doentes que efectuam quimioterapia em regime de internamento. Também a nível físico se verifica que este grupo se considera mais independente para a realização das suas actividades de vida. No âmbito da alimentação, podemos considerar que os doentes do ambulatorio apresentam mais apetite e menos náuseas ou vômitos.

Finalmente, a nível dos “sintomas dolorosos” e “alterações intestinais”, verifica-se que os doentes que efectuam quimioterapia em regime de internamento consideram que apresentam mais alterações intestinais, bem como dor.

Conclusão

Considerado um tratamento importante e necessário, o tratamento de quimioterapia provoca frequentemente limitações de vária ordem, nomeadamente a nível físico e funcional, nutricional, psicológico, social, laboral e económico.

Os resultados deste estudo apontam para que, se o tratamento for efectuado em regime de ambulatorio,

provocará no doente menores danos físicos, psicológicos e sociais, permitindo minimizar as alterações a nível dos hábitos de vida diários, promovendo assim a sua qualidade de vida. Conseguir ter o doente em casa a fazer tratamento é permitir-lhe mais autonomia/menos dependência das instituições hospitalares, com todos as vantagens daí resultantes, é diminuir os custos hospitalares e, acima de tudo, é dar melhor qualidade aos seus dias.

Importa ressaltar que, devido à dimensão da amostra e ao facto de os elementos deste estudo serem todos do norte do país, não se podem generalizar estes resultados. Deste modo, seria interessante o alargamento do estudo de forma a seleccionar uma amostra mais representativa da população de todo o país. Fica aqui em aberto uma possibilidade para uma linha de estudo mais alargada.

BIBLIOGRAFIA

- Belcher, A. (1996). Enfermeria y cáncer. Barcelona. Mosby/Doyma Libros.
- Couvreur, C. (2001). A Qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI. Loures. Lusociência.
- Ganzl, R. (1996). Câncer Colorretal. In Murard, A. & Katz, A. Oncologia. Bases Clínicas do Tratamento. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 176-179.
- Gouveia, J., António, M. & Veloso, V. (1993). Registo Oncológico Nacional. Porto. I.P.O.
- Imbembo, A. & Lefour, A. (1993). Carcinoma do Cólon, do recto e do ânus. In Sabiston. Tratado de Cirurgia. As Bases Biológicas da Prática Cirúrgica Moderna. Rio de Janeiro. Guanabara koogan. 892-905.
- LaMont, J. & Isselbacher, K. (1980). Doenças do Cólon e Recto. In HARRISON. Medicina Interna. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1530-1548.
- McCray, N. (2000). Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. In Otto, S. Enfermagem em Oncologia. Loures. Lusociência. 893-912.
- Murard, A. (1996b). Princípios de Farmacologia e do Uso Clínico dos Agentes Antineoplásicos. In A. Murard. & A. KATZ, Oncologia. Bases Clínicas do Tratamento. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 74-89.
- Murphy, M. (2000). Cancro Colo-rectal. In Otto, S. Enfermagem em Oncologia. Loures. Lusociência. 137-154.
- Padilla GV, et al. Quality of life index for patients with cancer. Res Nurs Health. 1983; 6(3):117-26.
- Padilla GV. Validity of health-related quality of life subscales. Prog Cardiovasc Nurs. 1992; 7(1):13-20.
- Santos, C. (1999). Saúde e Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação. Tese de Mestrado Apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Universidade do Porto.
- Pereira, M. & Figueiredo, A. (2005). Impact of events scale (IES). Versão de investigação. Universidade do Minho.