



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO**

**JULIANNA DE FREITAS SIQUEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE  
UTILIZAM DISPOSITIVO PARA INFUSÃO CONTÍNUA DE ANTINEOPLÁSICOS**

**FORTALEZA**

**2014**

**JULIANNA DE FREITAS SIQUEIRA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS QUE UTILIZAM DISPOSITIVO PARA INFUSÃO  
CONTÍNUA DE ANTINEOPLÁSICOS**

Dissertação submetida à banca de Mestrado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano

**FORTALEZA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- S63a Siqueira, Julianna de Freitas.  
Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos. / Julianna de Freitas Siqueira. – 2014.  
96 f.: il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano.
1. Qualidade de Vida. 2. Oncologia. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 616.994

**Julianna de Freitas Siqueira**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE  
UTILIZAM DISPOSITIVO PARA INFUSÃO CONTÍNUA DE ANTINEOPLÁSICOS**

Dissertação apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Joselany Áfio Caetano  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Dalva Santos Alves  
Membro Suplente

*“À minha amada filha Laís! Meu bem  
mais precioso, meu projeto mais  
elaborado, meu amor maior do que  
tudo... não cabe dentro de mim!”*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por planejar tão detalhadamente todas as etapas da minha vida e permitir o momento certo de concretizar esta meta!

Aos meus pais que me ofereceram a base para eu chegar até aqui!

Ao meu esposo **Danilo Arruda** por estar comigo em todos os momentos e compartilhar de perto todas as etapas passadas para a construção deste projeto.

À **Unimed Fortaleza**, nas pessoas do **Dr. Nilson Santos**, **Dr. Eliezer Arraes** e **Dilne Brito**, que desde o início favoreceram e possibilitaram meu crescimento, com ajustes de horários, autorização para coleta de dados e sempre tiveram muita atenção com todas as minhas solicitações.

À **Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF**, na pessoa do **Prof. Paulo Nogueira**, pelas concessões a mim deferidas.

À amiga **Mirna Fontenele**, que sempre me incentivou, pelas tantas vezes que foi solícita, pelo apoio sempre que precisei.

Às amigas **Ana Cristina Feijó e Nilcineide Camurça**, por acreditarem que eu conseguiria, por estarem ao meu lado e compartilharem comigo desta conquista.

Aos colegas **Dr. Mac Gontei** e **Yuri Pacífico** pelo carinho, atenção e disponibilidade em ajudar.

À minha orientadora professora **Dra. Joselany Áfio Caetano**, pela disponibilidade e paciência.

À professora **Dra. Andrea Rodrigues**, a qual desenvolvi grande admiração e que me ajudou de maneira ímpar na construção deste estudo.

Às colegas **Jane Gomes** e **Francimary Campos**, pela constante parceria e apoio mútuo.

Às minhas colegas de mestrado que tanto me ajudaram durante as aulas e no período que estava amamentando.

Aos membros da Banca Examinadora, pelas contribuições para o aperfeiçoamento das minhas ideias e propostas.

À **Diorlene Oliveira** pela dedicação, disponibilidade e competente assessoria estatística.

Por fim, aos pacientes que fizeram parte deste estudo e aos quais tenho muito carinho e a possibilidade de acompanhar indiretamente através do meu trabalho diário.

*“E quando eu achei que já havia chegado  
ao meu limite... Nesta hora, veio Deus para  
mostrar o quanto eu ainda posso ir além”!*



## RESUMO

O câncer afeta o paciente de forma abrangente, repercutindo na sua qualidade de vida. As tecnologias em saúde, como a utilização de dispositivos de infusão contínua na administração de antineoplásicos, visam favorecer o tratamento, repercutindo positivamente no bem estar dos pacientes. A pesquisa objetivou avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos a partir da escala WHOQOL-bref; e os objetivos específicos foram: Caracterizar os pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos; identificar os domínios de qualidade de vida afetados nos pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua antineoplásicos; comparar os domínios de qualidade de vida dos pacientes no primeiro e terceiro ciclo de aplicação dos antineoplásicos. Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, longitudinal do tipo painel, realizado no período de abril a julho de 2013, com 28 pacientes em tratamento antineoplásico com a utilização de dispositivo de infusão contínua, de uma operadora de plano de saúde, em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados ocorreu através de visita domiciliar, durante o primeiro e terceiro ciclos de administração do antineoplásico, com aplicação de dois questionários: sociodemográficos e clínicos; e avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref. O tratamento dos dados foi realizado com auxílio de um software estatístico STATA. Aplicou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna das respostas, o teste de igualdade de médias Wilcoxon para dados pareados e o teste de Qui-quadrado de Tendência linear. A correlação dos domínios foi feita através do coeficiente de Correlação Linear de Spearman. Predominaram na amostra (n=28), mulheres (53,6%), faixa etária 51 a 60 anos (32,1%), casadas (60,7%), católicas (67,9%), exercendo atividade laboral (71,5%). A neoplasia maligna predominante foi a de cólon e reto (57,2%), com metástase (53,6%) hepática. O tratamento cirúrgico mais empregado foi a colectomia (39,3%). O protocolo mais utilizado foi o FOLFOX (67,9%), com intenção paliativa (57,1%). Os efeitos indesejados mais evidenciados foram os gastrointestinais em associação com fadiga (39,3%). O índice de alfa de Cronbach atestou a confiabilidade do estudo. Avaliando a qualidade de vida quanto às médias dos itens globais e domínios da escala, a percepção quanto a qualidade de vida foi considerada regular; e a satisfação com a saúde ruim, em ambos os ciclos do tratamento. Quanto a avaliação dos domínios, o de maior média foi o das relações sociais, e o de menor, o psicológico. A avaliação da qualidade de vida foi vista como regular, em ambos os ciclos. O dispositivo favorece aspectos relacionados à independência, desempenho de atividades diárias e laborais, porém não é isento de aspectos negativos, influenciando a percepção dos pacientes, pelo medo do desconhecido, presença de um aparato no cotidiano, desconforto quanto à movimentação. Foi possível concluir que nenhum fator isoladamente vai influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida de pacientes oncológicos, independente do momento vivido. É importante saber os determinantes neste sentido, permitindo a implementação de estratégias para preservar a qualidade de vida desta clientela.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Oncologia. Enfermagem.

## ABSTRACT

Cancer affects the patient in an extensive way, reverberating in his quality of life. The technology in health, such as the use of continuous infusion device in the administration of antineoplastic aimed at favoring the treatment, positively reverberating in the welfare of the patient. The research aimed at evaluating the quality of life of the patient who use an antineoplastic continuous infusion device from the WHOQOL-bref scale; and the specific objectives were: to identify the domains of quality of life affected in the patients who use the antineoplastic continuous infusion device, as to the socio-demographic and clinical aspect; to compare the domains of quality of life of the patients in the first and in the third cycle of application of antineoplastics. It is a descriptive, exploratory, quantitative, longitudinal study of panel type, made from April to July 2013, with 28 patients under antineoplastic treatment with the use of continuous infusion device, of a health plan operator, in Fortaleza, Ceará, Brazil. The data collection was made through home visits during the first and the third cycle of administration of antineoplastics, with the application of two questionnaires: socio-demographic and clinical; and the WHOQOL-bref evaluation of quality of life. The treatment of the data was made with the help of STATA statistics software. The Cronbach's alfa coefficient was applied, for the evaluation of the internal consistence of the answers, the Wilcoxon test of average equality for paired data and the Chi-Squared test of linear tendency. The correlation of the domains was made through the coefficient of Spearman's linear correlation. The following items predominated in the sample (n=28) were: women (53.6%), age range from 51 to 60 years (32.1%), married (60.7%), catholic (67.9%), working (71.5%). The predominant malign neoplasia was of colon and rectum (57.2%), with hepatic metastasis (53.6%). The most employed surgical treatment was colectomy (39.3%). The most used protocol was FOLFOX (67.9%), with palliative intention (57.1%). The most evident unwelcome effects were the gastrointestinal ones associated with fatigue (39.3%). The Cronbach's alfa coefficient attested the reliability of the study. Evaluating the quality of life concerning the average of the global items and domains of the scale, the perception as to the quality of life was considered regular; and the satisfaction with the bad health, in both cycles of the treatment. As to the evaluation of the domains, the highest average was the one concerning the social relations and the lowest average was the psychological domain. The evaluation of the quality of life was seen as regular, in both cycles. The tool favors aspects related to independence, performance of daily and labor activities, but it is not exempt of a negative aspect, influencing the perception of the patients, by the fear of the unknown, the presence of a device in the daily life, discomfort related to moving. It was possible to conclude that no isolated factor will positively or negatively influence in the quality of life of oncological patients, independently of the moment lived. It is important to know the determinants in this sense, allowing the implementation of strategies to preserve the quality of life of this clientele.

**Key Words:** Quality of life. Oncology. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** – Interpretação do Coeficiente de Spearman.

**Tabela 1** – Distribuição proporcional das características sociodemográficas de pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 2** – Distribuição proporcional das características clínicas de pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 3** – Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 4** – Medidas descritivas (média e desvio padrão) e Intervalo de confiança a 95% da média para domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 5** – Distribuição proporcional dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no o terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 6** – Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

**Tabela 7** – Medidas descritivas (média e desvio padrão) e Coeficiente de correlação de Spearman da relação entre os itens 1 e 2 e os domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos epidemiológicos e conceituais</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Tratamento do câncer</b>	<b>29</b>
<b>3.3</b>	<b>Qualidade de vida</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>O papel do enfermeiro em oncologia</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de pesquisa</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b>	<b>40</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos de coleta dos dados</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumentos para coleta de dados</b>	<b>42</b>
<b>4.6</b>	<b>Descrição das variáveis</b>	<b>42</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>43</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra</b>	<b>46</b>
<b>5.2</b>	<b>Avaliação da qualidade de vida dos pacientes após a aplicação do instrumento WHOQOL-bref</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>72</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias são agrupadas em mais de duzentos tipos, cada um deles apresentando características específicas e comportamentos biológicos distintos, decorrentes de alterações genéticas (mutações) que dão origem a células mutantes que adquirem autonomia no crescimento e possuem a capacidade de invadir outros tecidos. As causas das mutações são variadas, muitas vezes relacionadas a fatores externos como substâncias químicas, radiações e infecções virais que acometem genes específicos em indivíduos pré-dispostos (BRASIL, 2008).

De acordo com dados do sistema de informações sobre mortalidade do DATASUS, no ano de 2010, as neoplasias ficaram em segundo lugar nas ocorrências de mortalidade, alcançando o número de 178.990 óbitos, superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório, que tiveram um total de 326.371 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que tanto para o ano de 2012, como para o ano de 2013, poderão ocorrer, aproximadamente, 518.510 novos casos de câncer no Brasil. A organização prevê, ainda, até o ano de 2030, cerca de 27 milhões de casos incidentes da doença, com 17 milhões de mortes, e que 75 milhões de pessoas sejam diagnosticadas anualmente com câncer. No Ceará, a estimativa para novos casos de câncer no ano de 2012 é de 17.390 novos casos por cem mil habitantes no estado e 5.090 novos casos por cem mil habitantes na capital (BRASIL, 2011).

As possibilidades terapêuticas mais comumente utilizadas são os tratamentos curativo, paliativo, de controle e de suporte, por meio de intervenção cirúrgica, tratamento antineoplásico, radioterapia, entre outros, os quais podem ser usados isoladamente ou de forma combinada (FERRARI; HERZBERG, 1997; EISER; EISER; STRIDE, 2004).

Dentre as várias modalidades de tratamento do câncer, a quimioterapia antineoplásica é a mais frequente, podendo estar associada ou não a outras modalidades. O protocolo da terapia é instituído de acordo com o tipo do tumor, seu comportamento biológico, sua localização, extensão da doença, idade e de condições gerais do paciente (BRASIL, 2008).

O tratamento com antineoplásicos vem sendo bastante empregado, visto que cerca de 60 a 70% dos pacientes necessitam desta terapia, que utiliza agentes citotóxicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos. É uma das mais importantes maneiras de combater o câncer, pois em nível sistêmico permitem o tratamento precoce de micrometástase (BONASSA; GATO, 2012).

Dentre as várias vias de administração das drogas antineoplásicas, está a via endovenosa, que pode ser realizada por meio de acessos venosos periféricos ou centrais. Segundo Silva e Campos (2009), um dos principais problemas associados ao cuidado e tratamento do paciente oncológico é a manutenção de um bom acesso venoso, necessário principalmente para a infusão de antineoplásicos.

Entretanto, com os avanços tecnológicos no tratamento do câncer, tornou-se possível oferecer algumas formas de quimioterapia antineoplásica com segurança. Atualmente esta modalidade terapêutica é viabilizada graças à utilização de tecnologias em saúde como os cateteres totalmente implantados e a utilização de dispositivos de infusão contínua.

Os cateteres de longa duração começaram a ser utilizados na década de 1970, tendo seu uso intensificado na década de 1980, a partir do desenvolvimento do chamado cateter totalmente implantável (SILVA; CAMPOS, 2009).

O cateter totalmente implantável consiste em um reservatório subcutâneo (câmara de infusão) feito de silicone ou titânio, geralmente inserido na região infraclavicular, conectado a um cateter de silicone cuja extremidade distal deve estar posicionada na junção da veia cava superior com o átrio direito (WOLOSKER *et al*, 2004).

O uso deste dispositivo apresenta as seguintes vantagens: reduz o risco de infecção; minimiza o risco de trombose; é de fácil punção; permite tratamento ambulatorial e domiciliar; é radiopaco; não interfere nas atividades diárias dos pacientes; é estético; preserva o sistema venoso periférico; e diminui o estresse e o sofrimento dos pacientes. Em contrapartida, seu uso não está isento de complicações, tais como: infecção, extravasamento, obstrução, trombose, hematoma e deslocamento (BRANDÃO *et al*, 2000).

Fatores emocionais e psicológicos também podem ser elencados como desvantagens quanto à inserção do cateter. Um estudo sobre a percepção dos pacientes em uso de cateter resultou como consequência negativa a impossibilidade

ou a interferência para realizar atividades normalmente praticadas antes da implantação, causando, segundo os pacientes, sentimentos de limitação e angústia, além da alteração na imagem corporal, com insatisfação na aparência física relacionada ao local do seu implante, seja pela proeminência do reservatório ou pela localização não usual do mesmo, o que resultou em sentimento de vergonha do próprio corpo e o uso de roupas fechadas (MARTINS; CARVALHO, 2008).

Quanto ao dispositivo de infusão contínua para a administração de quimioterápicos antineoplásicos, sua criação veio influenciar esta modalidade terapêutica, possibilitando a administração contínua de medicamentos fora do ambiente hospitalar, o que representa uma grande vantagem na atenção ao paciente oncológico, uma vez que submetê-lo a internações frequentes pode agravar sua condição devido ao seu sistema imunológico muitas vezes deprimido.

Os dispositivos de infusão contínua estão em uso clínico há mais de 20 anos, sendo largamente usados em hospitais e *home care* para a infusão de antineoplásicos, agentes antimicrobianos, analgesia, anestesia e para o controle da dor no pós-operatório (SKRYABINA; DUNN, 2006).

Estes dispositivos podem ser utilizados na administração de drogas sem a necessidade de internação, permitindo ao paciente ir para o seu domicílio e permanecer ao lado de sua família, realizando suas atividades cotidianas durante esse período.

Para a infusão de soluções existem basicamente dois tipos de dispositivos: os portáteis e os não portáteis. Os primeiros podem ser mecânicos ou descartáveis. Os mecânicos permitem infusões mais precisas, com alarmes de sinalização para o caso de alguma intercorrência. Já os descartáveis, também chamados elastoméricos, infundem a medicação sob uma velocidade fixa, com precisão menor e não possuem alarme (BONASSA; GATO, 2012).

Sobre o dispositivo descartável, trata-se de uma bomba elastomérica unidirecional. Seus principais componentes são: o balão elastométrico, o resistor de fluxo, o tubo, a tampa protetora, o conector de rosca e a tampa final. Pode ser utilizado para infusões intravenosas, epidural ou subdural, por um período de 12 horas até sete dias (BAXTER, 2012). Dentre suas vantagens, podemos citar a facilidade de mobilidade, sua fácil oclusão e o fato de que os parâmetros de infusão não podem ser alterados pelo usuário. E, como desvantagens, existe a pouca

precisão dos dispositivos e a falta de consistência do tempo de infusão (SKRYABINA; DUNN, 2006).

Porém, a facilidade de utilização destes dispositivos pelos pacientes que deles necessitam aparece como seu principal benefício, como pode ser verificado no estudo de Borrás *et al* (2001) que compara a satisfação dos pacientes que se submetem à quimioterapia antineoplásica domiciliar e ambulatorial, o qual identificou que o grau de satisfação do grupo de pacientes que recebia o tratamento domiciliar foi maior do que o grupo que recebia tratamento ambulatorial.

Quanto ao custo destas tecnologias, tanto os dispositivos de infusão contínua quanto os cateteres implantados apresentam um valor relativamente elevado, o que restringe seu uso no sistema público de saúde brasileiro. Na saúde suplementar, estes dispositivos são bem aceitos, pois apesar de apresentarem um custo adicional, favorecem e contribuem para que o paciente retorne à sua residência para o tratamento, o que reduz os gastos com internação.

O retorno para casa é bastante benéfico para o paciente oncológico, uma vez que este tende a apresentar depreciação no seu estado imunológico e períodos longos ou frequentes de internação hospitalar, que além de serem extremamente desconfortáveis e desgastantes, podem se apresentar como uma ameaça para estes indivíduos. Ressalta-se ainda que os dispositivos possibilitam a permanência no ambiente domiciliar e o convívio com a família, minimizando os desconfortos da doença e do tratamento.

Embora algumas tecnologias e tratamentos apresentem custos relativamente elevados, os benefícios no tratamento através da preservação da qualidade de vida dos usuários possibilitarão o seu uso, daí ser importante descrever suas vantagens e desvantagens.

De acordo com Michelone e Santos (2004), a presença do câncer altera todos os aspectos da vida do indivíduo, acarretando profundas mudanças no seu modo de viver habitual, além de efeitos secundários quanto ao comprometimento da capacidade e habilidade para a execução de atividades da vida diária. Alterações na integridade física e emocional são observadas por essa clientela, que relata desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima, além de prejuízos da qualidade de vida num curto período de tempo. Diante desta realidade, criar estratégias para avaliar a qualidade de vida destes pacientes deve ser uma meta dos profissionais de saúde.



O presente estudo inicia-se com questionamentos e reflexões sobre qualidade de vida de pacientes com câncer que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos.

Pode-se perguntar: Quais domínios contidos do instrumento WHOQOL-bref estão mais comprometidos nos pacientes com câncer que utilizam dispositivo de infusão contínua de antineoplásicos?

A motivação pessoal que despertou meu interesse pela pessoa com câncer iniciou desde o tempo de infância, quando presenciei o sofrimento dos meus avós maternos, que faleceram desta doença e por conta dela, foram morar na casa dos meus pais, para receber os cuidados da família. O drama também se repetiu com minha avó paterna, também falecida deste mal.

A poucos anos, pude acompanhar a doença oncológica na vida de uma amiga, que conseguiu vencer a doença, porém passou por um longo caminho, entre cirurgias, exames, tratamentos com antineoplásicos e utilização de dispositivos de infusão no seu domicílio. Percebi, quanta angústia fora sentida, quantas dúvidas externadas, quanto medo do incerto, quanta luta! Vi que como enfermeira, pude orientá-la muitas vezes, acolhê-la, confortá-la e lançar mão dos meus conhecimentos, isto me causou ainda mais encanto pela profissão.

Logo, sempre me sensibilizei com situações em minha prática profissional, quando o câncer estava presente de alguma forma. Até ser direcionada a realizar auditoria de enfermagem dos pacientes em tratamento com antineoplásicos de um plano de saúde de Fortaleza, onde trabalho ainda hoje. Preciso dizer que este foi um grande presente que recebi, pois cresceu em mim o interesse em aprofundar os meus conhecimentos sobre este assunto e tentar contribuir de alguma forma com os pacientes.

Durante muito tempo, o tratamento do câncer buscava erradicar a doença de qualquer maneira, não importando o tamanho do sofrimento trazido com os tratamentos ou as mutilações físicas: sacrificar uma mama ou as duas, um membro, a parede torácica, a parede abdominal etc. E, embora os médicos conseguissem altos índices de cura, muitas vezes os pacientes sobreviviam com sequelas ou com limitações de convivência social. Não havia uma preocupação com relação à qualidade de vida desses pacientes até meados do século XX (AMARAL, 2010).

Porém, com o avanço da medicina quanto aos tratamentos antineoplásicos e radioterápicos, estudos sobre qualidade de vida na área da oncologia têm

aumentado nas últimas décadas, tornando-se um tema imprescindível, uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevida do paciente sem que o mesmo tenha um mínimo de qualidade de vida (SAWADA *et al*, 2009).

Muitos fatores têm influenciado o crescente interesse por medidas que melhorem a qualidade de vida, já que estas auxiliam tomadas de decisões principalmente em pacientes com condições crônicas, influenciando a escolha do tratamento e facilitando as informações, tornando-os participantes na terapêutica, além de proverem dados de relevância às autoridades reguladoras para a aprovação de novas drogas e dispositivos (LUDERITZ; JUNG, 2000).

Como cada vez mais as pessoas estão vivendo e convivendo com o câncer, a importância da pesquisa de qualidade de vida torna-se crescente (Sanson-Fisher *et al*, 2010), pois, a cada dia, novas terapêuticas são testadas e introduzidas na área da oncologia, tornando-se importante que este tema seja incorporado como medida de avaliação dos resultados dos cuidados de saúde, pois o objetivo do tratamento do câncer não é só obter a cura, mas também minimizar a incidência de complicações relacionadas com o tratamento, proporcionando uma qualidade de vida tão longa quanto possível (PINTO; RIBEIRO, 2007).

Assim, sendo atualmente considerada como medida de desfecho clínico que investiga a avaliação do próprio cliente quanto aos efeitos de uma doença ou do tratamento sobre sua vida, bem como seu grau de satisfação e bem estar, a avaliação da qualidade de vida favorece a obtenção de parâmetros seguros para a identificação e realização de estratégias que promovam algum impacto positivo na vida dessas pessoas.

O conceito de qualidade de vida é inerentemente subjetivo e de definição muito variada. Fleck (2000a) afirma que, ao se considerar que qualidade de vida é um valor subjetivo, a mesma só pode ser mensurada pela própria pessoa avaliada. No entanto, existe a ideia geral de que a qualidade de vida é uma construção multidimensional.

Embora haja um consenso de que a qualidade de vida deve ser avaliada, seu conceito ainda é amplamente discutido. Nesse sentido, a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde é a que melhor referencia a definição do construto *qualidade de vida*, sendo, por isso, utilizada neste estudo:

Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores nos quais vive e em relação a suas expectativas, padrões e preocupações (...). Trata-se de um conceito amplo, que incorpora de forma complexa, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL, 1995:1405).

Com o aumento de estudos nesta área, cresceu também o número de instrumentos disponíveis para a avaliação da qualidade de vida. No ano de 1991, mais de 160 diferentes instrumentos aplicados para avaliar a qualidade de vida de pacientes com diversas doenças foram publicados. Atualmente, entre instrumentos genéricos e específicos, o número ultrapassa 300 questionários para as mais variadas doenças (DUARTE *et al*, 2003), a exemplo: WHOQOL-100, WHOQOL-bref; Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers; *Nottingham Health Profile* – NHP; *Sickness Impact Profile* – SIP; e *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* – SF36 (SILQUEIRA, 2005).

Para esta pesquisa optou-se pela utilização do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref, sendo este, uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo de estudo em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS)(FLECK *et al*, 2000b).

O WHOQOL-bref apresenta um grande avanço na metodologia utilizada para o desenvolvimento de instrumentos interculturais confiáveis e válidos e no fornecimento de um instrumento que avalia uma ampla variedade de domínios de qualidade de vida, podendo ser utilizado em uma larga variedade de populações, abrangendo doenças clínicas em diferentes estágios, visto ser um instrumento útil em estudos que se propõem a medir o impacto de determinadas intervenções na qualidade de vida de uma população de interesse (FLECK, 2008).

Vários estudos já foram realizados com a utilização deste instrumento, podendo ser citados os estudos recentes de Prado (2010) que avaliou a qualidade de vida de homens com câncer; Barreto (2010) que utilizou o instrumento WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida de homens e mulheres de uma comunidade no estado do Ceará e Nogueira (2009), que realizou estudo com estudantes de medicina.

Observa-se também, que estudos foram realizados em pacientes oncológicos em tratamento com antineoplásicos, como Mansano-Schlosser e Ceolim (2012); Chaves e Gorini (2011); Jorge e Silva (2010), ambos que avaliaram a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento com antineoplásicos. Todavia, no Brasil, desconhecemos estudos que avaliem a qualidade de vida dos pacientes oncológicos em uso de dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos.

Por conseguinte, optamos pela avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em uso do dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos a partir do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL – bref, já utilizada em diferentes clientelas e que tem suas propriedades de medidas adequadamente testadas, uma vez que já foi traduzida e validada para o português do Brasil por Marcelo Fleck em 1998.

Com a utilização do instrumento citado, o seguinte questionamento deverá ser respondido: “Como está a qualidade de vida de pacientes diagnosticados com câncer, tratados com antineoplásicos, através de um dispositivo de infusão contínua”?

Investigar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que utilizam dispositivos para aplicação de antineoplásico é uma estratégia que possibilitará a ampliação do conhecimento dos problemas vividos por essa clientela e, conseqüentemente, permitirá a implementação de intervenções eficazes. Hackel e Ferrans (2003) reforçam que informações dessa natureza podem ser usadas para identificar pacientes com maior risco de problemas, para antecipar intervenções e para aumentar a possibilidade de resultados positivos.

A avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em uso de dispositivo de infusão contínua para administração de antineoplásicos permitirá a ampliação dos conhecimentos acerca desta realidade e a formulação de estratégias terapêuticas frente ao tratamento com antineoplásicos, auxiliando, assim, a reintegração dos indivíduos em seu ambiente familiar e social.

Mais ainda: as evidências quanto ao favorecimento da qualidade de vida dos pacientes que utilizam estas tecnologias poderão servir de subsídio para a ampliação da sua utilização pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois, hoje, quando os pacientes necessitam realizar medicações em infusões contínuas pelo SUS, os mesmos precisam permanecer internados durante todo o período, o que não deixa

de ser um custo adicional para o Sistema, além de expor os indivíduos a períodos frequentes de internação, aumentando o risco de infecção e a ocorrência de outras morbidades, trazendo desconforto para estes e seus familiares.

Logo, para a enfermagem, profissão que exerce o acompanhamento integral ao paciente, promover ações e condições que favoreçam a qualidade de vida de pacientes oncológicos deve ser considerado como uma meta para o planejamento da assistência.

Os resultados do presente estudo poderão também proporcionar a formulação de novas práticas de intervenções na área de enfermagem, objetivando interferir nos fatores que alteram a qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da assistência e de vida dos pacientes oncológicos, bem como possibilitará uma ampliação da produção científica, além da renovação dos conhecimentos nesta área.

Assim, estar com câncer acarreta uma sobrecarga de responsabilidades muito grande sobre o indivíduo acometido, fazendo com que o seu impacto seja variável para cada pessoa, o que gera desgaste emocional e social, afetando assim a sua qualidade de vida.

Então, avaliar a qualidade de vida é particularmente importante, pois apesar de instituído um tratamento adequado pela equipe médica, os prejuízos à saúde persistem e as necessidades de mudanças no seu estilo de vida influencia a forma como o indivíduo avalia o seu bem estar.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar os pacientes oncológicos que utilizam dispositivos para infusão contínua de antineoplásicos quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;

Identificar os domínios de qualidade de vida afetados nos pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos;

Comparar as médias dos domínios de qualidade de vida dos pacientes no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação dos antineoplásicos.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo serão abordados aspectos gerais sobre o câncer, apresentando sua epidemiologia, os conceitos gerais sobre a doença, fatores de risco, diagnóstico, principais modalidades de tratamento e qualidade de vida.

#### **3.1 Aspectos epidemiológicos e conceituais**

A incidência do câncer no Brasil é uma tendência mundial, dado o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, bem como devido à adoção de estilos de vida não saudáveis, à urbanização desenfreada e aos novos padrões de consumo (BITTENCOURT, 2009).

Atualmente, o câncer é um dos mais complexos problemas de saúde pública, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos (INCA, 2012).

Para o estabelecimento de medidas efetivas de controle do câncer, são necessárias informações criteriosas sobre a distribuição de sua incidência e mortalidade, possibilitando a compreensão da doença e seus determinantes, a formulação de hipóteses, a avaliação das tecnologias, bem como a efetividade da atenção à saúde (BITTENCOURT, 2009).

Em 2005, o câncer responsável por 7,6 milhões de mortes no mundo, representando 13% de todos os óbitos. As estatísticas mostram que os tipos de câncer com maior mortalidade são o de pulmão, com 1,3 milhão de mortes; o de estômago, com cerca de 1 milhão; o de cólon, com 655 mil mortes; o de fígado, com 662 mil óbitos; e o de mama, com 502 mil mortes. Destes, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda. No Brasil, esta doença fica em segundo lugar entre as causas de morte com 13,7% do total de óbitos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares cujo percentual chegou a 27,9%; e 12,4% referente às mortes por causas externas (BRASIL, 2008).

Em países com alto poder financeiro, há predominância dos cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon. Já nos países de baixa renda, predominam os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. Porém, mesmo com

essas características, observa-se um aumento progressivo dos cânceres de pulmão, mama, cólon e reto e alguns outros que antes não tinham representação diante desta magnitude (BRASIL, 2011).

Em estudo realizado por Guerra, Gallo e Mendonça (2005) alguns aspectos relativos ao comportamento dos principais tipos de câncer no panorama brasileiro merecem ser enfatizados, como o progressivo aumento da incidência do câncer de pulmão, especialmente em mulheres, devido ao aumento da exposição deste grupo ao tabaco, o que reflete ainda na incidência dos cânceres de boca e faringe, laringe e esôfago. Ainda observam que a associação entre hábitos alimentares de determinadas regiões do País, como o consumo de chá mate e churrasco muito quentes, o consumo diário de carne e pouca ingestão de frutas, contribuem para o aumento da incidência de cânceres específicos.

No Brasil, as grandes dimensões territoriais ocasionam diferenças regionais, sejam nos aspectos culturais, sociais ou econômicos, bem como na ocorrência das doenças e distribuição dos fatores de risco para o seu acometimento. Sendo assim, os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e de pele não melanoma, mama, colo de útero, cólon e reto e da glândula tireoide para o sexo feminino. São esperados 257.870 casos novos para pacientes do sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino (BRASIL, 2011). Estima-se que em 2020 o número de novos casos por ano seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% ocorrerão em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

As maiores taxas de incidência do câncer são encontradas em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Itália, Austrália, Alemanha, Canadá e França, enquanto nos países em desenvolvimento, as taxas mais elevadas encontram-se nos países africanos e no leste asiático (BRASIL, 2003).

A palavra câncer foi usada pela primeira vez por Hipócrates, há mais de três mil anos antes de Cristo e vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo. Atualmente, câncer é o nome dado para o conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (INCA, 2012).

O câncer tem início quando uma célula anormal sofre transformação por mutação genética do seu DNA, formando um clone, e começa a se proliferar de maneira anormal, sem obedecer aos sinais de regulação do crescimento no ambiente que a circunda. Assim, através de suas características invasivas, a célula



transformada infiltra-se nos tecidos circunvizinhos, ganhando acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos que, por sua vez, levam-na a outras áreas do corpo, ocasionando as metástases (SMELTZER; BARE, 2011).

O processo de formação neoplásica, também chamado de carcinogênese, envolve as seguintes etapas: iniciação, quando ocorre a modificação celular de forma irreversível; promoção, quando ocorre a estimulação da proliferação celular e o desenvolvimento de células alteradas; progressão, quando ocorre a expressão do nível histológico da neoplasia; e, por fim, a manifestação, que já é a infiltração nos tecidos vizinhos e a ocorrência de metástase (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Os tumores malignos são agrupados segundo o tecido de origem, sendo os de origem epitelial chamados de carcinomas e os de origem de tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, denominados sarcomas. (OTTO, 2002).

Vários padrões de crescimento celular podem fazer parte do ciclo da vida de uma pessoa, sendo estes padrões de crescimento não neoplásicos. Otto (2002) descreve os quatro mais comuns:

1. *Hipertrofia*: aumento do tamanho da célula em consequência de aumento da carga de trabalho, estimulação hormonal ou compensação relacionada com a perda funcional de outros tecidos.
2. *Hiperplasia*: aumento da quantidade de células de um tecido. Comum nos períodos de crescimento e desenvolvimento e regeneração da pele.
3. *Metaplasia*: substituição de um tipo de célula por outro.
4. *Displasia*: alteração da forma, tamanho ou organização das células adultas normais.

O autor descreve também dois padrões de crescimento neoplásico:

1. *Anaplasia*: o grau mais baixo de diferenciação das células displásicas.
2. *Neoplasia*: quando o crescimento celular é sem controle e não consegue cumprir a função normal das células daquele tecido.

A produção de células cancerosas pode se originar de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos, que podem ser químicos, físicos ou biológicos. Em ambos os casos, verifica-se a indução de alterações mutagênicas e não mutagênicas ou epigenéticas nas células (BRASIL, 2008).

A presença dos agentes cancerígenos, por si só, não pode ser responsabilizada pelo desenvolvimento dos tumores malignos. Para que a doença

ocorra, muitas vezes é necessária a exposição a vários fatores, como toxinas e tabagismo crônico, dentre outras causas (INCA, 2012).

Segundo Otto (2002), o risco para o desenvolvimento do câncer depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas de uma população, bem como das características biológicas dos indivíduos, podendo ser atribuídas tanto a causas externas (como substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais e ambientais) quanto a causas internas (que são hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas).

Porém, apesar de o fator genético exercer um importante papel na formação dos tumores malignos, são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. Dentre os fatores que podem desencadear a doença, 10 a 20% são atribuídos às causas internas, enquanto que 80 a 90% estão associados a fatores ambientais (INCA, 2012).

Os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer podem ser modificáveis ou não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são o uso do tabaco e do álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, ingestão de alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica. Há ainda na lista o uso de drogas hormonais, fatores reprodutivos e a imunossupressão. Já entre os fatores de risco não modificáveis estão a idade, o gênero, a etnia e a herança genética. O risco de câncer aumenta com a idade, mas a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos é que determinará o risco individual de câncer (BRASIL, 2008).

Medidas de prevenção devem ser incentivadas, como a importância do aumento da cobertura do exame colpocitológico, na prevenção do câncer de colo de útero através da infecção por HPV, refletindo na diminuição da mortalidade por este tipo de câncer no Brasil. Bem como a ocorrência de câncer de mama como principal causa de morte por neoplasias em mulheres no país podem estar relacionadas ao risco e sobrevivência locais, dadas as questões socioeconômicas, reprodutivas e ambientais. Por fim, a relação de fatores ambientais com o risco de câncer de próstata e câncer de cólon e reto no país (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Uma das maneiras de prevenção e controle dos fatores que desencadeiam o desenvolvimento do câncer está centrada nas ações de prevenção primária, tais como controle ao tabagismo e do consumo de álcool, incentivo à dieta com

qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares. Além disto, as estratégias de prevenção secundária para alguns tipos de câncer que, na experiência de outros países, tiveram impacto na mortalidade, como, por exemplo, para os cânceres de mama e de colo uterino, devem se tornar políticas prioritárias. Considerando também a situação socioeconômica e as desigualdades existentes nas diversas regiões do Brasil, sendo que todas as ações programáticas devem se dar no contexto da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e de promoção da saúde (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

O diagnóstico do câncer baseia-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais, bem como nos resultados de avaliações diagnósticas. Os pacientes devem ser investigados quanto à presença do tumor maligno e sua extensão, à ocorrência de disseminação e metástase, à função de órgãos e sistemas corporais não afetados e à análise de tecidos e células para avaliação do estágio e grau tumorais (SMELTZER; BARE, 2011).

O estadiamento do câncer é utilizado com o propósito de se obter informações precisas sobre a extensão da doença para cada localização anatômica porque a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica das neoplasias malignas auxiliam no planejamento do tratamento, na indicação do prognóstico e na avaliação dos resultados de tratamento, além de facilitarem a troca de informações entre os centros de tratamento e contribuir para a pesquisa sobre o câncer humano (SIMÕES, 2008; BRASIL, 2004).

“O estadiamento é um dos pilares fundamentais no tratamento do câncer. O melhor médico oncologista é aquele que proporciona ao seu paciente o estadiamento clínico mais acurado.” (Simões, 2008:2).

O sistema de estadiamento mais utilizado é o denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Baseado na extensão anatômica da doença, o sistema leva em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

De acordo com este sistema de classificação, as seguintes definições gerais são utilizadas:

**T - Tumor Primário:**

- TX - O tumor primário não pode ser avaliado.
- T0 - Não há evidência de tumor primário.
- Tis - Carcinoma *in situ*.
- T1, T2, T3, T4 - Tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário.

**N - Linfonodos Regionais:**

- NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
- N0 - Ausência de metástase em linfonodos regionais.
- N1, N2, N3 - Comprometimento crescente dos linfonodos regionais.

**M - Metástase à Distância:**

- MX - A presença de metástase à distância não pode ser avaliada.
- M0 - Ausência de metástase à distância.
- M1 - Metástase à distância (BRASIL, 2004).

A graduação dos sistemas tumorais procura definir o tipo do tecido do qual o tumor se originou e o grau em que as células neoplásicas contêm características funcionais e histológicas do tecido de origem. Esta informação auxilia a equipe a estabelecer o comportamento e o prognóstico dos diversos tumores. Quanto maior a graduação do tumor, mais agressivo ele será e responderá menos aos tratamentos propostos (SMELTZER; BARE, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012b), para estabelecer a graduação dos tumores, são utilizados os critérios de graduação das células, como a estrutura, o aspecto celular e a função. O tumor recebe um valor numérico que varia de 1 a 4, sendo:

- GX - O grau de diferenciação não pode ser avaliado.
- G1 - Bem diferenciado.
- G2 - Moderadamente diferenciado.
- G3 - Pouco diferenciado.
- G4 - Indiferenciado.

A administração dos antineoplásicos, bem como a administração de outras formas de terapia, é coordenada de acordo com o ciclo celular (SMELTZER; BARE, 2011).

### 3.2 Tratamento do câncer

O câncer em sua fase inicial pode ser controlado e curado. O tratamento é baseado em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer, que pode ser a cirurgia, a radioterapia e a hormonioterapia, a terapia biológica e a quimioterapia antineoplásica (BRASIL, 2008).

A cirurgia foi e continua sendo a principal modalidade de tratamento curativo para a maioria das neoplasias malignas, estando incluídas desde as biópsias para firmar o diagnóstico, passando pelo estadiamento, até as grandes ressecções (SIMÕES, 2008).

Cerca de 60% de todos os pacientes portadores de câncer necessitam de cirurgia para o tratamento, podendo ela ter finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa, sendo que os tumores de crescimento lento e as lesões iniciais apresentam maior chance de cura cirúrgica. As cirurgias curativas são aquelas em que todo o tumor é removido e as margens cirúrgicas são microscopicamente livres de lesão. Já o tratamento paliativo tem a finalidade de reduzir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou afetam a sua qualidade de vida. (BRASIL, 2008).

A radioterapia consiste na aplicação de radiação ionizante com a finalidade de interromper o crescimento celular. Pode ser utilizada com finalidade de cura, controlar a doença nos casos em que não há possibilidade de remoção do tumor ou de maneira profilática, para evitar infiltração leucêmica (SMELTZER; BARE, 2011).

A aplicação de radioterapia pode ser realizada de duas formas, sendo elas: a teleterapia, que consiste na aplicação da radiação a partir de uma fonte externa ao corpo, e a braquiterapia, quando a fonte radioativa é colocada próximo, em contato ou dentro do órgão. Na maioria dos casos o tratamento definitivo consiste na combinação das duas modalidades (Kowaliski, et al, 2006). A radioiodoterapia combinada com a cirurgia tem efeito satisfatório, aumentando a taxa de sobrevivência e cura em torno de 90% dos casos (BRASIL, 2008).

O efeito da radioterapia depende de fatores como radiosensibilidade própria dos tumores, volume e vascularização, extensão local, metástase à distância, tolerância do tecido e desempenho clínico do paciente (SIMÕES, 2008).

Embora os avanços tecnológicos sejam frequentes no tratamento do câncer, incluindo a área de radioterapia, através da criação de aparelhos cada vez mais precisos, os efeitos gerados pela radiação existem e requerem um planejamento criterioso e sistematizado, mesmo nas radioterapias paliativas. Os efeitos tóxicos vão depender da localização do tumor, da energia utilizada, do volume do tecido irradiado, da dose total e das condições gerais do paciente (SILVA, 2009).

A hormonioterapia consiste na administração de hormônios que têm por função interferir no crescimento dos tumores que são estimulados por hormônios naturais. Assim como antineoplásicos, os hormônios podem ser utilizados em neoadjuvância, na adjuvância e na doença metastática (KALIKS; SIMON, 2012).

Há ainda a terapia biológica, que envolve a aplicação de medicações que atuam por diversos mecanismos: bloqueio de receptores de fatores de crescimento (como o fator de crescimento epidérmico - EGF), inibição da atividade de oncogenes, bloqueio do ciclo celular, inibição da angiogênese e restauração do funcionamento de genes de supressão tumoral (BONASSA; GATO, 2012).

A quimioterapia antineoplásica consiste no uso de drogas para o tratamento de doenças, dentre elas o câncer. É utilizada desde o primeiro século depois de Cristo, quando Dioscórides utilizou a colchicina para o tratamento de tumores iniciais. Desde então muitos compostos têm sido usados para o tratamento do câncer (AMARAL, 2010).

Os agentes antineoplásicos foram introduzidos no arsenal terapêutico há cerca de 60 anos. Como característica da doença, ocorre o crescimento tecidual no órgão afetado e os antineoplásicos vão agir nestas células em proliferação, interferindo no mecanismo de divisão e levando-as à morte (ALMEIDA, 2010).

A maioria destas drogas é injetada na veia ou no músculo, enquanto outras são administradas via oral, agindo de forma sistêmica. Os tratamentos são geralmente feitos em ciclos, formados por um período de uso da droga e um período de descanso. As drogas de administração intravenosa são aplicadas em diferentes escalas de tempo, podendo ser imediato, 30 minutos, 12 ou 24 horas, ou até mesmo por um período de vários dias (AMARAL, 2010).

A realização dos protocolos de quimioterapia antineoplásica é feita em ciclos sendo que o primeiro ciclo é chamado de indução e possui o objetivo de promover a remissão completa ou parcial da doença. Os antineoplásicos não são capazes de destruir todas as células malignas, restando sempre uma porcentagem doente que

precisa ser eliminada nos ciclos subsequentes, antes que o câncer torne a se expandir. Além disso, o intervalo entre as aplicações viabiliza um período de repouso, para que o organismo se recupere da toxicidade e seja então submetido a nova fase do tratamento (HEMORIO, 2010).

Para alguns tipos de câncer, a quimioterapia antineoplásica pode ser a única modalidade de tratamento, enquanto para outros, como os de mama e de cólon, esta modalidade terapêutica pode ser combinada com cirurgia ou radioterapia. Em outros casos, a quimioterapia antineoplásica para o controle dos efeitos pode prolongar a vida, sem sinais de doença por muitos anos, como, por exemplo, na leucemia crônica. Em câncer avançado ou metástase, este tratamento tem sido usado para aliviar os sintomas e prolongar a sobrevivência. O plano de tratamento depende do tipo de cancro, de sua localização, do grau de propagação, do efeito da doença sobre o funcionamento do corpo, do estado geral de saúde do paciente, da resposta do corpo à quimioterapia e dos objetivos terapêuticos. (BOOTHROYD; LEHOUX, 2004).

Os tratamentos com antineoplásicos podem ser classificados em (BONASSA; GATO, 2012; BRASIL, 2008):

- Quimioterapia neo-adjuvante: quando o antineoplásico é administrado antes do tratamento principal.
- Curativa: quando o objetivo é a erradicação da neoplasia.
- Adjuvante: quando a droga é administrada após o tratamento principal, cirurgia ou radioterapia.
- Potencializadora: quando utilizada em conjunto com a radioterapia, no sentido de potencializar o efeito dos antineoplásicos.
- Paliativa: visa melhorar a qualidade de vida do paciente, mediante controle e alívio dos sintomas da doença.

Por ter ação sistêmica, afetando tanto as células doentes como as saudáveis, vários são os efeitos provocados pelos antineoplásicos. Os sintomas podem ser divididos em dois grupos: os agudos, que podem aparecer minutos após a administração dos antineoplásicos, e os tardios, que podem surgir semanas ou meses após a infusão dos mesmos (ROQUE; FORONES, 2006).

Com repercussões diretas no estado geral do paciente, os efeitos provocados pelos antineoplásicos vão influenciar na qualidade de vida dos mesmos, seja a curto ou longo prazo. Sawada (2002) reflete que a monitorização dos sintomas da doença,

bem como dos efeitos colaterais do tratamento proposto são aspectos importantes que influenciam a qualidade de vida dos pacientes com câncer.

Os efeitos adversos, segundo os sistemas comprometidos, podem ser: anemia, neutropenia, trombocitopenia, toxicidades cardíacas, pulmonares, neurológicas, renais, hepáticas, dermatológicas (hiperpigmentação, alopecia, dermatites) e gastrointestinais (náuseas e vômitos, mucosite, diarreia, constipação, anorexia e fadiga), disfunção reprodutiva e disfunção metabólica (BRASIL, 2008).

É importante considerar que os efeitos adversos das drogas vão ocorrer mesmo em doses terapêuticas. Estes efeitos causam muita ansiedade e temor nos pacientes e os profissionais devem estar preparados para reconhecer a toxicidade das drogas e saber como agir diante dos sintomas apresentados pelos pacientes. Daí a importância de uma avaliação criteriosa, bem como introduzir medidas de prevenção e manejo, fazendo orientações adequadas aos seus pacientes e acompanhantes, de forma a minimizar os efeitos negativos do tratamento e preservar a qualidade de vida dos doentes (ALMEIDA, 2010).

### **3.3 Qualidade de Vida**

O termo qualidade de vida é o resultado final de um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgiram a partir de 384 a.C., quando Aristóteles se referia à associação entre felicidade e bem-estar. Naquela ocasião, as diferenças interpessoais e intrapessoais em relação à satisfação com a vida eram consideradas essenciais para a compreensão de bem estar. Interpretações conceituais deste tema foram delineadas por filósofos, teólogos e interessados, propiciando, ao longo dos tempos, uma melhor abrangência (FAYER; MACHIN, 2000).

Mais adiante, já em 1964, o termo qualidade de vida foi mencionado por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, que o utilizou no Relatório da Comissão Presidencial sobre os Objetivos Nacionais, quando relatou que os “[...] objetivos só poderiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Isto gerou uma movimentação de cientistas, filósofos e políticos que começaram a buscar parâmetros que fossem além das taxas de mortalidade.

Na área da saúde, o conceito de qualidade de vida foi introduzido quando se percebeu que os desfechos médicos tradicionais, como mortalidade e morbidade,



começaram a ser criticados, pois, devido ao seu foco restrito, não serviam para representar outros desfechos potenciais, como, por exemplo, os efeitos do tratamento do câncer que poderiam causar danos consideráveis aos pacientes (FLECK *et al*, 2008).

Ainda segundo os autores acima, a partir da década de 1970, a introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde passou a ser considerada devido a um prolongamento da vida à custa de um convívio com a forma abrandada ou assintomática das doenças, sendo importante dispor de maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais.

Considerada como uma noção eminentemente humana, a qualidade de vida tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial. Este termo abrange muitos significados, todos eles reflexos do conhecimento, experiências e valores individuais e coletivos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Segundo Calman (1984), a qualidade de vida só pode ser descrita e medida em termos individuais e depende do modo de vida atual, das experiências do passado, do que se espera para o futuro, dos sonhos e das ambições de cada um. Uma boa qualidade de vida é geralmente expressa em termos de satisfação, de contentamento, de felicidade e realização e da capacidade de lidar.

Kimura (1999) reflete que qualidade de vida é um conceito multidimensional, apresentando o termo como um construto multifatorial, influenciado pelas funções fisiológicas, pela capacidade funcional, pelas interações sociais, pelo comportamento afetivo e emocional, pelo trabalho e pela situação econômica, todos centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos.

Tamaki (2000) define qualidade de vida do indivíduo como a satisfação das necessidades individuais e o bem-estar provocado pela satisfação das suas necessidades.

Já Vila e Rossi (2008) refletem que a qualidade de vida apresenta estreita relação com os fatores socioeconômicos, culturais e religiosos, os quais são influenciados por crenças, valores e atitudes vivenciadas durante a vida, incluindo, assim, o processo de saúde-doença.

Apesar de não haver um conceito único para o termo qualidade de vida, três aspectos fundamentais devem ser considerados: a subjetividade, onde a perspectiva do indivíduo é o que está em questão; a multidimensionalidade, na qual a qualidade

de vida é composta de várias dimensões; e a bipolaridade, que esclarece que para uma boa qualidade de vida é necessário que alguns elementos estejam presentes e outros ausentes (FLECK et al, 2008).

O conceito da OMS de que a saúde é definida como o “completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença” é o marco conceitual para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida pelo WHOQOL Group (1995), que definiu este construto como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores em que vive em relação às suas expectativas, as seus padrões e suas preocupações” (FLECK, 2008).

Fleck (2008) aponta ainda que esta definição reforça o entendimento de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva, porém que sofre influências do contexto cultural, social e ambiental. Logo, tal característica determina que o conceito de qualidade de vida não pode ser igualado aos conceitos de bem-estar, estado de saúde, estilo de vida ou estado mental.

No campo da saúde, a qualidade de vida tem sido incorporada como um objetivo a ser alcançado. Avaliando a qualidade de vida de pessoas saudáveis, a saúde pode não ser um fator determinante. Porém, em uma pessoa doente, a avaliação do seu estado de saúde contribuirá de forma decisiva para a análise da qualidade de vida experimentada (SANTOS, 2003).

Neste sentido, a integração da avaliação da qualidade de vida nos contextos clínicos deve vir a ser normalizada, como o exame físico ou outros exames clínicos, pois fornece a compreensão do impacto da doença sob a perspectiva da pessoa, o que é diferente do estado de saúde e do funcionamento físico. Estas avaliações são importantes para compreender as diferenças individuais nas respostas à doença e assim favorecer o desenvolvimento de intervenções preventivas e/ou de intervenção precoce de forma a potencializar a qualidade de vida (PINTO; RIBEIRO, 2007).

Avaliar a qualidade de vida tornou-se uma importante ferramenta de avaliação do impacto da doença, da saúde e do tratamento. A identificação dos efeitos de determinada doença ou tratamento na vida dos pacientes pode resultar em mudanças nos procedimentos terapêuticos, auxiliando médico e paciente na melhor decisão terapêutica (VARTANIAN *et al*, 2007).

A pesquisa associada à qualidade de vida em oncologia surgiu entre meados de 1956 e 1976, em associação com os estudos clínicos, pois antes, a avaliação da

qualidade de vida constava presente somente em 5% dos ensaios clínicos. Em 1985 ocorreu uma importante medida, quando o Food and Drug Administration (FDA) promoveu a avaliação da qualidade de vida como um resultado necessário para a aprovação de novas drogas antineoplásicas. A partir de então o número de artigos que avaliam a qualidade de vida dentro e fora do âmbito dos estudos clínicos tem tido crescimento relevante (GIESLER, 2000).

Desde o início dos anos 1970 tem havido um aumento exponencial no uso da qualidade de vida como desfecho em pesquisas clínicas e no levantamento do registro de ensaios clínicos controlados. Cochrane mostrou que os estudos mais relacionados com avaliação de qualidade de vida são aqueles referentes aos cânceres (29%) e às doenças cardiovasculares (26%) (ENGELMANN; PEHRSON, 2003).

Alguns estudos transformam medidas subjetivas em objetivas, capazes de serem mensuradas de forma quantitativa e aplicáveis a qualquer condição de saúde e doença; outros são destinados a doenças específicas. Estes instrumentos específicos são capazes de avaliar dimensões relevantes da doença ou condição em estudo e das características dos pacientes (DUARTE *et al*, 2003).

Porém, a maioria dos instrumentos para esta finalidade foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa. Diante da perspectiva internacional, formou-se um grupo de qualidade de vida na OMS, o Grupo WHOQOL, com a finalidade de desenvolver instrumentos dentro de uma perspectiva transcultural (FLECK, 2000a).

O primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS foi o WHOQOL-100, composto de cem questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais) e 24 facetas (FLECK *et al.*, 1999).

Nogueira (2009) diz que os aspectos acima são contemplados pelos seis domínios do WHOQOL em sua versão completa e por quatro na sua versão breve. Os escores discriminados de acordo com o domínio possibilitam uma avaliação abrangente das várias dimensões em estudo.

Porém, ao abordar a gama de 24 facetas que compõem o WHOQOL-100, este pode se tornar muito extenso, tornando-se necessária a criação de um instrumento que demandasse menos tempo para o preenchimento e que tivesse características psicométricas satisfatórias. Isto fez com que o grupo de qualidade de

vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-bref (FLECK, 2000a).

O WHOQOL-bref passou a ser composto pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em português do instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, o que mostra que a versão abreviada do WHOQOL-100 é uma alternativa útil para a avaliação da qualidade de vida, pois preserva a abrangência do construto “qualidade de vida”, incluindo itens não só referentes a aspectos físicos, mas também relativos ao meio ambiente e às relações sociais (FLECK *et al*, 2000b).

Destaca-se ainda que este instrumento seja útil em estudos que requerem uma breve avaliação da qualidade de vida. Além disso, o WHOQOL-Bref pode ser útil para os profissionais de saúde na avaliação da eficácia de tratamentos (WHOQOL, 1998).

O WHOQOL-bref já foi traduzido para mais de 50 idiomas e utilizado em mais de 50 países. No Brasil, o instrumento foi validado pelo professor Marcelo Fleck, através de um amplo estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, em 1998, e apresenta coeficiente de fidedignidade de Cronbach variando entre 0,69 a 0,91, de acordo com os domínios avaliados, o que atesta a consistência interna do instrumento (BARRETO, 2010; FLECK, 2008).

### **3.4 O papel do enfermeiro em oncologia**

Houve grande avanço nas técnicas diagnósticas e de tratamento em oncologia, o que possibilita a sobrevivência e a manutenção da qualidade de vida dos pacientes com câncer. A enfermagem deve acompanhar o desenvolvimento dessa especialidade através das investigações científicas, que é um importante recurso para a atualização do conhecimento para o cuidado ao paciente oncológico (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

O agir do enfermeiro tem sua origem no cuidado direcionado à clientela, sendo uma meta a melhoria da qualidade de vida da pessoa. O cuidar é a base da atuação do profissional enfermeiro e para este ser bem sucedido, é necessário

identificar as necessidades do doente, bem como as formas de sua resolução, de uma maneira holística e humanizada (GARGIULO *et al*, 2007).

O enfermeiro é um profissional capacitado para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, podendo interferir definitivamente na sua qualidade de vida futura. Nesse momento, o enfermeiro e sua equipe precisam ser pacientes e compreensivos, utilizando uma linguagem acessível e acolhedora (BRASIL, 2008).

Por este profissional estar mais presente no cotidiano dos pacientes com diagnóstico de câncer, vivencia situações difíceis que pode despertar sentimentos que resultam em desgaste físico e emocional (KLUSER *et al*, 2011).

Enumerando as atividades deste profissional, sua atuação desenvolve-se diretamente nas ações de prevenção primária e secundária do controle do câncer, através de ações educativas, apoiando medidas legislativas e auxiliando no diagnóstico precoce. O enfermeiro também pode prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e atendimento aos familiares. E ainda, pode desenvolver ações integradas junto aos outros profissionais para identificar fatores de risco ocupacionais para a prática de enfermagem na assistência ao paciente oncológico (BRASIL, 2002).

Verificando as responsabilidades do enfermeiro, percebe-se que esta tarefa é muitas vezes difícil, exigindo deste profissional, conhecimentos e habilidades compromissadas com a humanização do tratamento (MICHELONE; SANTOS, 2004).

Sabe-se que os diversos tratamentos do câncer são importantes, porém a enfermagem não deve voltar as suas atenções apenas para o manejo da doença e seu mundo biológico, devendo também incluir o paciente como um todo (BURKE, 1998).

A complexidade física do paciente oncológico é reconhecida pelo enfermeiro, dada a variedade de utensílios utilizados, como os cateteres, mas ao mesmo tempo, o reconhecem como sendo um paciente especial, fragilizado, inseguro, requerendo para o seu cuidado, além de saber técnico-científico, uma sensibilidade dirigida ao ser humano acometido pela doença oncológica (POPIM; BOEMER, 2005).

Exemplificando o citado acima, em estudo de Anjos e Zago (2006) que aborda as vivências relacionadas ao tratamento com antineoplásicos evidencia que este momento envolve uma dimensão que vai além das reações de náuseas e vômitos,

nem sempre é valorizada pelos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro. O enfermeiro precisa compreender como a doença e o tratamento afetam o paciente e como ele as interpreta.

Para isso, a implantação da consulta de enfermagem deve ser vista como meta para o acompanhamento do paciente em quimioterapia antineoplásica, direcionando o atendimento para a desmistificação do câncer dos tratamentos propostos, evidenciando a orientação de enfermagem como uma das estratégias que pode incentivar e desenvolver as potencialidades dos pacientes e familiares, bem como instrumentalizá-los para assumirem, como sujeitos, as ações voltadas para o enfrentamento dos problemas decorrentes desse tratamento (ANJOS; ZAGO, 2006).

Assim, será possível que a enfermagem, lidando no seu cotidiano com as ações de promoção e proteção da saúde trabalhe os aspectos relevantes para a promoção da qualidade de vida para seus clientes. Apesar de saber que a qualidade de vida, como decorrência da promoção da saúde, ainda não é o foco do sistema de saúde formal (COSTA; SILVA, 2004).

Por fim, a mensuração da qualidade de vida em pacientes oncológicos é um importante recurso para avaliar os resultados de tratamentos sob a perspectiva do paciente. Neste contexto, a enfermagem exerce papel importante na avaliação clínica do tratamento, pois, através da monitorização dos sintomas da doença e dos efeitos do tratamento, é possível avaliar a qualidade de vida dos pacientes com câncer (SAWADA, 2002).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Realizou-se um estudo longitudinal do tipo painel, com abordagem quantitativa, pois neste caso os participantes fornecem os dados em dois momentos distintos (1º e 3º ciclo), nos quais foram observadas mudanças na qualidade de vida em um período do tempo.

A pesquisa quantitativa investiga atributos mensuráveis de um fenômeno, além de sua predominância, incidência e tamanho. O pesquisador quantifica, descreve e classifica o fenômeno investigado e, além de observar e descrever pode aprofundar a investigação de outros fatores com os quais o problema possa estar relacionado, obtendo, assim, uma pesquisa exploratória (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo foi considerado desta natureza uma vez que procurou explorar o fenômeno em pacientes oncológicos que utilizam dispositivos de infusão contínua para a administração de antineoplásicos e, assim, levantar os domínios afetados no instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref, em determinado período de tempo.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado com os pacientes de uma operadora de plano de saúde localizada na cidade de Fortaleza, Ceará. Segundo Bonassa e Gato (2012) os dispositivos de infusão portáteis são financeiramente cobertos pelos convênios ou seguro-saúde, devido ao seu custo ser mais baixo do que os gastos com a hospitalização.

No local há um setor específico para o atendimento ao paciente em uso de quimioterapia antineoplásica, composto por uma médica oncologista, uma enfermeira, duas secretárias e um farmacêutico.

Todos os pacientes que necessitam de acompanhamento oncológico com administração de antineoplásicos têm o atendimento direcionado para este serviço, que é especializado no acompanhamento e autorizações de todo tratamento necessário durante o período da doença, seja ambulatorial ou internação. Porém, o paciente não necessita se deslocar até o local para solicitar suas autorizações: esta comunicação ocorre *on-line* entre o prestador do serviço a ser realizado e a operadora, que envia as solicitações de tratamento para serem autorizadas.

Uma vez enviada a solicitação de quimioterapia antineoplásica para o setor, esta é submetida a uma avaliação pelo profissional competente, que verifica a indicação, o tipo de protocolo utilizado, a dose do antineoplásico, a forma de administração da droga, o número de ciclos e a utilização de tecnologias, dentre elas, o uso do dispositivo de infusão contínua.

Após a análise, é emitida uma autorização para o uso do que foi solicitado caso esteja em conformidade com os protocolos utilizados na instituição e o paciente já pode realizar o tratamento no local de sua escolha, já que são várias as clínicas credenciadas pela operadora.

#### **4.3 População e amostra**

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão foram: Ser alfabetizado; ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico confirmado de neoplasia maligna; estar em tratamento com antineoplásico; fazendo uso de dispositivo de infusão contínua; aceitar a visita domiciliar para a coleta de dados no início e após o terceiro ciclo de aplicação do antineoplásico. Já os critérios de exclusão foram: ter utilizado do dispositivo de infusão contínua em outras ocasiões, como tratamentos prévios com antineoplásicos ou qualquer outra droga de infusão contínua; interrupção no tratamento antes do terceiro ciclo e piora clínica.

A amostra de conveniência se deu a partir da autorização do uso do dispositivo de infusão contínua, foi inicialmente composta por 36 pacientes, sendo este quantitativo o total dos pacientes que fizeram uso do dispositivo de infusão contínua no período de abril a julho de 2013. Entretanto, as perdas ocorreram uma



vez que alguns pacientes não residiam nesta capital, por motivos de recusa e óbito. Assim, a amostra final foi composta por 28 pacientes.

#### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

Após a seleção, foi feito um contato inicial, por telefone, com cada sujeito do estudo a fim de explicar o procedimento e agendar uma visita ao seu domicílio.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora durante o primeiro ciclo da quimioterapia antineoplásica e esclarecidos quanto aos objetivos e benefícios do estudo em questão, permitindo-se que manifestassem seu desejo de participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Os pacientes foram orientados quanto à necessidade de responder a todos os instrumentos no primeiro e terceiro ciclo de quimioterapia antineoplásica. Ressalta-se que em algumas situações foi necessário o preenchimento dos instrumentos pelo pesquisador, dada a debilidade física de alguns pacientes.

As informações relativas aos aspectos clínicos foram obtidas em um único momento, por meio da consulta ativa ao banco de dados na operadora de plano de saúde. Já, a avaliação da qualidade de vida foi feita em dois momentos, durante o primeiro e o terceiro ciclos do protocolo com antineoplásicos, uma vez que permitirão a avaliação da qualidade de vida em dois momentos distintos.

Segundo *The Scott Hamilton CARES Initiative* (2013), o tratamento com antineoplásico é administrado em ciclos, pois assim, permite atacar as células cancerosas mais vulneráveis e dar tempo para que as células normais do corpo se recuperem do dano sofrido. Portanto, o primeiro ciclo é no início do tratamento, um momento novo, de descobertas, dúvidas e questionamentos; já o terceiro ciclo, ocorre durante o curso do tratamento, quando o paciente já estará mais familiarizado com a utilização do dispositivo de infusão do antineoplásico.

#### 4.5 Instrumentos para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada com a aplicação dos seguintes instrumentos: Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica do respondente (APÊNDICE A) e o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref (ANEXO A).

A avaliação dos itens qualidade de vida dos respondentes foi desfecho neste estudo, sendo adotado o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref (ANEXO - A).

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100 e consta de duas questões gerais e 24 questões que englobam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esta versão assegurou a abrangência do constructo qualidade de vida, pois preserva cada uma das 24 facetas do instrumento original, incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e às relações sociais (FLECK *et al*, 2000b).

Fleck *et al* (2000b), esclarecem as facetas pertencentes a cada domínio, sendo elas:

- Domínio físico: Dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho.
- Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais.
- Relações sociais: Relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual.
- Meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente do lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); transporte.

#### 4.6 Descrição das variáveis

Para atender aos objetivos propostos pelo estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- a) Sociodemográficas: gênero, idade, estado civil, procedência, profissão/ocupação, nível de escolaridade e religião.
- b) Clínicas e terapêuticas: diagnóstico; presença de metástases; finalidade do tratamento; realização, tipo e data da cirurgia; realização de sessões de radioterapia; realização, protocolo, quantidade de sessões e efeitos colaterais da quimioterapia antineoplásica.
- c) Relativas ao WHOQOL-bref: 24 itens foram quantificados e apresentados através de 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente. Os domínios foram estratificados em 4 categorias: melhorar (1 a 2,9), regular (3 a 3,9 pontos), boa (4 a 4,9 pontos) e muito bom (5 pontos). As respostas aos itens percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde foram quantificados e estratificados em 4 categorias: melhorar (1 a 2,9), regular (3 a 3,9 pontos), boa (4 a 4,9 pontos) e muito bom (5 pontos).
- d) Ciclo do tratamento: estratificado em duas categorias 1<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> ciclo.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados após coleta e conferência foram digitados no Microsoft Access v.2003 e exportados para o software estatístico STATA v.8 para geração dos resultados. Após a digitação, realizaram-se análises exploratórias univariadas das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo, bem como a validação da consistência interna das respostas obtidas e o cálculo dos escores dos respectivos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref, com consequente análise da relação entre os domínios por ciclo (1<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup>).

Para realização das análises exploratórias, fez-se uso de distribuições frequências univariadas, medidas de tendência central (médias) e de dispersão (desvio padrão e diferença interquartilica), valores mínimo e máximo. Foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna das respostas aos itens do WHOQOL-bref, adotou-se a classificação sugerida por Steiner e Norman (2003) para avaliação dos valores obtidos: valores entre 0,70 e 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

As diferenças entre os valores dos domínios por ciclo foram verificadas com a utilização dois testes estatísticos não paramétricos. Para os valores contínuos dos escores dos domínios, foi utilizado o Teste de igualdade de médias Wilcoxon para dados pareado; e para os dados qualitativos ordinais (classificação dos domínios) o Teste Qui-quadrado de Tendência linear, ao nível de significância estatístico de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Para verificação da relação entre os escores dos domínios do WHOQOL-bref foi utilizado o Coeficiente de Correlação Linear de Spearman A indicação de uso deste coeficiente se deve ao fato da ausência de normalidade dos dados e ao n obtido para composição da amostra ( $n < 30$ ). Foi adotada a classificação sugerida por Vieira (2012), para interpretação do coeficiente, ao nível de significância estatístico de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Quadro 1** - Interpretação do Coeficiente de Spearman.

<b>Coeficiente</b>	<b>Interpretação</b>
$r = 1$ ou $-1$	Correlação Perfeita
$0,75 < r < 1,00$ ou $-1,00 < r < -0,75$	Correlação Forte
$0,50 < r < 0,75$ ou $-0,75 < r < -0,50$	Correlação Moderada
$0,25 < r < 0,50$ ou $-0,50 < r < -0,25$	Correlação Fraca
$0 < r < 0,25$ ou $-0,25 < r < 0$	Correlação Pequena ou Nula

**Fonte:** Vieira, 2012

#### 4.8 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o número 243.289 (ANEXO B), bem como obteve o consentimento da Diretoria de Provimentos de Saúde da operadora de plano de saúde para a realização da pesquisa, por meio da assinatura do termo de anuência (APÊNDICE C).

Ressalta-se que em toda a pesquisa houve o cumprimento da resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Para definir os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes de um estudo, a referida resolução leva em consideração os aspectos da autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça.

Os pacientes abordados foram esclarecidos sobre a pesquisa através da leitura das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado por todos que aceitaram participar do estudo. A pesquisadora esteve à disposição dos participantes para responder seus questionamentos, bem como para informar sobre a garantia ao anonimato das informações concedidas a partir da codificação das identidades de cada participante, cumprindo o princípio ético da não-maleficência.

Dessa forma, logo no primeiro contato com os pacientes, foi feito o convite para fazer parte da pesquisa, esclarecendo que eles tinham o direito de participar livremente deste estudo e de abandoná-lo se assim acharem oportuno, considerando a autonomia, sem sofrer qualquer dano.

O termo de consentimento pós-esclarecido foi emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para os participantes do estudo), servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais, contemplando o princípio da justiça.

Os dados obtidos permanecerão armazenados pela pesquisadora por um período de cinco anos. São confidenciais e terão como finalidade exclusiva a divulgação na própria Instituição de Ensino Superior, em eventos científicos e revistas de publicação nacional e internacional.

## 5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na seguinte sequência, a saber: Inicialmente será detalhada a caracterização dos participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos.

Logo após, será feita a análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref onde serão apresentados: a avaliação da consistência interna das respostas da escala através do Coeficiente Alfa de Cronbach, as medidas descritivas e intervalos de confiança dos domínios do WHOQOL-bref no primeiro e no terceiro ciclo de administração de antineoplásicos através de um dispositivo de infusão contínua; Distribuição proporcional dos domínios do WHOQOL-bref, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento antineoplásico; e por fim, as correlações entre os domínios do referido instrumento, entre os itens globais de avaliação de qualidade de vida, em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo do tratamento.

### 5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra foi composta por 28 pacientes em uso do dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, onde 15 (53,6%) eram mulheres, com média de idade de 58,2 anos ( $dp=13$  anos), idade mínima de 28 anos e máxima de 80 anos. Observa-se o grande desvio padrão na categoria idade, onde dois pacientes (7,1%) tinham idade inferior a 30 anos; e cinco pacientes (17,9%) idade superior a 70 anos, porém, a faixa etária predominante foi de 51 a 60 anos para 32,1% dos pacientes (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 17 (60,7%) pacientes eram casados. A religião católica foi citada por 19 (67,9%) pacientes. Em relação ao nível de escolaridade, 12 (42,9%) pacientes possuíam tempo inferior a 10 anos de estudo. No que se refere à posição na ocupação, 10 (35,7%) eram autônomos, seguidos em igual proporção por aposentados e donas de casa (21,4%), respectivamente.

**Tabela 1** Distribuição proporcional das características sociodemográficas de pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Gênero</b>	
Mulheres	15 (53,6)
Homens	13 (46,4)
<b>Grupo etário</b>	
Até 30 anos	2 (7,1)
De 31 a 40	2 (7,1)
De 41 a 50	2 (7,1)
De 51 a 60	9 (32,1)
De 61 a 70	8 (28,6)
Acima de 70	5 (17,9)
<b>Estado Civil</b>	
Casado	17 (60,7)
Solteiro	5 (17,9)
Viúvo	4 (14,3)
Divorciado	2 (7,1)
<b>Religião</b>	
Católico	19 (67,9)
Evangélico	5 (17,9)
Sem religião definida	4 (14,2)
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>	
Até 10 anos	12 (42,9)
De 11 a 15 anos	10 (35,7)
Acima de 15 anos	6 (21,4)
<b>Posição na ocupação</b>	
Autônomos	10 (35,7)
Aposentados	6 (21,4)
Do lar	6 (21,4)
Celetistas	4 (14,3)
Outros*	2 (7,1)

Fonte: Elaboração própria. \*01 estudante e 01 funcionário público.

Na caracterização dos aspectos clínicos (tabela 2), o tipo de neoplasia maligna mais frequente foi a de cólon e reto em 16 (57,2%) pacientes. Quanto ao tempo de diagnóstico, 10 (35,7%) pacientes encontravam-se nos primeiros seis meses e a mesma quantidade já se encontrava com mais de 18 meses de

diagnóstico da doença. A maioria, 15 (53,6%) pacientes já apresentava a ocorrência de metástase, sendo o fígado o órgão mais afetado.

O tratamento cirúrgico foi realizado em 25 (89,3%) pacientes, sendo a colectomia a mais frequente.

Referente à combinação de tratamento, estiveram presentes a intervenção cirúrgica, a quimioterapia antineoplásica e a radioterapia, porém a maioria dos pacientes (78,6%) realizou tratamento com cirurgia em associação com antineoplásico.

Quanto à finalidade da quimioterapia antineoplásica, para 16 (57,1%) pacientes utilizou-se o tratamento paliativo. O principal protocolo antineoplásico foi o FOLFOX (Fluorouracil, Folinato de Cálcio e Oxaliplatina), utilizado em 19 (67,9%) pacientes. Destaca-se aqui que o medicamento Fluorouracil esteve presente em todos (100%) os protocolos (tabela 2).

Quanto à ocorrência de efeitos colaterais durante o tratamento com antineoplásicos, os pacientes citaram a presença de náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, cefaleia, tonturas e fadiga. Percebe-se que os sintomas gastrointestinais, estando ou não em associação com outros efeitos, foram os mais frequentes entre os pacientes em estudo, pois 23 pacientes (82,1%) relataram a ocorrência de algum efeito gastrointestinal indesejado.

A ocorrência mais comum entre os efeitos colaterais concomitantes foi a associação dos efeitos gastrointestinais com fadiga, apresentado por 39,3% da amostra. Porém, outros efeitos também foram citados nos relatos dos pacientes quanto aos efeitos indesejados com o tratamento com antineoplásicos, sendo eles: insônia (7,1%), indisposição, soluços, tristeza, tosse, dificuldade em conciliar sono e repouso e dor abdominal, cada um citado por um paciente (3,6%).



**Tabela 2** Distribuição proporcional das características clínicas de pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

*continua ...*

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tipo de Neoplasia Maligna</b>	
Neoplasia maligna de cólon e reto	16 (57,2)
Neoplasia maligna de estômago	9 (32,1)
Neoplasia maligna de pâncreas e vias biliares	3 (10,7)
<b>Tempo de diagnóstico</b>	
Até 06 meses	10 (35,7)
De 07 a 12 meses	6 (21,4)
De 13 a 18 meses	2 (7,1)
Superior a 18 meses	10 (35,7)
<b>Ocorrência de metástase</b>	
Sem metástase	13 (46,4)
Com metástase*	15 (53,6)
<b>Ocorrência de cirurgia</b>	
Colectomia	11 (39,3)
Cirurgias gástricas	8 (28,6)
Cirurgias de reto e sigmoide	4 (14,3)
Outras***	2 (7,1)
Não realizou cirurgia	3 (10,7)

Fonte: Elaboração própria. Locais de metástase\*: fígado, osso, peritônio, pulmão; Outras\*\*=01 Mediastino, 02 linfonodos, 01 peritônio. Outras\*\*\*=01 Embolização de tumor hepático e laparotomia exploradora.

**Tabela 2** Distribuição proporcional das características clínicas de pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Modalidade de tratamento</b>	
Quimioterapia antineoplásica	3 (10,7)
Quimioterapia antineoplásica + cirurgia	22 (78,6)
Quimioterapia antineoplásica + cirurgia + radioterapia	3 (10,7)
<b>Finalidade da quimioterapia antineoplásica</b>	
Curativa	12 (42,9)
Paliativa	16 (57,1)
<b>Protocolo de medicamentos antineoplásicos</b>	
Folfox	19 (67,9)
Folfox com Irinotecano	3 (10,7)
Associação de Fluorouracil com outras drogas*	6 (21,4)
<b>Ocorrência de efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia antineoplásica</b>	
Efeitos gastrointestinais** + fadiga	11 (39,3)
Efeitos gastrointestinais	9 (32,1)
Fadiga	3 (10,7)
Efeitos gastrointestinais + neurológicos***	2 (7,1)
Efeitos gastrointestinais + efeitos neurológicos + fadiga	1 (3,6)
Sem efeitos colaterais	2 (7,1)

**Fonte:** Elaboração própria. \*Bevacizumabe, Capecitabina, Epirubicina e Ácido Folínico. \*\*náuseas, vômitos, mucosite, diarreia. \*\*\*cefaleia, tontura.

## **5.2 Avaliação da qualidade de vida dos pacientes após aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref**

A **Tabela 3** apresenta os resultados da avaliação da consistência interna das respostas aos itens do instrumento WHOQOL-bref, obtidos através da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach global e o parcial para cada uma das dimensões. O alfa global encontrado no 1º ciclo foi de 0,88 e, no 3º ciclo 0,89 e apresentou boa consistência interna entre as respostas aos itens.

Ao analisarmos o alfa parcial com a retirada dos itens do respectivo domínio a consistência interna das respostas foi semelhante ao padrão global, no Domínio Físico no primeiro ciclo o valor sofreu uma pequena alteração para melhor: de 0,79 para 0,80. No entanto, em todos os domínios, o alfa parcial apresentou boa consistência interna para as respostas obtidas.

**Tabela 3** Coeficiente Alfa de Cronbach dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

Domínios do WHOQOL-bref	Coeficiente Alfa de Cronbach das respostas aos itens <sup>a</sup>	
	1º ciclo (n=28)	3º ciclo (n=28)
<b>Domínio 1:</b> Físico	0,79	0,81
<b>Domínio 2:</b> Psicológico	0,81	0,83
<b>Domínio 3:</b> Relações Sociais	0,88	0,89
<b>Domínio 4:</b> Meio Ambiente	0,89	0,90
<b>Alfa de Cronbach global (24 itens)</b>	<b>0,88</b>	<b>0,89</b>

Fonte: Elaboração própria.

Notas:<sup>a</sup>Coeficiente Alfa de Cronbach com a retirada dos itens do respectivo domínio.

Quanto aos valores médios dos escores do WHOQOL-bref, observou-se que o domínio com a maior média e menor variabilidade entre as respostas (menor desvio padrão e menor amplitude do intervalo de confiança da média) foi o domínio das **relações sociais**, permaneceu inalterado em ambos os ciclos, com média de 3,5 e desvio padrão = 0,3. Valores próximos foram identificados para os outros domínios, exceto para o domínio **psicológico**, no qual os valores médios foram inferiores aos demais domínios, entretanto manteve-se dentro da faixa classificada como regular. Verificaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os ciclos para o domínio **físico** (p-valor = 0,006) e **meio ambiente** (p-valor = 0,015) (Tabela 4).

Pode ser verificado ainda, que os domínios: **físico** e **meio ambiente**, apresentaram uma redução nas médias apresentadas com significância estatística entre o primeiro e o terceiro ciclo de aplicação do antineoplásico.

Quanto às questões globais, referente à **percepção da qualidade de vida** e a **satisfação com a saúde**, para ambos os ciclos a percepção da qualidade de vida manteve-se em *regular* com pequena redução do escore de 3,1 no primeiro ciclo para 3,0 no terceiro ciclo, a variabilidade entre as respostas foi a maior quando comparada aos domínios; a questão satisfação com a saúde apresentou escores que apontam *melhorar*, 2,8 no 1º ciclo e no 3º ciclo 2,7. Em ambas as questões, entre os ciclos, as diferenças não se mostraram estatisticamente significantes.

**Tabela 4** Medidas descritivas (média e desvio padrão) e Intervalo de confiança a 95% da média para domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

Domínios do WHOQOL-bref	Média (dp)	IC95% da média	p-valor <sup>a</sup>
<b>1: Percepção da Qualidade de vida</b>			
Primeiro ciclo	3,1 (0,8)	(2,7 - 3,4)	0,317
Terceiro ciclo	3,0 (0,8)	(2,7 - 3,3)	
<b>2: Satisfação com a Saúde</b>			
Primeiro ciclo	2,8 (0,7)	(2,5 - 3,0)	0,157
Terceiro ciclo	2,7 (0,6)	(2,5 - 2,9)	
<b>Domínio 1: Físico</b>			
Primeiro ciclo	3,2 (0,5)	(3,0 - 3,4)	<b>0,006</b>
Terceiro ciclo	3,1 (0,5)	(2,9 - 3,3)	
<b>Domínio 2: Psicológico</b>			
Primeiro ciclo	3,1 (0,3)	(3,0 - 3,2)	0,219
Terceiro ciclo	3,0 (0,3)	(2,9 - 3,2)	
<b>Domínio 3: Relações Sociais</b>			
Primeiro ciclo	3,5 (0,3)	(3,4 - 3,6)	0,317
Terceiro ciclo	3,5 (0,3)	(3,4 - 3,6)	
<b>Domínio 4: Meio Ambiente</b>			
Primeiro ciclo	3,5 (0,2)	(3,4 - 3,6)	0,015

Terceiro ciclo	3,4 (0,2)	(3,4 - 3,5)
----------------	-----------	-------------

**Fonte:** Elaboração própria. **Notas:**<sup>a</sup>Teste de igualdade médias de Wilcoxon para dados pareados.

Na **Tabela 5** apresentam-se a distribuição proporcional das questões e domínios do WHOQOL-bref dos pacientes avaliados. Observou-se no primeiro e terceiro ciclo do tratamento que nenhum paciente considerou a avaliação máxima, ou seja, o escore  *muito bom* para nenhum dos domínios, bem como para as duas questões globais de avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde. Ainda pode-se verificar que não ocorreram diferenças proporcionais significantes entre os ciclos para os domínios avaliados. O padrão predominante das respostas em todos os domínios foi o *regular* em ambos os ciclos.

Em ambos os ciclos de aplicação do quimioterápico antineoplásico nenhum paciente considerou a **Percepção da qualidade de vida** como  *muito boa*. Pode-se observar que as respostas no primeiro ciclo, apresentaram percentuais semelhantes variando entre boa e regular (35,7%). As respostas dos pacientes se aproximam bastante quando novamente avaliados no terceiro ciclo, onde 39,3% dos pacientes consideraram sua qualidade de vida regular e 32,1% classificaram sua qualidade de vida era boa. Os dados revelam que as diferenças não se mostraram estatisticamente significantes quanto à percepção do grupo quanto à sua qualidade de vida nos diferentes momentos de aplicação do antineoplásico.

Quanto à questão **Satisfação com a saúde**, observou-se predomínio de pacientes que classificaram o domínio em regular, tanto no primeiro (50%), quanto no terceiro ciclo (57,1%). E ainda, observou-se discreto aumento dos casos de boa para regular (7,1%) entre o primeiro e o terceiro ciclo.

Acrescenta-se ainda que, para o item geral, percepção com a saúde, no primeiro ciclo, houve igualdade entre os que avaliaram este item como regular e os que avaliaram sua percepção quanto à qualidade de vida como boa; resultado muito semelhante no terceiro ciclo. Já com relação à satisfação com a saúde, um maior número de pacientes classificou este item como regular, enquanto apenas uma pequena quantidade considerou esta avaliação como boa, isto foi visto também em ambos os ciclos.

No **domínio físico** pode-se observar o predomínio de pacientes que avaliaram como regular, tanto no primeiro ciclo (64,3%), quanto no terceiro ciclo (60,8%). Verifica-se ainda que 28,6% consideraram que este domínio era ruim (melhorar) no

primeiro ciclo e 32,1% no terceiro ciclo. Apenas 7,1% considerou a avaliação deste domínio como boa, para ambos os ciclos.

Quanto ao **domínio psicológico**, observou-se que 75% dos pacientes classificaram a avaliação deste domínio como regular no primeiro ciclo e 67,9% no terceiro ciclo. Mostra-se ainda com este estudo, que 25% dos pacientes consideram a avaliação deste domínio como ruim (melhorar) no primeiro ciclo, proporção que se acentua para 32,1% no terceiro ciclo. Nenhum paciente considerou a avaliação das questões deste domínio como boa, em nenhum momento de aplicação do antineoplásico.

No domínio **relações sociais**, 89,3% dos pacientes em ambos os ciclos avaliaram o domínio em regular, porém, verifica-se que não houve nenhuma avaliação como ruim (melhorar) e ainda que 10,7% dos pacientes avaliaram que suas relações sociais eram boas, em ambos os ciclos de aplicação do antineoplásico.

Por fim, o domínio **meio ambiente** foi o que menos apresentou variações de avaliação, visto que 92,9% dos pacientes avaliaram como regular no primeiro ciclo e no terceiro ciclo 100% dos pacientes.

**Tabela 5** Distribuição proporcional dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no o terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

Domínios do WHOQOL-bref	Tratamento com antineoplásico		p-valor <sup>a</sup>
	1º ciclo	3º ciclo	
	(n=28) n (%)	(n=28) n (%)	
<b>1: Percepção da Qualidade de vida</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	8 (28,6)	8 (28,6)	0,86
Regular: 3 a 3,9	10 (35,7)	11 (39,3)	
Boa: 4 a 4,9	10 (35,7)	09 (32,1)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>2: Satisfação com a Saúde</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	10 (35,7)	10 (35,7)	0,74
Regular: 3 a 3,9	14 (50,0)	16 (57,2)	
Boa: 4 a 4,9	4 (14,3)	2 (7,1)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Domínio 1: Físico</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	8 (28,6)	9 (32,1)	0,80
Regular: 3 a 3,9	18 (64,3)	17 (60,8)	
Boa: 4 a 4,9	2 (07,1)	2 (7,1)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Domínio 2: Psicológico</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	7 (25,0)	9 (32,1)	0,56
Regular: 3 a 3,9	21 (75,0)	19 (67,9)	
Boa: 4 a 4,9	0 (0,0)	0 (0,0)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Domínio 3: Relações Sociais</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	0 (0,0)	0 (0,0)	1,00
Regular: 3 a 3,9	25 (89,3)	25 (89,3)	
Boa: 4 a 4,9	3 (10,7)	3 (10,7)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Domínio 4: Meio Ambiente</b>			
Melhorar: 1 a 2,9	0 (0,0)	0 (0,0)	0,15
Regular: 3 a 3,9	26 (92,9)	28 (100,0)	
Boa: 4 a 4,9	2 (7,1)	0 (0,0)	
Muito bom: 5	0 (0,0)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração própria.

Notas:<sup>a</sup> Teste Qui-quadrado de tendência linear.

A **Tabela 6** apresenta a relação entre os domínios através dos valores do coeficiente de correlação de Spearman no primeiro e terceiro ciclo do tratamento. A correlação entre os **domínios físico e psicológico** foi classificada como moderada em ambos os ciclos. Houve uma correlação fraca entre o domínio **meio ambiente** e os domínios **físico, psicológico e relações sociais**.

**Tabela 6** Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

Ciclo	Domínio			
	1:Físico	2:Psicológico	3:Relações Sociais	4:Meio Ambiente
<b>Primeiro ciclo</b>				
1:Físico	1,0			
2:Psicológico	<b>0,68**</b>	1,0		
3:Relações Sociais	0,25 <sup>NS</sup>	0,18 <sup>NS</sup>	1,0	
4:Meio Ambiente	0,35 <sup>NS</sup>	0,21 <sup>NS</sup>	0,34 <sup>NS</sup>	1,0
<b>Terceiro Ciclo</b>				
1:Físico	1,0			
2:Psicológico	<b>0,68**</b>	1,0		
3:Relações Sociais	0,29 <sup>NS</sup>	0,35 <sup>NS</sup>	1,0	
4:Meio Ambiente	<b>0,38*</b>	<b>0,40*</b>	<b>0,46*</b>	1,0

Fonte: Elaboração própria.

Notas: <sup>a</sup>Coeficiente de correlação de Spearman; <sup>NS</sup>Correlação não significativa; Negrito os valores de Correlação significativa ( $p \leq 0,05$ ): \*Correlação Fraca, \*\*Correlação Moderada e \*\*\*Correlação Forte.

A **Tabela 7** apresenta a relação entre os itens globais de avaliação de qualidade de vida e os domínios do WHOQOL-bref, através dos valores do coeficiente de correlação de Spearman, no primeiro e terceiro ciclo do tratamento.



Com relação à percepção da qualidade de vida, os domínios **físico e psicológico** apresentaram uma correlação moderada tanto no primeiro, quanto no terceiro ciclo. Porém no terceiro ciclo, o domínio **relações sociais** também apresentou correlação moderada. Já o domínio meio ambiente apresentou correlação fraca, em ambos os ciclos.

Com relação ao item satisfação com a saúde, todos os domínios apresentaram correlação moderada, tanto no primeiro quanto no terceiro ciclo de administração do antineoplásico, exceto para meio ambiente, em ambos os ciclos apresentou uma correlação fraca.

**Tabela 7** Medidas descritivas (média e desvio padrão) e Coeficiente de correlação de Spearman da relação entre os itens 1 e 2 e os domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref em pacientes que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos, no primeiro e no terceiro ciclo de aplicação do tratamento com antineoplásicos (n=28). Fortaleza - Ceará, 2013.

Itens globais do WHOQOL – bref	Domínio primeiro ciclo				Domínio terceiro ciclo			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
<b>1:Percepção da Qualidade de vida</b>								
Melhorar: 1 a 2,9	2,8 (0,4)	2,9 (0,2)	3,3 (0,3)	3,4 (0,1)	2,8 (0,5)	2,8 (0,2)	3,2 (0,3)	3,4 (0,1)
Regular: 3 a 3,9	3,1 (0,4)	3,0 (0,2)	3,5 (0,3)	3,4 (0,2)	3,0 (0,4)	3,0 (0,2)	3,5 (0,3)	3,4 (0,1)
Boa: 4 a 4,9	3,6 (0,4)	3,4 (0,2)	3,7 (0,2)	3,6 (0,3)	3,5 (0,4)	3,3 (0,2)	3,7 (0,2)	3,6 (0,3)
Muito bom: 5	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Correlação<sup>a</sup></b>	<b>0,66**</b>	<b>0,75**</b>	<b>0,50*</b>	0,28	<b>0,58**</b>	<b>0,68**</b>	<b>0,57**</b>	0,35
<b>2:Satisfação com a Saúde</b>								
Melhorar: 1 a 2,9	2,9 (0,5)	2,9 (0,3)	3,3 (0,3)	3,4 (0,1)	2,8 (0,5)	2,8 (0,3)	3,2 (0,3)	3,4 (0,1)
Regular: 3 a 3,9	3,3 (0,4)	3,1 (0,3)	3,6 (0,3)	3,4 (0,2)	3,2 (0,4)	3,1 (0,2)	3,6 (0,2)	3,5 (0,2)
Boa: 4 a 4,9	3,7 (0,3)	3,4 (0,2)	3,8 (0,2)	3,9 (0,2)	3,9 (0,3)	3,5 (0,0)	3,8 (0,2)	3,8 (0,2)
Muito bom: 5	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Correlação<sup>a</sup></b>	<b>0,60**</b>	<b>0,54**</b>	<b>0,53**</b>	<b>0,44*</b>	<b>0,52**</b>	<b>0,63**</b>	<b>0,62**</b>	<b>0,44*</b>

Fonte: Elaboração própria.

Notas:<sup>a</sup>Coeficiente de correlação de Spearman. <sup>NS</sup>Correlação não significativa; Negrito os valores de Correlação significativa (p< 0,05):\*Correlação Fraca,\*\*Correlação Moderada e \*\*\*Correlação Forte.



## 6 DISCUSSÃO

Os dados do presente estudo apontam a predominância da doença oncológica em mulheres, sendo o câncer de cólon e reto, o tipo de neoplasia maligna mais prevalente.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, o câncer de cólon e reto está entre os tumores malignos mais comuns, sendo o terceiro tipo de neoplasia maligna mais frequente no mundo e o quarto mais frequente no Brasil (FERNANDES *et al*, 2011).

Quanto à ocorrência desta doença, o câncer do cólon e reto configura-se como o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres e o terceiro entre os homens. As estimativas mundiais de 2012 já apontavam uma ocorrência de 570 mil novos casos de câncer de cólon e reto para mulheres e 663 mil novos casos da doença entre os homens. No Brasil, as estatísticas de 2012 já esperam 14.180 casos novos de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. As neoplasias de cólon e reto são consideradas de bom prognóstico se a doença for diagnosticada em estádios iniciais (BRASIL, 2008).

Um estudo recente que avaliou a qualidade de vida em 80 pacientes com câncer no período da quimioterapia com antineoplásicos, mostrou que o tipo de neoplasia mais frequente foi a de intestino grosso, acometendo a faixa etária de 51 a 70 anos, mostrando a grande ocorrência deste tipo de tumor oncológico (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

No presente estudo, com relação à faixa etária, a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa de idade entre 51 a 60 anos, assemelhando-se com o estudo de Mansano-Schlosser e Ceolim (2012). A média de idade foi de 58,2 anos. Porém pode ser observado que há uma grande diferença entre as idades, pois dois pacientes (7,1%) encontravam-se com faixa de idade inferior a 30 anos e cinco pacientes (17,9%) tinham idade superior a 70 anos, o que mostra que a ocorrência desta neoplasia maligna pode acometer tanto pacientes mais jovens como também os mais idosos.

Um estudo de Cruz, Ferreira e Neves (2004), realizado com 380 pacientes com diagnóstico de câncer de cólon e reto, mostrou que a idade média destes pacientes foi de 57 anos. Os extremos de idades foram de 17 e 96 anos,

sobressaindo as idades entre 51 e 70 anos, perfazendo 53,9% da amostra. Percebe-se que tais informações corroboram com o estudo em questão, quando apontam média de idade semelhante, mostrando que também houve grande divergência entre as idades mínima e máxima e com faixas etárias mais prevalentes aproximadas.

O câncer de cólon e reto costuma ser pouco frequente em indivíduos abaixo de 50 anos, porém, quando ocorrem, costumam ser mais agressivos e indiferenciados. Isto pode ser devido ao fato de que geralmente apresentam diagnóstico de doença avançada, com poucas possibilidades de cura e prognóstico reservado (REGO *et al* 2012; CARNEIRO NETO *et al* 2006).

Refletindo sobre a caracterização sociodemográfica dos pacientes deste estudo, os dados se assemelham ao estudo de Nicolussi e Sawada (2009), que avaliou a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto, no que diz respeito ao sexo, faixa etária, estado civil e nível de escolaridade, pois sua maioria foi composta por mulheres; com idade superior a 40 anos; casadas e com baixo nível de escolaridade. Porém diverge nos aspectos relacionados à ocupação, visto que ao contrário deste estudo, onde a maioria trabalhava, o grupo estudado pelas referidas autoras era em sua maioria composta por aposentados.

Já o estudo de Roque e Forones (2006), que avaliou a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto, foi composto em sua maioria por homens, porém a média de idade dos pacientes foi de 58,4 anos, assemelhando-se com o grupo aqui apresentado.

Com relação ao tempo de diagnóstico, houve uma igualdade entre os que apresentavam menos de seis meses e os que apresentavam mais de 18 meses de diagnóstico da doença (35,7% cada), bem como o estudo mostrou a ocorrência de metástase na maioria dos pacientes (53,6%).

Esta ocorrência não foi positiva entre os pacientes estudados, pois conforme Fernandes *et al* (2011), a detecção precoce é um passo fundamental no manejo dos tumores de cólon nos dias atuais. A maior parte dos pacientes com câncer de cólon metastático não pode ser curada, sendo indicada a quimioterapia antineoplásica como tratamento paliativo, objetivando o aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes.

Mesmo com os avanços nas modalidades de tratamento, a mortalidade para os casos de neoplasia maligna de cólon e reto ainda é alta, e vem se mantendo

inalterada pelos últimos 40 anos, com sobrevida em torno de 5 anos (BRASIL, 2012).

Quanto à modalidade de tratamento, a cirurgia esteve em maior frequência, sendo a colectomia, o tipo de intervenção mais frequente. A maioria dos pacientes realizou o tratamento combinado de intervenção cirúrgica e administração de antineoplásicos.

A cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento que alterou significativamente o curso da doença, e ainda hoje é um dos principais métodos terapêuticos utilizados. Estudos apontam que o tratamento do câncer de cólon e reto pode incluir intervenção cirúrgica, onde ocorre a retirada de parte do intestino e nódulos linfáticos, bem como, pode ocorrer em associações com radioterapia e quimioterapia antineoplásica (INCA, 2012).

Ainda corroboram com o estudo de Fernandes *et al* (2011), onde cita que é preconizado o tratamento combinado de cirurgia com antineoplásico para os pacientes com câncer de cólon e reto com ou sem metástase.

Já em relação ao tratamento com antineoplásico, houve protocolos combinados de drogas como Oxaliplatina, Fluorouracil, Irinotecano, Bevacizumabe, Capecitabina, Epirrubicina e Ácido Folínico, porém a medicação utilizada em todos os protocolos foi o Fluorouracil.

Oliveira e Melo (2011) descrevem que os benefícios da quimioterapia antineoplásica para o câncer de cólon e reto, seja paliativo ou curativo, são mais evidentes com regimes que incluem a oxaliplatina e o irinotecano em associação com o fluorouracil.

O Fluorouracil foi introduzido no tratamento de tumores sólidos em 1957, porém continua sendo essencial na terapêutica de uma ampla variedade de tumores, a exemplificar, os do trato gastrointestinal, mama, doenças de pele e cabeça e pescoço. Sendo ainda hoje o medicamento mais prescrito no tratamento das neoplasias malignas de cólon e reto (MALET-MARTINO; MARTINO, 2002).

A droga de escolha para o tratamento com antineoplásico adjuvante do câncer de cólon e reto é o Fluorouracil. Quando está associado ao ácido folínico tem seu efeito aumentado na concentração intracelular. Esta combinação ficou estabelecida como tratamento ouro para o câncer de cólon e reto, podendo ser associado a outras drogas devido à baixa toxicidade, como o irinotecano e a oxaliplatina (GUIMARÃES, 2006).

Andre, Boni e Mounedji-Boundiaf (2004) relatam que a associação do fluorouracil (5-FU) com o ácido folínico (AF) tem sido usada de forma rotineira no tratamento adjuvante dos pacientes com neoplasia maligna de cólon e reto, porém, alguns estudos mostram que a oxaliplatina traz benefícios no tratamento quando em associação com estas drogas. Roque e Forones (2006) afirmam que a associação do 5-FU com o AF como terapêutica adjuvante dessas doenças diminui o índice de recidivas e melhora a sobrevida em cerca de 30% dos pacientes com câncer de cólon. Já nos doentes com neoplasias metastáticas, esta mesma associação de drogas permite uma sobrevida média de 11 a 13 meses.

Quanto à forma de infusão, o fluorouracil pode ser administrado de diversas formas, desde a administração em bólus, quanto às infusões contínuas e a dose é calculada com base na área de superfície corporal de cada paciente (BLASCHKE et al, 2011).

Quanto aos efeitos colaterais apresentados durante o tratamento com antineoplásicos, os mais apresentados no estudo foram os gastrointestinais, como: náuseas, vômitos, diarreia e mucosite.

Os efeitos adversos como náuseas e vômitos são as manifestações mais frequentes em pacientes recebendo quimioterapia antineoplásica. Admite-se que vários fatores podem interferir na susceptibilidade a estas manifestações, como: ansiedade, sexo (as mulheres são mais propensas), experiência prévia e ingestão de álcool. As variações na dose e via de administração também alteram o perfil emético de cada agente antineoplásico (ALMEIDA, 2010).

Ainda segundo o autor acima, os antineoplásicos oxaliplatina, irinotecano e fluorouracil em doses elevadas, apresentam um potencial moderado para ocorrência de fatores ematogênicos, sendo estas drogas as mais utilizadas dentre os pacientes do estudo.

Como todo antineoplásico, o fluorouracil pode ser tóxico para o organismo e não está isento de efeitos colaterais. Os mais comuns são as alterações gastrointestinais e as hematológicas. Náuseas, vômitos e diarreia são as manifestações mais frequentes em pacientes que recebem este tipo de droga (CHAVES; GORINI, 2011; SCHEIN *et al*, 2006).

Porém a oxaliplatina, também foi usada na maioria dos protocolos utilizados neste estudo. É uma droga largamente utilizada no esquema conhecido como quimioterapia de infusão contínua, em conjunto com o ácido folínico e o fluorouracil,

tanto na adjuvância quanto em estados avançados da doença. Os efeitos colaterais já estão bem definidos em relação à toxicidade intestinal com vômitos, diarreia e sintomas neurológicos (OLIVEIRA; MELO, 2011).

Um estudo avaliou os efeitos colaterais em pacientes com neoplasia de cólon em tratamento com associação de fluorouracil e ácido folínico mostrou que a ocorrência de náuseas chegou a acometer 87,5% de sua amostra, porém que a ocorrência de vômitos foi menor, acometendo 57,1% dos estudados. E ainda, ressaltou a ocorrência de diarreia em 78,5% da amostra estudada (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

Quando associado a outras drogas, como o ácido folínico, os efeitos colaterais podem incluir alterações gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia; e hematológicas como anemia, trombocitopenia e granulocitopenia. Porém, devem ser avaliados de acordo com alguns fatores, como: idade, estado nutricional e números de aplicação da quimioterapia antineoplásica (ROQUE; FORONES, 2006).

Ressalta-se que os pacientes relataram também outras alterações indesejadas, determinantes na a qualidade de vida destes, como insônia, tristeza e indisposição. Percebe-se então que independente da forma de aplicação do antineoplásico, a presença de efeitos colaterais pode influenciar o domínio físico e psicológico da qualidade de vida à medida que os pacientes vão apresentar desconfortos e sintomas desagradáveis.

A consistência interna do estudo em questão corrobora com o estudo de Fleck (2000) que utiliza o WHOQOL-bref para avaliação da qualidade de vida, onde atesta a boa consistência interna do instrumento aplicado, para todos os domínios.

Em relação às médias dos domínios do WHOQOL-bref o resultado obtido mostra que, com relação às medidas globais de avaliação da qualidade de vida, os sujeitos participantes da pesquisa avaliam positivamente sua qualidade de vida, mas não estão satisfeitos com sua saúde. Isto se justifica pela repercussão do tratamento da doença e dos efeitos colaterais. Verificado para ambos os ciclos de aplicação do antineoplásico.

A tomada de decisão quanto ao uso do dispositivo de infusão contínua é permeada por momentos emocionalmente difíceis. Desde a descoberta da doença, intervenções cirúrgicas, diversas modalidades de tratamento, implante de cateter e variadas intervenções diagnósticas e terapêuticas, a presença da doença oncológica



pode vir a ser permanente, e mesmo com a sofisticada tecnologia, não há garantias de bons resultados.

Muito embora a utilização do dispositivo de infusão contínua seja visto como um ponto positivo no tratamento para os pacientes oncológicos, visto que oferece certa autonomia, permite o retorno ao lar e diminui a dependência do serviço de saúde, ainda assim, vivenciar a doença oncológica gera muitos questionamentos que são íntimos ao paciente que passa por este momento e acabam por repercutir negativamente na percepção quanto à sua saúde.

O estudo de Chaves e Gorini (2011) que fez uma avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em tratamento com antineoplásico obteve resultado semelhante, onde, igualmente a este, mostrou que os pacientes apresentaram maior média em relação à percepção da sua qualidade de vida do que em relação a sua satisfação com a saúde.

Verificando-se a distribuição dos domínios do instrumento WHOQOL-bref, quanto aos domínios globais, percebe-se que embora não tenha sido uma avaliação positiva em nenhuma das medidas, o quesito percepção da qualidade de vida foi melhor avaliado em relação ao quesito satisfação com a saúde, em ambos os momentos de aplicação do antineoplásico. Destaca-se que houve uma discreta redução das médias dos itens globais de avaliação da qualidade de vida entre o primeiro e o terceiro ciclo.

Muito embora alguns pacientes não apresentem uma qualidade de vida prejudicada no início dos tratamentos, o que só ocorrerá com o tempo, neste estudo, alguns fatores merecem destaque e podem ter contribuído para o prejuízo da qualidade de vida dos pacientes já no início do tratamento antineoplásico.

A maioria da amostra já se encontrava com diagnóstico de neoplasia maligna metastática, logo, a doença não estava em seu estado inicial, o que pode acarretar em prejuízo da qualidade de vida, uma vez que a metástase representa um estágio avançado da doença oncológica e pode interferir na disposição e manutenção da saúde, visto que geralmente afeta órgãos nobres, como pulmão e fígado. Particularmente, o câncer de cólon dissemina-se para o fígado, uma vez que este órgão é o primeiro leito capilar que as células encontram (BRASIL, 2008).

Leva-se em consideração o fato de que a maioria da amostra se submeteu à intervenção cirúrgica antes do início do tratamento com antineoplásicos, muitas vezes com abordagem de vias gastrointestinais, o que repercute no seu estado geral

e sua percepção quanto à qualidade de vida e satisfação com a saúde. Um estudo de Pan e Tsai (2012) mostrou que, os pacientes com câncer de cólon e reto, que se submetem a intervenção cirúrgica, apresentam uma diminuição da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, em virtude de que muitos apresentam diarreia decorrente da intervenção cirúrgica, o que só melhora algum tempo após a cirurgia.

Todos os pacientes submeteram-se a procedimento de inserção de cateter totalmente implantado, necessário para a administração de antineoplásicos através do dispositivo de infusão contínua. Esta intervenção, rotineiramente vista pelos profissionais que trabalham com esta clientela como procedimento corriqueiro e que faz parte do tratamento, também parece exercer impacto da percepção do paciente com relação à sua saúde, uma vez que no seu corpo há um aparato tecnológico, podendo gerar dúvidas e insegurança quanto à sua utilização, cuidados e permanência. Sendo uma lembrança constante de que o seu estado de saúde requer cuidados.

Um estudo de Martins e Carvalho (2008) que discute a percepção dos pacientes oncológicos quanto a serem portadores de um cateter de longa permanência, mostrou que com relação ao procedimento, os pacientes consideraram o momento demorado, dolorido e traumatizante.

Comparando-se as alterações que ocorreram entre as avaliações dos itens globais, no primeiro e no terceiro ciclo, a ocorrência dos efeitos indesejados do tratamento antineoplásico pode exercer relação com esta medida, pois os sintomas desagradáveis relacionados aos efeitos que as drogas antineoplásicas provocam são mais evidentes no terceiro ciclo.

Analisando as médias dos domínios do WHOQOL-bref, o estudo também se assemelha ao de Chaves e Gorini (2011), que apresentou a menor média no domínio psicológico; e com média mais elevada no domínio relações sociais.

Na distribuição proporcional, os domínios **físico e psicológico**, foram avaliados negativamente pelos pacientes, tanto no primeiro ciclo quanto no terceiro ciclo. Já os domínios relações sociais e meio ambiente apresentaram avaliação mais favorável.

Quanto ao domínio físico, comparando-se a média apresentada entre o primeiro e o terceiro ciclo, percebe-se que houve uma diminuição com significância estatística, fato esse pode ser devido a ocorrência dos efeitos indesejados com o

tratamento, isto faz com que o paciente sinta-se fisicamente afetado, principalmente quando apresenta algum efeito colateral da administração do antineoplásico.

Acrescenta-se a isso alterações nos itens avaliados por este domínio, que ficam comprometidos em decorrência da doença, podendo interferir na sua capacidade de locomoção e trabalho; desenvolvimento de atividades de vida diária; presença de dor; desconforto; fadiga; bem como a dependência de medicação e tratamentos, aspectos que podem gerar influência negativa para os pacientes que necessitam de tratamento com antineoplásico, inclusive por necessitar realizar procedimentos invasivos, como a implantação de cateteres e a utilização de dispositivo de infusão.

Coelho e Sawada (1999) refletem que alguns fatores influenciam para uma avaliação ruim ou regular, como fadiga, dor e desconforto. Sendo a fadiga um sintoma presente de 75 a 95 dos casos de doença avançada. Quando a doença atinge este sistema, pode comprometer as atividades de vida diárias e ocasionar prejuízos na qualidade de vida.

Vivenciar a situação da doença oncológica acarreta inúmeros sentimentos e percepções de uma particularidade singular. Cada um tem a sua própria experiência e sua história para contar. Porém, viver este momento gera insegurança, incertezas, dúvidas, angústia, medo da morte, desespero, depressão, dentre tantos outros sentimentos e sensações negativas que permeiam o pensamento de quem vive este momento.

“A percepção social da doença geralmente reflete a associação do câncer à doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo da morte, marginalizando o paciente e cultivando sentimentos pessimistas em relação à doença” (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007:02).

Estudo sobre a atuação do psicólogo na abordagem clínica do câncer de mama constatou ser comum o surgimento de alterações psicológicas em mulheres com esse diagnóstico, quais sejam: depressão, ansiedade, temor da solidão, da morte e dos efeitos adversos do tratamento, além de sentimentos de impotência e fracasso (VENÂNCIO, 2004).

Todas essas alterações refletem na avaliação do domínio *psicológico* do instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Pois neste domínio estão englobadas as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender,

memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais (FLECK, 2000a).

Essas áreas estão suscetíveis à apresentarem instabilidade nos pacientes oncológicos, uma vez que o acontecimento da doença acarreta profundo impacto emocional, onde os pacientes por hora apresentam-se melancólicos, pouco comunicativos e impacientes, já outros expressam o sofrimento vivido com irritabilidade e impaciência. (OLIVEIRA *et al*, 2010).

A autoimagem e a autoestima do paciente que necessita utilizar um dispositivo para infusão de drogas antineoplásicas, durante um período prolongado de tratamento, pode ser afetada negativamente neste paciente, que de repente se vê com um aparato tecnológico acoplado ao seu corpo, onde o mesmo não terá autonomia em decidir quando colocar ou retirar, e sim, deverá adequar toda a sua rotina aos momentos em que se encontrar nesta condição. Mesmo sabendo que será em seu benefício, as mudanças e as imposições geram conflitos pessoais, resistência, dificuldade de aceitação, momentos de instabilidade naturais de todo indivíduo.

Em estudo que descreveu a percepção do paciente quanto ao uso do dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos mostrou que a vivência de uma nova experiência suscita diversos sentimentos, bem como percepções individuais, muitas vezes permeadas por ansiedade, medo do desconhecido, insegurança e dúvidas (SIQUEIRA, *et al*, 2013).

Neste momento de instabilidade emocional, física e espiritual, a família e os amigos são o maior apoio que um paciente acometido pela doença oncológica pode apresentar, reforçando o resultado deste estudo onde o domínio com a maior média foi o das *relações sociais*. Fleck (2000a) esclarece que o domínio *relações sociais* é composto pelas seguintes facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

Neste caso, o dispositivo de infusão contínua aparece como agente contribuinte para que estas condições sejam favorecidas. Inicialmente, permite que o paciente retorne ao ambiente familiar, evitando um período de hospitalização e o encontro com a família.

A utilização dos dispositivos de infusão contínua favorece os pacientes em tratamento com antineoplásicos, ao evidenciar que esta tecnologia evita o momento da hospitalização, mostrando que os pacientes sentem-se bem ao ter a possibilidade

de ir para casa, poder dormir na sua cama, ficar ao lado dos familiares e isto é bastante positivo no seu tratamento (SIQUEIRA *et al*, 2013).

A hospitalização provoca grandes mudanças nos hábitos de vida do paciente, afastando-o do convívio social, de seus objetos pessoais, restringindo a quantidade e o revezamento de visitantes tornando este momento desconfortável e desagradável para os pacientes (WINGESTE; FERRAZ, 2008; ZANONI *et al*, 2006).

A preferência em permanecer no ambiente domiciliar também foi enfatizada em outro estudo, pois embora os pacientes recebessem um bom atendimento hospitalar, preferiam o aconchego de sua casa onde encontravam sossego e repouso, difíceis de serem mantidos quando se encontravam internados. Assim, o domicílio torna-se um espaço privilegiado, pois preserva a singularidade do ser humano, valorizando sua intersubjetividade, gerando benefícios como autonomia e liberdade (BRONDANI *et al*, 2010; PETERSON; CARVALHO, 2011).

Assim, tende a favorecer o relacionamento com os outros, uma vez que o adoecer e o sofrimento gerado pelo momento da doença trazem experiências individuais e singulares, e através do relacionamento os sujeitos conseguem mobilizar o seu interior e expressar suas emoções e sentimentos, uma vez que a privação das relações sociais leva as pessoas a perderem sua referência e identidade (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A família como uma importante instituição social, tem o papel de ajudar e estimular o paciente com câncer, com o objetivo de reanimá-los para a vida e fazendo-os encontrar forças para lutar contra a doença e contra o mal-estar provocado pelo tratamento (SALCI; MARCON, 2011).

Ainda de acordo com os autores acima, o doente com câncer passa a valorizar os aspectos comuns do cotidiano, procurando dar um novo sentido a sua vida, valorizando os relacionamentos e a convivência familiar, assim, os relacionamentos de amizade, matrimônio e família. Com relação aos amigos, quando os relacionamentos são consolidados, estas permanecem e se fortalecem, contudo, quando estas relações são problemáticas ou superficiais, muitas vezes não resistem e são excluídas do convívio familiar. Já os relacionamentos com a família de origem tendem a se tornarem mais consolidados, passando a ser uma fonte de apoio, segurança e estabilidade emocional para os pacientes oncológicos.

Correlacionando-se os domínios do WHOQOL-bref, percebe-se que o domínio meio ambiente teve fraca correlação com os demais domínios. Uma vez que

o paciente encontra-se com a doença oncológica, os determinantes do domínio meio ambiente não exercem grande interação com os demais, que neste estudo foram os mais afetados.

Isto também pôde ser percebido quando houve a correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e os itens globais de avaliação da qualidade de vida. Quanto à percepção da qualidade de vida, enquanto os domínios físico, psicológico e relações sociais apresentaram uma relação moderada, o domínio meio ambiente teve uma correlação fraca. Percebe-se assim que facetas relacionadas aos três domínios moderadamente afetados exercem uma maior interferência sobre a percepção quanto à qualidade de vida do paciente oncológico.

Estes resultados corroboram com o estudo de Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) quando mostram que com relação à avaliação da qualidade de vida, os domínios mais comprometidos foram o social e o físico; e o mais preservado foi o domínio meio ambiente. Quando correlacionados entre si, obtiveram que os domínios social e meio ambiente apresentaram correlação mais baixa e ao mesmo tempo foram os de menor influência sobre a qualidade de vida geral. Esta afirmação aponta que fatores físicos e sociais exercem maior influência na avaliação da qualidade de vida do indivíduo com câncer do que os fatores relacionados ao meio ambiente.

Verifica-se assim que quando o paciente encontra-se vivenciando um momento de enfermidade, os fatores relacionados à informação, recreação e lazer, transporte, segurança física, dentre outros que englobam o domínio meio ambiente parecem não interferir tanto frente a outros pontos que influenciam na avaliação negativa da qualidade de vida como dor e desconforto, atividades da vida cotidiana, capacidade de trabalho, autoestima, relações pessoais, sentimentos negativos, que passam a ter uma maior magnitude no momento. Logo, os determinantes do domínio meio ambiente passam a exercer menor influência frente aos outros.

Neste ponto reflete-se que quanto a utilização do dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos, este não pode ser visto de forma isolada quando se avalia a qualidade de vida de pacientes oncológicos, uma vez que a mudança de vida gerada pela doença tem uma dimensão muito ampliada, no tocante a fatores emocionais, físicos, psicológicos, financeiros, que juntos vão interferir e influenciar a vida desta clientela.

Porém, reflete-se que, a utilização desta tecnologia tende a favorecer alguns determinantes para a qualidade de vida, como independência, segurança física, ambiente do lar, possibilidade de acesso a informação, recreação e lazer, possibilidade de manutenção das relações sociais, todas estas facetas tão importantes para a manutenção da saúde e preservação da qualidade de vida.

Siqueira et al (2013) refletem que a possibilidade de desempenhar atividades durante a administração de antineoplásicos aparece como ponto positivo da utilização do dispositivo de infusão contínua, tornando o tratamento menos agressivo, diminuindo a sensação de dependência, favorecendo a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Para a enfermagem é fundamental obter um conhecimento ampliado sobre os fatores que influenciam positiva ou negativamente na qualidade de vida do paciente oncológico, uma vez que poderá possibilitar o planejamento de ações de intervenção para a promoção da saúde destes pacientes. Assim, a avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos poderá favorecer a atuação do enfermeiro em oncologia, uma vez que proporcionará ampliação do conhecimento e consequente melhoria no cuidado de enfermagem a estes pacientes.

## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a explanação do panorama quanto à qualidade de vida do paciente oncológico que utiliza dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos, a partir da contextualização dos aspectos demográficos e clínicos e da aplicação do WHOQOL-bref.

Dentre os achados, predominaram na amostra estudada (n=28), a maioria mulheres (53,6%), com faixa de idade entre 51 a 60 anos (32,1%) e média de idade 58,2 anos, casadas (60,7%), católicas (67,9%), que exerciam atividade laboral (71,5%). A neoplasia maligna mais frequente foi a de cólon e reto (57,2%), já com metástase (53,6%) hepática para a maior parte da amostra. O tempo de diagnóstico da doença foi de até seis meses e acima de 18 meses para 35,7% da amostra, respectivamente. O tratamento cirúrgico foi bastante empregado, sendo a colectomia a intervenção mais frequente (39,3%). Todos foram submetidos ao tratamento com antineoplásicos, sendo a maioria com intenção paliativa (57,1%). O protocolo mais utilizado foi o FOLFOX (67,9%); e os efeitos indesejados mais evidenciados foram os gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e mucosite em associação com fadiga (39,3%).

Destacando a ampla dimensão que envolve a avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos, a partir do WHOQOL-bref, algumas considerações puderam ser trabalhadas.

Inicialmente, com relação à consistência interna, o índice de alfa de Cronbach atesta a confiabilidade do estudo, uma vez que mostrou uma boa consistência interna, tanto na avaliação global, quanto na avaliação de cada domínio, em ambos os ciclos de administração dos antineoplásicos.

Na avaliação da qualidade de vida, para as médias dos itens globais e os domínios do instrumento WHOQOL-bref, os pacientes consideraram a percepção da qualidade de vida como regular; e a satisfação com a saúde como ruim (melhorar). Já com relação aos domínios, o que obteve maior média foi o das relações sociais, enquanto o de menor média foi o psicológico. Nos domínios físico e meio ambiente, considera-se que houve alteração com significância estatística entre os dois momentos de aplicação do WHOQOL-bref.



Em se tratando da análise descritiva dos itens globais de avaliação da qualidade de vida e os domínios do WHOQOL-bref, neste estudo não houve a avaliação para o escore “muito bom” nem para os itens globais de avaliação da qualidade de vida, nem s domínios. Sendo que o padrão das respostas dos pacientes avaliados, considerou a avaliação da qualidade de vida como regular, em ambos os ciclos de aplicação dos antineoplásicos.

Porém observa-se que com relação às questões globais de avaliação da qualidade de vida, os pacientes do estudo consideraram uma melhor percepção da sua qualidade de vida, quando comparado à sua avaliação com relação à satisfação com a saúde. Os domínios mais afetados foram o físico e o psicológico; e os mais preservados foram as relações sociais e o meio ambiente.

Todos estes achados mostram que a doença oncológica afeta o paciente em muitas dimensões e que vários fatores combinados influenciam na avaliação e na percepção da qualidade de vida, desde o tipo de diagnóstico, idade, sexo, tratamentos e procedimentos realizados, efeitos indesejados, utilização de tecnologias, como o dispositivo de infusão contínua.

Porém, não se pode concluir que nenhum fator isoladamente influencia positiva ou negativamente a qualidade de vida de pacientes oncológicos. O importante, a saber, quais são os determinantes neste sentido, para assim, poder implementar estratégias para preservar a qualidade de vida desta clientela.

No tocante da utilização do dispositivo de infusão contínua, foi possível apreender que esta tecnologia favorece aspectos relacionados à independência, possibilidade de retorno ao lar, desempenho de atividades de vida diárias e laborais, fundamentais na manutenção do bem estar e da qualidade de vida dos pacientes e que estão relacionadas às facetas dos domínios com melhor avaliação, ou seja, relações sociais e meio ambiente. Porém, não está livre de aspectos negativos, que também vão influenciar de forma negativa na percepção de cada paciente, pelo medo do desconhecido, presença de um aparato no seu cotidiano, desconforto quanto à movimentação, relacionadas às facetas com avaliação mais prejudicada nos domínios físico e psicológico.

Esclarecer sobre a doença, os procedimentos, a ocorrência de efeitos indesejados, as modalidades de tratamento, bem como a indicação, uso, manuseio e limitações do dispositivo de infusão contínua, deve ser visto como meta para a enfermagem para que o paciente não se depare com uma situação tão

desconhecida, diminuindo sua ansiedade e tranquilizando o paciente.

Os resultados deste estudo mostram que é importante o enfermeiro desenvolver ações que esclareçam sobre os fatores contribuintes e prejudiciais relacionados à qualidade de vida dos pacientes oncológicos que utilizam dispositivo de infusão contínua para a administração de antineoplásicos, uma vez que algumas medidas podem ser realizadas com objetivo de preservar o bem estar e satisfação com a saúde desta clientela.

Verificou-se assim, a necessidade de realizar outras pesquisas que comparem a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento com antineoplásicos com e sem a utilização de dispositivos de infusão contínua, para assim contribuir com mais subsídios ao conhecimento da qualidade de vida desta clientela.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA E. P. M; GUTIÉRREZ, M. G. R; ADAMI, N. P. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 5, p. 760-6, 2004.

ALMEIDA, J. R.C. **Farmacêuticos em oncologia : uma nova realidade**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

AMARAL, J. **Qualidade de vida em pacientes oncológicos: Experiências e relatos do comportamento do indivíduo em tratamento de câncer**. Goiânia: R&F, 2010.

ANDRE, T; BONI, C; MOUNEDJI-BOUNDIAF, L. Oxaliplatin, Fluorouracil and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. **N. Engl. J. Med.** v. 350, n. 1, p. 2343-51, 2004.

ANJOS, A. C. Y; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev.Latino-am.** v. 14, n. 1, p. 33-40, jan-fev, 2006.

BARRETO, S. M. representações sociais de homens e mulheres de Coari sobre qualidade de vida. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

BAXTER. **Bula infusor baxter**. 2012. Acesso: 30.09.2012. Disponível em: - [http://www.latinoamerica.baxter.com/brasil/images/br/pdf/Bula\\_Infusores\\_LV.PDF](http://www.latinoamerica.baxter.com/brasil/images/br/pdf/Bula_Infusores_LV.PDF)

BITTENCOURT, A. R. **Representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência**. Dissertação. (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2009.

BLASCHKE et al. Measurement of 5-FU plasma levels in patients with advanced cancer: correct approach to practical procedures is essential. **Int. J. CLin Pharmacol Ther.** v.49, n. 1, p. 83-5, 2011.

BONASSA, E. M. A; GATO M. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo: Editora Atheneu, 4ª ed., 2012.

BOOTHROYD, L.; LEHOUX, P. Home-based chemotherapy for cancer: issues for patients, caregivers and the health care system. Montreal, PQ, Canada: **Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Sante** (AETMIS). AETMIS. v. 4, n.2, 2004.

BORRAS et al. Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorrectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment: a randomized controlled trial. **BMJ**. 332: 1-5, 2001.

BRANDÃO, M. A *et al.* Cateter venoso totalmente implantável em 278 pacientes oncológicos. **Rev Bras Cancerol**. v. 46, n. 1, p. 49-56, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP**. Resolução n. 466/12. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional do Câncer. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional do câncer. **Particularidades do câncer infantil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteud> acesso em: 21 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e Mortalidade do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRONDANI, C. M. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 3, 2010.

BURKE, C. **Psychosocial dimensions of oncology nursing care**. Atlanta: Oncology Nursing Press; 1998.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **Journal Ofmedical Ethics**. v. 10, p. 124-27, 1984.

CARNEIRO NETO, J. D *et al*. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. **Rev. Bras coloproctol**. v. 26, n. 4, p. 430-5, 2006.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 4, p. 767-73, 2011.

COELHO, F. M. R.; SAWADA, N. O. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 7, n. 5, p. 103-7, 1999.

COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 57, n. 2, p. 2008-11, 2004.

CRUZ, G. M. G.; FERREIRA, R.M.R.S.; NEVES, P.M. Câncer retal: Estudo demográfico, diagnóstico e estadiamento em 380 pacientes acompanhados ao longo de quatro décadas. **Rev. Bras. Coloproct.** v. 24, n. 3, p. 208-24, 2004.

DUARTE, O. S *et al*. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Rev. Assoc Med Bras**. v.49, p. 375-81, 2003.

EISER, C.; EISER, J. R.; GRECCO, V. Surviving childhood cancer: quality of life and parental regulatory focus. **Personality and social psychology bulletin**. Beverly Hills, v. 30, n. 2, p. 123-133, fev, 2004.

ENGELMANN, M. D. M.; PEHRSON S. Quality of life in nonpharmacologic treatment of atrial fibrillation. **Eur Heart J**. v. 24, n. 1, p. 1387-1400, 2003.

FAYER, P. M, MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Inglaterra: Wiley, 2000.

FERNANDES, A. T. et al. **Câncer de cólon: tratamento quimioterápico**. Sociedade Brasileira de Cancerologia. In: Diretrizes clínicas na saúde suplementar, 2011.

FERRARI, C.; HERZEBERG, V. **Tenho câncer, e agora?** Enfrentando o câncer sem medos e fantasias. São Paulo: FAZ, 1997.

FLECK, M.P.A.*et al.* Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**. v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ci Saúde Coletiva**. v. 5, p. 33-8, 2000a.

FLECK. M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000b.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GARGIULO, C. A. *et al.* Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n. 4, p. 696-702, 2007.

GIESLER, R. B. Assessing quality of life in patients with cancer. **Curr. Probl. Cancer**. v. 24, n. 1, p. 58-92, 2000.

GUERRA, M. R; GALO, C. V. M; MENDONÇA, G. A. S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudo epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 2ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.

HACKEL, E. D.; FERRANS, C. E. Quality of life immediately after peripheral blood stem cell transplantation. **Cancer Nurs**. v. 26, n. 4, 2003.

HULLEY, S. B. et al. **Pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. São Paulo: Atheneu. 2 ed. 2006.

HEMORIO. **Administração de quimioterapia antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas**. 2010. Acesso: 19.12.2012. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/ccih.pdf>

INCA. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro : INCA, 2012.

JORGE, L. L. R; SILVA, S. R. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 5, p. 849-55, 2010

KALIKS, R.; SIMON, S. D. **Câncer**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein. Espaço Saúde. Acesso em: 13/08/2012. Disponível em: <http://www.einstein.br/SGPO/FormulariosExternos/EspacoSaudeDoencas/wf/rmImpressaoDoenca.aspx?SGDODOen=64&SGDOReguDoen=268>

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrens e Powers**. 1999. 85f. (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KLUSER, S. R. *et al*. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Rev. Rene**. v. 12, n. 1, p. 166-72, 2011.

KOWALISKY, L. P. et al. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 3 ed. São Paulo: Ambito Editores, 2006.

LUDERITYZ, B; JUNG, W. Quality of life in patients with atrial fibrillation. [Review Article]. **Arch Intern Med**. v.160, n. 12, p. 1749-57, 2000.

MALET-MARTINO, M; MARTINO, R. Clinical studies of three oral prodrugs of 5-fluorouracil (capecitabine, UFT, S-1): a review. **Oncologist**. v. 7, n. 4, p. 288-323, 2002.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período da quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 3, p. 600-7, 2012.

MARTINS, F. T. M.; CARVALHO, E. C. A. Percepção do paciente referente ao ser portador de um cateter de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 3, set, 2008.

MICHELONE A.P.C.; SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-am Enfermagem**. nov-dez; v. 12, n.6, p. 875-83, 2004.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A. BUSS, P.M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde Coletiva**. V.5, n.1, 2000. p. 7-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Estadiamento. [Online]. Rio de Janeiro; 2012a. Disponível em: < URL: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=54](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54)> [2012 jun 24].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. TNM. [Online]. Rio de Janeiro; 2012b. Disponível em: < URL: <http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/index.asp>> [2012 jun 24].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informação sobre mortalidade – SIM**. 2010. Acesso em: 17/05/2012. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. São Paulo. Ed. Manole, 2007.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer



colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul enferm.**v.22, n. 2, p. 155-61, 2009.

NOGUEIRA, T. F. **Qualidade de vida dos internos de medicina de uma universidade do nordeste.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, C. L *et al.* Câncer e Imagem Corporal: Perda da Identidade Feminina. **Rev. Rene.** v.11, (esp), 2010.

OLIVEIRA, M. L. L.; MELO, A. C. Hipertensão portal não cirrótica associada à oxaliplatina em câncer colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 57, n. 1, p. 57-61, 2011.

OTTO, S. E. **Oncologia.** Rio de Janeiro. Ed. Reichmann & Afonso Editores, 2002. 526p.

PAN, L. I.; TSAI, Y. F. Quality of life in colorectal cancer patients with diarrhoea after surgery: a longitudinal study. **Journal of Clinical Nursing.** v. 21, n. 1, p. 2357–2366, 2012.

PETERSON, A. A; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 4, p. 692-7, 2011.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC - ABRASCO, 2006. 320p.

PINTO, C. A. S.; RIBEIRO, J. L. P. Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 1, jan- mar, p. 142-8, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 13, n. 5, p. 677-85, 2005.

PRADO, I. S. **Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Minas Gerais, 2010.

REGO, A. G. S. et al. Câncer colorretal em pacientes jovens. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 2, p. 173-80, 2012.

RIES, L. et al. **SEER Cancer Statistics Review, 1975–2003** [online].2006. Available at: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2003](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003) [cited 15 February 2007].

ROQUE, V. M. N.;FORONES, N. M. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. **Arquivos de Gastroenterologia**. v. 43, n. 1, p. 94-101, 2006.

SALCI, M. A; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto Enferm**. v. 20, (esp), p. 178-86, 2011.

SANTOS, E. M. M. Câncer colorretal: **Qualidade de vida em pacientes tratados com intensão curativa**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2003.

SANSON-FICHER, R. *et al.* Quality of life research: is there a difference in output between the major cancer types? **Europeanjournalofcancercare**. n. 19, p. 714-720, 2010.

SAWADA, N.O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA N. O et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 3 p. 581-7, 2009.

SCHEIN, C. F. et al. Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. **Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde**. Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2006.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de**

**mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde para pacientes hipertensos.** 117f, 2005. Tese – Programa de Pós-Graduação em enfermagem em Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

SILVA, R. C. V. **Planejamento e assistência de enfermagem ao paciente com câncer:** representações sociais das enfermeiras. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SILVA, F. S.; CAMPOS, R. G. Complicações com o uso do cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 1, p. 159-64, jan-mar, 2009.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 14, n. 4, p. 614-9, 2006.

SIMÕES, J. C. et al. **Câncer: estadiamento e tratamento.** São Paulo: Lemar, 2008.

SIQUEIRA, K. M; BARBOSA, M. A; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 15, n. 4, 2007.

SIQUEIRA *et al.* Utilização de dispositivo para infusão contínua de quimioterápico na visão do paciente oncológico. **Rev. Rene.** v. 14, n. 6, 2013.

SKRYABINA, E. A; DUNN, T. S. Bombas de Infusão Descartáveis. **Sociedade Americana de Sistemas de Saúde.** v. 63, n. 13, p. 1260 - 68, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales.** 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 5, n. 1, p. 20, 2000.

[THE SCOTT HAMILTON CARES INITIATIVE](http://chemocare.com/es/chemotherapy/what-is-chemotherapy/iquestpor-cuaacutento-tiempo.aspx). **¿Por cuánto tiempo se administra la quimioterapia?**. 2013. Acesso: 25/03/2013. Disponível em: <http://chemocare.com/es/chemotherapy/what-is-chemotherapy/iquestpor-cuaacutento-tiempo.aspx>

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO): position paper from the World Health organization. **Soc. Sci. Med.** 1995; 41: 1403-1410.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, Genebra, v. 28, n. 3, p. 551-8, 1998.

VARTANIAN et al. Questionários para avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 108-115, abr-jun, 2007.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. A qualidade de vida na perspectiva de cliente revascularizado em reabilitação: Estudo Etnográfico. **Rev. Latino-am Enfermagem**, jan-fev, v. 16, n. 1, 2008.

VIEIRA, S. **Estatística Básica**. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 176p.

WINGESTE, E. L. C; FERRAZ, A. F. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. **Rev. Min. Enferm.** v. 12, n. 1, p. 34-9, 2008.

WOLOSKER, N *et al.* Totally implantable venous catheters for chemotherapy: experience in 500 patients. **São Paulo Med J.** v. 122, n. 4, p. 147-51, 2004.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares.** Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

ZANONI, A. C. N et al. O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de neoplasia maligna. **R Enferm UERJ**. v.14, n. 1, p. 48-53, 2006.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )  
Estado civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: Ensino médio ( ) Ensino fundamental ( ) Superior ( ) outro: \_\_\_  
Religião: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Espirita  
( ) Sem religião definida ( ) outro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Metástase? Sim ( ) Não ( ) Qual (is)? \_\_\_\_\_  
Fez cirurgia? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_ Data da cirurgia: \_\_\_\_\_  
Fez radioterapia? Sim ( ) Não ( ) Quantas Sessões? \_\_\_\_\_

Início da quimioterapia: Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Finalidade:

( ) Curativa ( ) Paliativa

Protocolo quimioterápico utilizado:

---

Efeitos colaterais apresentados com a quimioterapia:

( ) mucosite ( ) diarreia ( ) fadiga ( ) náuseas e vômitos  
( ) anemia ( ) cefaleia e tonturas ( ) alopecia  
( ) outros: \_\_\_\_\_

OBS: Foram coletados telefone e endereço apenas com o objetivo de agendar a visita para coleta de dados, respeitando-se em todo momento a privacidade e o anonimato do respondente.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Senhor(a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob a orientação da Professora Dr<sup>a</sup>.Joselany Áfio Caetano, com título **“Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos”**.

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa, para que possamos avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que utilizam dispositivos para infusão contínua de antineoplásicos. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A sua colaboração, caso aceite participar da pesquisa, será individual, no qual receberá uma visita previamente agendada, em seu domicílio, com horário definido. Serão entregues dois questionários que deverão ser respondidos por você.

No primeiro questionário constará de questões sobre o seu perfil sócio demográfico, como: gênero, idade, estado civil, procedência, profissão, escolaridade e religião; bem como, alguns dados clínicos como: se houve realização e data da cirurgia; se houve realização de sessões de radioterapia e efeitos colaterais da quimioterapia.

Já o segundo, constará de questões para realizar a avaliação da qualidade de vida. Você responderá a perguntas sobre: como você se sente, sua saúde e outras áreas da sua vida.

O estudo não lhe trará prejuízos de nenhuma natureza, mas sim, poderá beneficiar os pacientes oncológicos, pois possibilitará a formulação de estratégias para a promoção da saúde e *melhoria da qualidade da assistência e de vida desta clientela*.

### **Esclareço que:**

- ✓ As informações obtidas através da sua participação somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa.
- ✓ Você tem liberdade para desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa.
- ✓ As informações serão mantidas em sigilo e seu nome não será divulgado em nenhum momento.
- ✓ Em nenhum momento as atividades desenvolvidas pelo (a) senhor (a) nesse serviço ficarão prejudicadas.



- ✓ O participante não terá nenhum tipo de gasto financeiro relacionado a esse estudo.
- ✓ Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Julianna de Freitas Siqueira, nos telefones (85) 8893-3976 e (85) 3476-8381.

### **CONSENTIMENTO PÓS-ECLARECIMENTO**

Declaro que, após ter sido esclarecido(a) sobre a pesquisa e de ter entendido o que foi explicado, aceito participar desse estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: (85)3366-8344.

## APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA

### TERMO DE CIÊNCIA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Antônio Eliezer Arrais Mota Filho, responsável pela Superintendência de provimentos de saúde, conheço o protocolo de pesquisa intitulada: *Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de quimioterápicos*, desenvolvido por Julianna de Freitas Siqueira, sob a orientação da prof. Dra. Joselany Áfio Caetano, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 02 de maio de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Antônio Eliezer Arrais Mota Filho  
Superintendência de Provimentos de Saúde  
UNIMED Fortaleza

## APÊNDICE D

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, assumir toda a despesa relacionada ao desenvolvimento do projeto intitulado **“Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos”**.

Fortaleza, de fevereiro de 2013.

---

Julianna de Freitas Siqueira  
Enfermeira

## APÊNDICE E

### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaro para os devidos fins, todas as etapas previstas no projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de antineoplásicos**”, de acordo com a resolução 196/96 do CNS. Reafirmo que esta pesquisa não oferece riscos físicos, ou mesmo constrangimento moral e ético.

Fortaleza, de Fevereiro de 2013

---

Julianna de Freitas Siqueira  
Enfermeira



# **ANEXOS**

## ANEXO A - INSTRUMENTO WHOQOL-bref

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

# ANEXO – B PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



## PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE UTILIZAM DISPOSITIVO PARA INFUSÃO CONTÍNUA DE QUIMIOTERÁPICOS

**Pesquisador:** Juliana de Freitas Siqueira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13406613.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 243.269

**Data da Relatoria:** 04/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto ora avaliado aborda a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia por dispositivo para infusão contínua de quimioterápicos. Apresenta objetivos claros que enfatizam a caracterização dos sujeitos quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos além de analisar a qualidade de vida por meio do instrumento WHOQOL. Estudo quantitativo, longitudinal do tipo painel. Será realizado em uma operadora de plano de saúde em Fortaleza-Ceará. A amostra será composta por pacientes com diagnóstico de neoplasia, em tratamento quimioterápico por meio do dispositivo de infusão contínua, durante o período de coleta de dados, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Um instrumento de caracterização dos sujeitos e a escala WHOQOL-bref será aplicado no domicílio durante o primeiro e terceiro ciclos do protocolo de quimioterápicos e permitirão a avaliação da qualidade de vida em dois momentos distintos. Aspectos éticos relatados no texto.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo geral:** avaliar a qualidade de vida de pacientes oncológicos que utilizam dispositivo para infusão contínua de quimioterápico a partir da escala WHOQOL-bref.

**Objetivos específicos:** caracterizar os pacientes oncológicos que utilizam dispositivos para infusão contínua para a administração de quimioterápicos quanto aos aspectos sócio demográficos e clínicos; identificar os domínios de qualidade de vida afetados nos pacientes que

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 CEP: 60.430-270  
Bairro: Rodolfo Teófilo  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



utilizandis dispositivo para infusão contínua de quimioterápicos; Comparar os domínios de qualidade de vida dos pacientes no início e após o terceiro ciclo de aplicação do quimioterápico.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos ou danos morais, psicológicos. Porém, não se exclui o desconforto emocional. Quanto aos benefícios encontram-se a oportunidade de formulação de novas práticas de intervenções na área de enfermagem, quando se permitirão interferir nos fatores que alteram a qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade da assistência e de vida dos pacientes oncológicos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta coerência e viabilidade. Introdução está pautada na problematização da neoplasia, dados estatísticos sobre o número de casos da doença, tratamento quimioterápico, dispositivos de infusão contínua para quimioterápicos e qualidade de vida. Objetivos claros. Metodologia contemplando local, amostragem, métodos de coleta e análise dos dados.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios como folha de rosto, ofício de encaminhamento ao comitê de ética, carta de anuência dos pesquisadores envolvidos, assim como a carta de autorização da instituição onde será realizada a pesquisa. Ainda constam o currículo do pesquisador e TCLE.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Abril de 2013

Assinador por:  
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)