**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

VIVIANE ANDRADE

**Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes onco-
hematológicos em quimioterapia antineoplásica**

**Ribeirão Preto
2013**

VIVIANE ANDRADE

**Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes
onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem
Fundamental

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2013

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Viviane

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2013.

70 p.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Sawada, Namie Okino

1. Enfermagem. 2. Quimioterapia. 3. Qualidade de vida relacionada à saúde.
4. Câncer hematológico.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: ANDRADE, Viviane

Título: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Aprovado em ____/____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

“Dedico este trabalho a cada um dos pacientes que voluntariamente compartilharam suas experiências... para que hoje eu pudesse agradecer a dádiva celestial, de viver com saúde o suficiente para procurar conhecimentos, a fim de buscar melhorias à qualidade de vida daqueles que por determinado período, não a tem”...

AGRADECIMENTOS

Sei que sozinha jamais conseguiria, agradeço...

À **minha sempre Prof^a.Dr^a. Elizabeth Barrichello**, por me ensinar os primeiros passos da pesquisa e principalmente, por me apresentar o cuidar com amor como essência.

À **Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada**, por me receber de braços abertos, acreditar em mim e investir na minha formação com amizade, carinho e dedicação, sempre a respeitar minhas escolhas enaltecendo o pouco de conhecimento que tenho.

Ao Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos, pelo carinho e prontidão nos atendimentos.

Aos meus pais Paulo Márcio e Ilza, por não medirem esforços para apoiar e viabilizar cada ideal por mim almejado. Impulsionados por um amor incondicional e absoluto.

À **minha irmã Monalisa**, por jamais me deixar esmorecer, pela compreensão nas horas difíceis e principalmente por dividir tudo comigo desde os primórdios.

Aos meus avós Júlia, Anísia e José, pela minuciosa dedicação e afago ao acompanhar cada passo do início de minha formação.

Ao meu avô Paulo, (*in memória*) pela eterna presença em minha vida, por me apresentar as primeiras palavras e pelo exemplo a ser seguido.

Aos meus tios em especial também padrinhos Fátima, Carlos Magno, Djalma e Celi agradeço pelo carinho e expectativas.

Aos amigos da Família Jamil, Alice, Jadir, Vicentina e em especial José Ricardo, pelo direcionamento do olhar de quem observa, opina e torce com o amor de quem é capaz de fazer de laços sanguíneos um mero detalhe.

Aos meus primos e às minhas amigas Caroline Freitas, Michelle Leal, Camila Mequi, Nayara Pegorari e Clarissa Arrelias, pelo suporte emocional e carinho, capazes de superar nossas vidas nômades.

Às **minhas companheiras de grupo de estudos, Adriana, Gisele, Juliana, Camila e em especial a Daiane**, minha “pupila” quem colaborou de forma essencial neste trabalho, pelos momentos que passamos juntas trocando experiências, anseios e conquistas.

Ao André E. de Paula, pela estimada escuta, carinho e paciência nos momentos finais.

Ao meu amigo Guilherme Morales, pelo carinho ao profetizar e crer na conclusão deste trabalho com um afinco gratuito e inabalável.

À **equipe da Coordenadoria de Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos, em especial à Talita, Natália Del’ Angelo, Larissa kuil e Natália Campacci**, pelo crescimento compartilhado, os momentos de diversão e pelas dificuldades que tanto fortalecem.

... É por meio dessas pessoas que **Deus** se fez presente em minha vida, colocando-as no meu caminho e ofertando subsídios, para que eu pudesse galgar mais essa conquista.

RESUMO

ANDRADE, V. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.** 2013. 70 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Estudo exploratório, com delineamento transversal com objetivo de relacionar aspectos sócio-demográficos e clínicos aos domínios da QVRS dos pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica e identificar os domínios de QVRS afetados. Aprovado pelo CEP da EERP/USP com protocolo 1379/2011 e ciência do HCFMRP/USP. Para a coleta de dados utilizou-se dois instrumentos: o de dados clínicos e sócio-demográficos, submetido previamente a uma comissão de especialistas para validação aparente e de conteúdo e o EORTC QLQ-C-30. Os dados foram analisados de maneira quantitativa. Foi utilizado o Statistical Software Package Created (stata versão 11); o Statistical Package Social Science (SPSS versão 15.0); o Teste de consistência interna Alpha de Cronbach, o Teste exato de Fisher, o teste de Kruskal-Wallis e o de Mann-Whitney. Como probabilidade de erro de primeira espécie o valor de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. A amostra foi constituída por 61 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão. Destes 40 (65.57%) do sexo masculino e 21 (34.43%) do feminino. 25 (40.98%) até 39 anos, 16 (26.23%) entre 40 e 59 anos e 20 (32.79%) maiores que 60 anos. Tipo de câncer hematológico 15 (24.59%) leucemia, 19 (31.15%) Linfoma de Hodgkin, 22 (36.07%) Linfoma não Hodgkin e cinco (8.20%) outros tipos de linfoma. As médias do QLQ-C30, o Estado Geral de Saúde/ QV foi de 64.6, retratando que estes pacientes consideram média sua QVRS. A Função física 61.1, a Social 54.4, a Cognitiva 53.5, Desempenho de papel 49.0 e Emocional 47.3. Nas escalas de sintomas, perda de apetite, fadiga, dor, insônia e constipação intestinal, a média variou de 55.0 a 42.9; náuseas e vômitos, diarreia e dispneia a média variou de 35.3 a 9.8. O resultado do teste exato de Fisher indicou que náuseas e vômitos estão associados ao tipo de câncer ($P = 0.03$). A variável função social esteve associada à ocupação ($P = 0.01$) e à renda ($P = 0.04$). Portanto é necessária a ciência da equipe de saúde sobre o impacto que o tratamento provoca na vida do paciente com câncer hematológico em quimioterapia, considerando os domínios de QVRS afetados no processo de reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem, Quimioterapia, Qualidade de vida relacionada à saúde, Câncer hematológico.

ABSTRACT

ANDRADE, V. **Appraisalment of quality of life related to health of onco-hematological chemotherapy.** 2013. 70 p. Dissertation (Master) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Exploratory, cross-sectional in order to relate the socio-demographic and clinical domains of the HRQoL of onco-hematological cancer chemotherapy and to identify areas of HRQoL affected. Approved by the IRB of the EERP / USP protocol with 1379/2011 and science HCFMRP / USP. For data collection we used two instruments: the clinical and socio-demographic, previously submitted to a committee of experts for face and content validation and the EORTC QLQ-C-30. Data were analyzed quantitatively. We used the Statistical Software Package Created (stata version 11); Statistical Package Social Science (SPSS versão 15.0); Testing internal consistency Cronbach's Alpha, the Fisher exact test, the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney. As a probability of error of the first kind value of 0.05 considered statistically significant. The sample consisted of 61 patients who met the inclusion criteria. Of these 40 (65.57%) male and 21 (34.43%) females. 25 (40.98%) up to 39 years, 16 (26.23%) between 40 and 59 years and 20 (32.79%) over 60 years. Type of blood cancer 15 (24.59%) leukemia, 19 (31.15%) Hodgkin's lymphoma, 22 (36.07%) non-Hodgkin lymphoma and five (20.8%) other types of lymphoma. Mean QLQ-C30, the General Health Status / QoL was 64.6, illustrating that these patients consider their HRQoL average. The Physical Function 61.1, the Social 54.4 to 53.5 Cognitive, Performance and Emotional role 49.0 47.3. In the symptom scales, loss of appetite, fatigue, pain, insomnia and constipation, the average ranged from 55.0 to 42.9, nausea and vomiting, diarrhea and dyspnoea average ranged from 35.3 to 9.8. The result of Fisher's exact test indicated that nausea and vomiting are associated with cancer ($P = 0.03$). The variable social function was associated with occupation ($P = 0.01$), and income ($P = 0.04$). So science is required of the healthcare team about the impact that the treatment causes the lives of patients with hematological cancer chemotherapy, considering the domains of HRQoL affected in the rehabilitation process.

Key-words: Nursing, Chemotherapy, Quality of life related to health, Hematologic cancer

RESUMEN

ANDRADE, V. **Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de los onco-hematológico quimioterapia** 2013. 69 p. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Exploratorio, transversal, con el fin de relacionar los ámbitos socio-demográficos y clínicos de la CVRS de quimioterapia contra el cáncer onco-hematológico y para identificar áreas de la CVRS afectadas. Aprobado por la IRB del protocolo EERP / USP en 1379/2011 y de la ciencia HCFMRP / USP. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: la clínica y sociodemográfica, sometidos previamente a un comité de expertos para la validación aparente y de contenido y el EORTC QLQ-C-30. Los datos fueron analizados cuantitativamente. Se utilizó el paquete estadístico creado (stata versión 11), Statistical Package Social Science (SPSS versão 15.0); las pruebas de consistencia interna Alfa de Cronbach, la prueba exacta de Fisher, la prueba de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney. Como una probabilidad de error de la primera clase de valor 0,05 considerado estadísticamente significativo. La muestra estuvo constituida por 61 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. De ellos 40 (65,57%) hombres y 21 (34,43%) mujeres. 25 (40,98%) hasta 39 años, 16 (26,23%) entre 40 y 59 años y 20 (32,79%) más de 60 años. Tipo de cáncer de la sangre 15 (24,59%), la leucemia, 19 (31,15%), el linfoma de Hodgkin, 22 (36,07%), linfoma no Hodgkin y cinco (20,8%), otros tipos del linfoma. La media QLQ-C30, el estado general de salud / calidad de vida fue 64,6, lo que demuestra que estos pacientes consideran que su promedio de CVRS. La función física 61,1, el Social 54,4-53,5 cognitiva, rendimiento y rol emocional 49,0 47,3. En la pérdida de las escalas de síntomas, de apetito, la fatiga, el dolor, el insomnio y el estreñimiento, la media osciló desde 55,0 hasta 42,9, náuseas y vómitos, diarrea y disnea media osciló desde 35,3 hasta 9,8. El resultado de la prueba exacta de Fisher indica que las náuseas y los vómitos se asocian con el cáncer ($P = 0,03$). La función social variable se asocia con la ocupación ($P = 0,01$), y los ingresos ($P = 0,04$). Así que la ciencia se requiere del equipo de atención médica sobre el impacto que el tratamiento hace que las vidas de los pacientes con quimioterapia para el cáncer hematológico, teniendo en cuenta los dominios de la CVRS afectadas en el proceso de rehabilitación.

Palabras-clave: Enfermería, la quimioterapia, La calidad de vida relacionada con la salud, El cáncer hematológico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo dados sócio demográficos. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	34
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo o diagnóstico, momento do tratamento. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	36
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo o protocolo do tratamento adotado. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	36
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo os sinais e sintomas relatados. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	37
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo as preocupações referidas. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	38
Tabela 6 - Análise dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo a associação entre a faixa etária e as características sócio-demográficas/ clínicas, protocolos de quimioterapia. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	40
Tabela 7 - Médias e desvio padrão dos domínios do EORTC-QLQ C30 associados ao início do tratamento de pacientes onco-hematológico os submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	41
Tabela 8 - Médias e desvio padrão dos domínios do EORTC-QLQ C30 associados à condição de trabalho de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	42
Tabela 9 - Médias e desvio padrão do domínio/ escala Função social do EORTC-QLQ C30 associada ao gênero, ocupação/ profissão e renda de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	43
Tabela 10 - Médias e desvio padrão dos Tipos de neoplasia de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica associados aos domínios /escalas do EORTC-QLQ C30. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escores do EORTC QLQ-C30 versão 3.0.	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CON	Constipação Intestinal
DIF	Dificuldade Financeira
DIS	Dispneia
DP	Desvio Padrão
EA	Evento Adverso
EB	Escore Bruto
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EGS	Estado Global de Saúde
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
FAD	Fadiga
FC	Função Cognitiva
FE	Função Emocional
FF	Função Física
FS	Função Social
GB	Glóbulos Brancos
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea
INS	Insônia
MD	Média
MO	Medula Óssea
NAV	Náuseas e Vômito
NCCS	National Coalition for Cancer Survivorship
NCI	National Cancer Institut
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONS	Oncology Nursing Society
PAP	Perda de Appetite
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	25
2.1. Objetivo geral	25
2.2. Objetivos específicos	25
3. MÉTODOS	27
3.1. Caracterização do estudo	27
3.2. Procedimentos éticos	27
3.3. Coleta de dados	28
3.3.1. Critérios de inclusão	28
3.3.2. Critérios de exclusão	28
3.3.3. Instrumentos para a coleta de dados	28
3.3.4. Análise dos dados	31
3.4. Propriedade das informações	32
4. RESULTADOS	34
4.1. Caracterização da amostra	34
4.2. Protocolo de Quimioterapia Antineoplásica	36
4.3. Sinais e Sintomas	37
4.4. Preocupações referidas	38
4.5. Grupo Etário	38
4.6. Qualidade de vida	41
4.7. EORTC - QLQ C30 associado ao Início do tratamento	41
4.8. EORTC - QLQ C30 associado à condição de Trabalho	42
4.9. Função Social associada ao gênero, ocupação e renda	43
4.10. Tipos de neoplasia associados às escalas do EORTC-QLQ C30	44
5. DISCUSSÃO	47
6. CONCLUSÃO	53
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
8. ANEXOS	63
8.1. ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP	63
8.2. ANEXO B – Ciência do Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP/USP	64
8.3. ANEXO C – Autorização para o uso do EORTC-QLQ C30	65
9. APÊNDICES	67
9.1. APÊNDICE I - EORTC QLQ-C30	67
9.2. APÊNDICE II – Questionário sócio-demográfico e clínico	69
9.3. APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A literatura traz um novo modelo conceitual para a área da assistência em oncologia, o dos “sobreviventes ao câncer”, recomendado pelo *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS) em 2004. Em que o sobrevivente é o indivíduo que recebeu o diagnóstico; a sobrevivência é o período que vai desde a certeza do diagnóstico, perpassa pela terapêutica e permanece até que haja a estabilização de vida ou ocorra à morte (FISHER, 2006).

Este modelo reconhece que devido ao período longínquo da sobrevivência dos pacientes, a atenção é voltada para a Qualidade de vida QV. Em objeção a esse aspecto, as pesquisas médicas e de enfermagem apontam que, embora hoje haja uma redução da mortalidade durante e após os tratamentos para as neoplasias malignas, surgem sintomas múltiplos, como fadiga, dor, redução do apetite, disfunções cognitivas e sexuais, náuseas e vômitos e distúrbios do sono, que intervêm no retorno às atividades cotidianas, isto é, na sua QV (HAYLOCK, 2007).

Segundo a, *World Health Organization* (WHO, 2010) com os dados de Incidência, prevalência e mortalidade de Câncer em todo o mundo em 2008 extraídos do *International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN database (version 1.2)*, o câncer é a segunda maior causa de morte no mundo (FERLAY et al., 2010).

Em 2005, 7.6 milhões de pessoas morreram por câncer, e as projeções estimam nove milhões de mortes em 2015 e até 22.2 milhões de mortes em 2030 (BRAY et al., 2012).

As estimativas para o ano de 2012 adequadas para 2013 assinalam a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil, incluindo os eventos de pele não melanoma, reforçando a intensidade do problema do câncer no país (BRASIL, 2012).

Aguarda-se 5.190 casos novos de linfoma não Hodgkin em homens e 4.450 em mulheres, para o Brasil, no ano de 2012 / 2013. Enquanto que para as leucemias estimam-se 4.570 casos novos em homens e 3.940 em mulheres. Tais valores equivalem a um risco estimado de cinco/100 mil homens e quatro/100 mil mulheres (BRASIL, 2012).

1.1. *Tratamentos do câncer*

O conhecimento mostra que o objetivo do tratamento das neoplasias malignas é reduzir a população de células tumorais. Os agentes antineoplásicos interferem nas fases essenciais para a divisão celular. A ação desses agentes varia desde o ataque direto à molécula do DNA (ácido desoxirribonucléico) à inibição da organização do fuso mitótico, importante para que a divisão celular se complete. No entanto, os agentes antineoplásicos alteram o processo celular que determina a ativação dos mecanismos de reparo ou inicia o processo de apoptose, que tem um papel pontual de ação dos agentes neoplásicos (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004).

As quimioterapias antineoplásicas são projetadas para matar as células cancerosas, sua toxicidade, efeito colateral ou evento adverso EA está relacionado ao seu mecanismo de ação. Alguns medicamentos agem em todas as fases da divisão celular, estas tumorais ou não, onde, as células dos tecidos, hematopoiético, germinativo, folículo-piloso e gastrointestinal, são mais atingidos, por apresentarem rápida divisão celular. Os medicamentos mais modernos também apresentam estes EAs, em maior ou menor grau (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000).

Das terapias utilizadas para o tratamento do câncer hematológico, a gravidade dos EAs pode variar de leves a muito graves. Assim o rápido reconhecimento destes, seguido por intervenções imediatas, pode melhorar os sintomas negativos e evitar a progressão para eventos mais graves (MOORE, 2007).

A medula óssea (MO) exibe uma cabine de proliferação, maturação e reserva, com tempo de circulação de cinco a sete dias e produção de mais de um milhão de células/Kg/dia. Possui uma população de células (*stem cell*) responsável pela concepção do sangue, estas consistem em: os eritrócitos, as plaquetas, os monócitos, os granulócitos e os linfócitos (BARACAT; FERNANDES; SILVA, 2000; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004).

Determinados medicamentos são capazes de afetar o desempenho da MO, por isso denominadas mielossupressoras ou mielotóxicas. Como referido antes, a vulnerabilidade do tecido hematopoiético aos citostáticos relaciona-se com sua acelerada divisão celular. A MO suprimida por medicamentos torna-se incapaz de repor os componentes sanguíneos, encanecidos ou mortos. (BONASSA; SANTANA, 2005).

A mielossupressão ou mielotoxicidade é um dos principais EAs da quimioterapia antineoplásica, originada pela inibição dos leucócitos, plaquetas e hemácias. Incide em várias

fases da diferenciação celular, o que condiciona a manifestação de infecções, choque séptico, anemias, dano de órgãos, riscos de hemorragia e morte, que comumente é secundária à infecção favorecida pela neutropenia, ou à hemorragia arrolada à plaquetopenia (EDWARDS, 2003; SCHWENKGLLENKS et al., 2006).

Ainda com a disponibilidade de fatores de crescimento de eritropoiese que promovem a resposta do tecido hematopoiético no tratamento do câncer, a anemia, a neutropenia e a trombocitopenia permanecem como graves EAs do tratamento antineoplásico (EDWARDS, 2003; SCHWENKGLLENKS et al., 2006). O que tornam inerentes possíveis alterações na Qualidade de vida relacionada à saúde QVRS dos pacientes submetidos a tais tratamentos.

Sabe-se que afecções aos domínios de QV devem-se em geral aos EAs exibidos durante a terapia antineoplásica, deste modo o reconhecimento e relato dos EAs se faz essencial na condução de ensaios clínicos. Mais de 500 tipos distintos de EAs têm sido associados com a terapia de câncer moderna, variando em gravidade, desde pequenas alterações assintomáticas observadas no exame físico até lesões latentemente fatais ou morte (TROTTI et al., 2003).

O *National Cancer Institute's Common Toxicity Criterias* (CTC) fundado em 1993 para padronizar, reconhecer e classificar os EAs da quimioterapia antineoplásica. O CTC tem sido utilizado para a obtenção de dados relacionados com o tratamento dos EAs, a fim de contribuir na avaliação de potenciais terapêuticas e medidas de suporte para neoplasias malignas (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 1999, 2010).

Assim nota-se o sério problema de saúde pública em que a doença oncológica se enquadra, não apenas por exibir altos custos, mas também por gerar inúmeros problemas sociais (PIMENTEL, 2006).

Por provocar náuseas e vômitos, lesão de esôfago, fraturas, má nutrição, desequilíbrio hidro-eletrolítico, e outras conseqüências clínicas, a quimioterapia antineoplásica e seus EAs muitas vezes levam à recusa do paciente a continuar os ciclos quimioterápicos, atenuando a sua QVRS e afetando a eficácia do tratamento (SAWADA, et al., 2009).

1.2. Câncer Hematológico

A categorização da OMS para neoplasias hematológicas foi definida por meio de critérios clínicos, morfológicos, imunofenotípicos e genéticos, considerado *gold*

standarda classificação *Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms (REAL)* (HARRIS, 1994).

As neoplasias hematológicas receberam uma nova classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) 4ª edição de 2008 (SWERDLOW, 2008), concebe uma revisão contemporânea da 3ª edição, publicada em 2001 (JAFFE, et al., 2001), que tem a importância de ser a primeira classificação de consonância desse tipo de neoplasias malignas. A finalidade da nova classificação abrange revisão de critérios, nomenclatura e definições das doenças apresentadas na 3ª edição. Dentre elas estão:

Leucemia linfocítica aguda - doença maligna que acomete os leucócitos causando um acúmulo de células blásticas anormais na medula óssea MO, local de formação das células sanguíneas, onde são encontradas as células precursoras, que originam os leucócitos, eritrócitos e plaquetas. São sintomas a anemia, infecções e hemorragias (BRASIL, 2013).

Leucemia mieloide aguda – Originada de uma diferenciação gênica adquirida no DNA de células em formação na MO (HAMERCHLAK, 2008; LLACER, 2001). Os sintomas são: anemia, fadiga, dispneia, sangramento, plaquetopenia, febre com ou sem infecção associada (HAMERCHLAK, 2008). O rastreamento e diagnóstico advêm do aspecto morfológico, de citoquímica e de técnicas de imunofenotipagem (MARTINS, et al., 2001).

Leucemia mieloide crônica – Ocasionada por um estrago adquirido no DNA de uma célula tronco da MO (HAMERCHLAK, 2008). Defini-se por uma deformidade genética que acomete cromossomos nove e 22 por meio de uma translocação que origina o cromossomo Filadélfia (PASQUINI, 2001).

Linfoma de Hodgkin - câncer que se origina nos linfonodos do sistema linfático, caracterizado por células de Reed-Sternberg (HAUROSSEAU, 2007). Os sintomas são: tumoração cervical indolor manifestada pelo aumento de um ou mais gânglios (MAIOLINO; MAGALHÃES, 2007). Pode ocorrer em qualquer faixa etária; no entanto, é mais comum na idade adulta jovem, dos 15 aos 40 anos. A mortalidade foi reduzida em mais de 60% desde o início dos anos 70 devido aos avanços no tratamento (BRASIL, 2013).

Linfoma Não-Hodgkin – Sua etiologia é desconhecida, mesmo que se associe a função imune alterada. Oriundo de subpopulações de células brancas (B e T) (HAUROSSEAU, 2007).

Indivíduos que trataram com imunossupressores, aqueles com condições autoimunes severas e / ou infectados pelo HIV, HTLV-1 e Epstein-Barr, têm um maior risco para o desenvolvimento do mesmo (HAUROSSEAU, 2007; BRASIL, 2013).

Fatores ambientais e alterações genéticas herdadas podem gerar alterações cromossômicas irreversíveis que são subjacentes ao Linfoma Não-Hodgkin; eles incluem mais de 20 tipos diferentes. (WINTROBE; GREER, 2009).

1.2.1. Medicamentos antineoplásicos

Agentes Alquilantes: Intervêm com a síntese do DNA, exemplo: *Mecloretamina* (*Mostarda Nitrogenada, HN2*), *Ciclofosfamida* (*Euduxau*), *Ifosfamida*, *Clorambucil* (*Leukeran*), *Bussulfam* (*Myleran*), *Melfalam* (*Alkeran, Mostarda de L-Fenilalanina*) e *Nitrosouréias*. Causam náusea e vômito, mielossupressão, plaquetopenia e neutropenia além de disfunção gonadal, manifestada por azoospermia, amenorréia e infertilidade. (WINTROBE; GREER, 2009).

Antimetabólitos: Alteram a conversão enzimática específica dos metabólitos essenciais. Danificam a síntese do DNA são ciclo ativos, exemplo: *Metotrexato* (*Amethopterin, MTX*), *Mercaptopurina*, *Citosina Arabinosídeo* (*arabinosilcitosina, AraC, Citarabina*), *Hidroxiuréia* e *Azacitidina*. EAs hepáticas, renais, gastrintestinais e hematopoiéticas (WINTROBE; GREER, 2009).

Análogos Dos Nucleosídeos Purínicos: Três isomorfos purínicos, análogos da adenosina; *fosfato de fludarabina*, *pentostatina* e *2-clorodesoxiadenosina*. imunidade celular defeituosa, linfopenia e hipogamaglobulinemia. Sua toxicidade é relativamente leve (McCORMACK, 1990).

Inibidores Mitóticos: inibem as células em mitose, dado a ligação à tubulina, material do fuso mitótico. *Vincristina* e *vinblastina* são alcalóides vegetais oriundos da vinca rósea. Neuropatias dos nervos motores manifestadas por diplopia ou paralisias faciais e rouquidão e alopecia (WINTROBE; GREER, 2009).

Antibióticos Tumorais: antitumorais, *antraciclinas*, *bleomicinas*, *actinomicina D* e *mitramicina* gerados da fermentação microbiana. As toxicidades são: mielossupressão, mucosite, estomatite, diarreia e as toxicidades cardíacas. Exemplos: *Doxorrubicina*, *Daunorrubicina* (*Daunomicina*), *Idarorrubicina*, *Mitoxantrona* e *Bleomicina* (WINTROBE; GREER, 2009).

Corticosteróides: acomete células não proliferativas e células proliferativas. Basais na terapia da leucemia linfoblástica aguda, linfomas não-Hodgkin, doença de Hodgkin e mieloma múltiplo. EAs: infecções, Diabetes Mellitus (WINTROBE; GREER, 2009).

Modificadores Da Resposta Biológica:

Interferon: Glicoproteínas determinadas células de vertebrados em resposta à infecção viral. Utilizadas em tricoleucemia, linfoma linfocítico T cutâneo, linfomas não-Hodgkin de baixo grau, leucemia mielóide crônica e mieloma múltiplo. (BORDEN, 1979; WINTROBE; GREER, 2009).

Indutores Da Diferenciação:

ÁcidoTrans-Retinóico Puro: Indutor ativo da diferenciação em linhagens celulares da leucemia mielóide humana (WINTROBE; GREER, 2009).

Outros Agentes:

L-Asparaginase: Bloqueio da síntese proteica, e células suscetíveis são descontinuados na fase S do ciclo celular. Diminuição nos níveis circulantes de albumina, fatores de coagulação, insulina e lipoproteínas. Pode ocorrer: vômito, tremores e disfunção cerebral - confusão, estupor e coma óbvio (WINTROBE; GREER, 2009).

Procarbazina: Determinam rupturas de DNA de filamento simples em células tumorais murinas cultivadas. Inibe o DNA, RNA cessando a síntese das proteínas. Causa leucopenia, trombocitopenia, leve náusea, vômito e anorexia. (WINTROBE, GREER, 2009).

Etoposídeo: Cessa a reação de clivagem-religação por meio da enzima nuclear topoisomerase II causando rupturas no DNA e RNA da célula. Causa hipotensão, náusea, vômito, mielossupressão e alopecia (WINTROBE; GREER, 2009).

Cisplatina: Ocasiona a ligação da platina ao DNA gerando ligações cruzadas inter e intrafilamentosas o que prejudica as funções da molécula. Pode causar disfunção renal, náusea, vômito, ototoxicidade, neuropatia periférica e mielossupressão (WINTROBE; GREER, 2009).

Carboplatina: Projetada como a cisplatina, diferente por causar toxicidades neurológicas, renais e otológicas (WINTROBE; GREER, 2009).

Diante do exposto, podem-se verificar medicamentos que compõem protocolos de quimioterapia antineoplásica. Cabe à equipe de saúde identificar os vários EAs que

os indivíduos possam vivenciar durante a sobrevivência ao câncer, a fim de ofertar opções no tratamento e planejar cuidados que visem uma melhor QVRS.

1.3. *Qualidade de Vida*

A avaliação da qualidade de vida (QV) na oncologia estreou na década de 1940, com um estudo que desenvolveu uma escala para avaliar a função física e as condições de desempenho do paciente (KARNOFSKY et al., 1948).

A mensuração da QVRS tem sido utilizada para avaliar os ensaios clínicos envolvendo quimioterápicos antineoplásicos, com a finalidade de medir os EAs induzidos por este tipo de tratamento. Tal método pode ser a melhor maneira de avaliar a tolerância do paciente à terapia antineoplásica (SAWADA et al., 2009).

O que não altera na vida do paciente após um diagnóstico de câncer ainda é um fator imensurável. Tal diagnóstico interfere na percepção dos indivíduos a cerca do ambiente que os cerca e nas experiências relacionadas a ele, culminam em um desequilíbrio espiritual. Trata-se de uma doença associada a perdas, o seu diagnóstico e terapêutica levam a alterações psicológicas com importante afecção na QVRS do indivíduo (PIMENTEL, 2006).

A literatura traz um número significativo de pacientes que apresentaram sucesso no tratamento do câncer. Em todo o mundo, 54,5 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer nos últimos cinco anos, destes, 48%, ou 24,6 milhões, terão sobrevivido à doença cinco anos após o diagnóstico. Entretanto o aumento da sobrevida, não se prende apenas a dados estatísticos, visto que a QVRS requer avaliação constante, independente da fase da doença (MULLER, 2007).

A definição para QV tem sido apresentada na literatura de diversas formas e ainda não há uma única definição do termo, mesmo com o interesse ascendente no tema. Todavia, existe um vasto consenso em que o conceito de QV em saúde é multidimensional, que abrange no mínimo os domínios físico, mental e social e estabelece-se que os sintomas estão relacionados à doença e a terapêutica adotada (BONNETAIN, 2010; FORTNER, 2005; PADILHA; ROPKA, 2005; WHO, 2009).

Esta definição holística procede indiretamente da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto nenhuma das definições sugeridas é de concordância universal (BONNETAIN, 2010).

Diante dos diversos conceitos expostos na literatura, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS apresenta a definição de QV como “a percepção do indivíduo de sua

posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2009).

Na busca da melhoria da qualidade da assistência prestada a pacientes com câncer, os indicadores de QV poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenções e avaliá-las, além de criar parâmetros para definição de estratégia de promoção da saúde individual e coletiva (MACKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Atualmente tem sido preconizado a QVRS representada pela percepção do indivíduo sobre como seu estado de saúde ou tratamento interferem nos aspectos físicos, mentais (psicológico/ emocional), sociais e ocupacionais da sua vida (BRE, 2006).

O termo QVRS é muito utilizado na literatura e tem sido usado com objetivos análogos à conceituação mais geral. Contudo, está associado às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Adotamos o conceito proposto por Fayers & Machin que apresentam a definição de QVRS como sinônimo de Estado de Saúde Percebida, com a finalidade de averiguar o quanto a doença ou estado crônico, e seus sintomas, passam a interferir em seu cotidiano, o quanto as manifestações da doença ou tratamento são sentidas por ele (FAYERS & MACHIN, 2007).

Os principais instrumentos de QV utilizados na literatura são: *WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref*; Escala de *Performance Karnofsky* ou índice de *Karnofsky*; *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (MOS SF-36)*; Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (*UW-QOL*); *European Organization for Research and Treatment of Câncer – Quality of Life Core 30 Questionnaire EORTC QLQ-C30, QLQ-H&N35*; *SWAL-QOL – Quality of life in Swallowing Disorders e VHI – Voice Handicap Index*. (ZANDONAI et al., 2008).

Em artigos analisados em uma revisão latino-americana houve maior frequência na aplicação do EORTC QLQ-C30 instrumento utilizado no presente estudo (ZANDONAI et al., 2010).

A assistência prestada ao paciente oncológico é decorrente de um empenho multidisciplinar, no qual a equipe de enfermagem mantém contato com o paciente e sua família em todos os eventos das diversas esferas de atendimento. Para tal é preciso conhecimento das dimensões biológicas e fisiológicas da doença, das terapêuticas e do impacto da mesma. A fim de detectar, intervir e avaliar os sinais e sintomas, bem como os EAs. Que possam vir a comprometer a QVRS do indivíduo (BARICHELO, 2008).

Dessa forma, o cuidado prestado pela enfermagem aos sobreviventes ao câncer inclui a minimização dos EAs (fadiga, náuseas e vômitos), a percepção precoce da recorrência de outro câncer; avaliação do status psicossocial; implementação de intervenções no que tange ao tratamento da doença e coordenação da equipe.

Nosso interesse pela temática originou-se da escassez de estudos que tratem a QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica, em bases de dados nacionais. Concomitante à análise das Agendas de Pesquisa da *Oncology Nursing Society* (ONS), para 2009 a 2013, que destacou as consequências dos sintomas ocasionados pela doença ou pelos EAs da quimioterapia para a QVRS de pacientes em quimioterapia antineoplásica como uma temática pouco estudada e pouco compreendida (ONS, 2009).

Nesse contexto, o presente estudo tem a finalidade de contribuir para a assistência de enfermagem, com a avaliação da QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica relacionando-os com os dados sócio-demográficos e clínicos a fim de identificar os domínios acometidos em prol de uma melhor atuação das equipes de saúde para minimizar os problemas e planejar o processo de reabilitação.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1. *Objetivo geral*

Avaliar os domínios da QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.

2.2. *Objetivos específicos*

- Caracterizar a amostra de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica quanto aos aspectos sócio demográficos e clínicos (sexo, idade, estado civil, profissão nível de escolaridade, renda familiar, religião, diagnóstico, tratamento realizado e sintomas);
- Relacionar os dados sócio demográficos e clínicos com os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica;
- Identificar os domínios de QVRS afetados nos pacientes onco-hematológicos em diferentes tipos de protocolos de quimioterapia antineoplásica adotados para tratamento.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1. *Caracterização do estudo*

Este estudo consiste em uma pesquisa exploratória, com delineamento transversal. A pesquisa exploratória é definida por meio da delimitação de um fenômeno de interesse – no caso, a QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica. No entanto, mais do que observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua origem/ natureza e os demais fatores com os quais está relacionado. Neste o sujeito de pesquisa é avaliado uma única vez. Estudos deste tipo possuem vantagens pela rapidez, baixo custo, identificação de caso e detecção de grupos de risco (POLIT, 2004).

Para o desenvolvimento do presente estudo foram entrevistados pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica, atendidos no Centro de Quimioterapia e na Enfermaria de Hematologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP/USP). A amostra foi aleatória, composta por pacientes submetidos à no mínimo um ciclo de quimioterapia. O cálculo amostral partiu da informação de que o Centro de Quimioterapia e a Enfermaria de Hematologia do HCFMRP/USP atendem em média 90 pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica por mês.

3.2. *Procedimentos éticos*

A autorização para condução da pesquisa foi solicitada à Comissão de Ética em Pesquisa da instituição proponente e instituição coparticipante, ambas concedidas sob o protocolo de nº 1379/2011. Os aspectos éticos são baseados na Resolução 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitada aos sujeitos a anuência para participação no estudo, após entendimento sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia de confidencialidade solicitamos a assinatura no termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE III), em duas vias, uma entregue ao paciente e a outra encaminhada aos arquivos do estudo. As entrevistas foram realizadas no espaço físico disponível no Centro de Quimioterapia e na Enfermaria de Hematologia do HCFMRP/USP no momento em que o paciente retorna ao serviço para a aplicação da quimioterapia antineoplásica ou durante a internação para realização da mesma. Nesse local não havia sala reservada disponível, foram utilizados biombos para garantir maior privacidade.

3.3. Coleta de dados

A coleta de dados teve início no mês de setembro de 2011 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) com Nº de protocolo 1379/2011, sob ciência e autorização do atual e vigente Diretor Clínico do HCFMRP/USP.

3.3.1. Critérios de inclusão

Pacientes com diagnóstico de neoplasias hematológicas, em tratamento no HCFMRP para quimioterapia antineoplásica no período de setembro de 2011 a junho de 2012, tanto do sexo masculino quanto feminino, maiores de 18 anos e que foram submetidos a pelo menos um ciclo de quimioterapia.

3.3.2. Critérios de exclusão

Pacientes com recidiva da doença e sem condições clínicas para responder aos instrumentos de coleta de dados.

3.3.3. Instrumentos para a coleta de dados

Para a obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: o questionário sócio-demográfico e clínico e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 itens (EORTC-QLQ-C30)*, aplicados durante a entrevista.

- Questionário sócio-demográfico e clínico

Foi elaborado para caracterizar a amostra e obter as características sociais e clínicas dos sujeitos contemplando as variáveis (idade, sexo, profissão, religião, procedência, renda mensal, estado civil e vínculo empregatício, tipo de câncer, tratamento adotado, sintomatologia entre outros) (APENDICE II). Apresenta questões não focalizadas no EORTC-QLQ-C30.

Esse instrumento foi submetido à validação aparente e de conteúdo. Por um comitê de juízes composto por três especialistas da área que avaliaram o questionário quanto à forma de apresentação, adequação dos itens e se os mesmos estavam adequados aos objetivos propostos. Obtendo aprovação com unanimidade de concordância com os itens propostos e a forma de apresentação do instrumento.

- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 items. (EORTC-QLQ-C30)*

A EORTC foi estabelecida em 1962 a fim de desenvolver, coordenar e estimular pesquisas em oncologia com grupos multidisciplinares na Europa. Em 1980, instituiu o *Quality of Life Group*, que desenvolveu o EORTC QLQ-C30, um instrumento de QV específico para pacientes oncológicos.

O padrão de QV da EORTC é multidimensional. Contempla sintomas específicos do câncer, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, imagem corporal, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico.

A permissão para o uso do mesmo foi solicitada por e-mail no site *Quality of Life Group* do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life* com parecer favorável (ANEXO C), em que foi fornecida a versão brasileira 3.0 do instrumento e o manual para análise dos dados.

O EORTC-QLQ-C30 (versão 3.0) (APENDICE I) é um instrumento traduzido e validado para a cultura brasileira (BRABO, 2006), que aborda aspectos relacionados com o câncer. Composto por trinta itens que são divididos em três domínios: Estado de Saúde Global com duas questões de avaliação; cinco Escalas Funcionais que contemplam: função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papéis; três escalas de sintomas: fadiga, dor, náuseas e vômitos; uma escala de qualidade de vida e saúde global; seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer: dispneia, perda de apetite (anorexia), insônia, constipação e diarreia; escala de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença. Descritos no (Quadro 1).

Os itens de um a 28 do questionário são colocados em Escala do tipo Likert de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não, pouco, moderadamente e muito. E os itens 29 e 30 são apresentados em Escala do tipo Likert de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo.

Os escores das escalas e das medidas dos itens individuais variam de 0 a 100, sendo que um valor alto do escore representa um alto nível de resposta. Ou seja, um escore alto para a escala funcional representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto para a escala de sintomas/itens representa um alto nível de sintomatologia/problema.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Medida global de saúde					
EGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escalas funcionais					
Função Física	1 a 5	5	3	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Função Emocional	21 a 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado.	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado.
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e memória
Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escala de sintomas					
Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades
Sintomas (ítems)					
Dispneia	8	1	3	Não apresenta dispnéia	Apresenta dispnéia severa
Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldades para dormir	Não consegue dormir
Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa
Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Diarréia	17	1	2	Sem diarréia	Diarréia severa
Item					
Dificuldades Financeiras	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras

Quadro 1 - Escores do EORTC QLQ-C30 versão 3.0.

* Diferença entre a maior e a menor resposta possível para cada item.

3.3.4. Análise dos dados

Para a organização dos dados foi criada uma planilha no Excel®, os dados foram analisados de maneira quantitativa.

Mediante o manual para apreciação do instrumento EORTC QLQ-C30, foi instituído um escore bruto (EB) em cada escala, composto pela somatória do valor das alternativas marcadas em cada questão/item da escala e dividido pelo número de respostas. Os valores das opções variam de um a quatro para as questões um a 28. Formando a equação:

$$EB = \frac{q1 + q2 + q3 + \dots + qn}{n}$$

Foi realizada a alteração linear (escores de 0 a 100)

Cálculo das escalas funcionais:

$$\text{Escore} = \left[1 - \frac{(EB - 1)}{\text{Variação}} \right] \times 100$$

Cálculo da escala global- EGS/QV:

$$\text{Escore} = \left[\frac{(EB - 1)}{\text{Variação}} \right] \times 100$$

Cálculo das escalas/ítems sintomas:

$$\text{Escore} = \left[\frac{(EB - 1)}{\text{Variação}} \right] \times 100$$

Para as análises estatísticas foram utilizados o *Statistical Software Package Created (stata) versão 11* e o *Statistical Package Social Science (SPSS versão 15.0)* foi utilizado para verificar a confiabilidade pelo Teste de consistência interna *Alpha de Cronbach*.

Para verificar a significância de possíveis associações entre duas variáveis foi empregado o *Teste exato de Fisher*. Na comparação de escores de classes de variáveis foi empregado o *Teste de Kruskal-Wallis*, que identifica a existência ou não de diferenças nos escores (SIEGEL; CASTELLAN, 2006). Nas variáveis com apenas duas classes o teste utilizado foi o de *Mann-Whitney*.

Todos os testes foram realizados admitindo-se como probabilidade do erro de primeira espécie o valor de 0,05 considerados estatisticamente significantes.

3.4. *Propriedade das informações*

Os resultados serão divulgados de forma consolidada, não havendo restrição quanto à sua publicação. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para o desenvolvimento da pesquisa, sendo estes arquivados sob-responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos após a publicação científica e posteriormente destruídos.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

A amostra do estudo foi composta por 61 pacientes onco-hematológicos submetidos a, pelo menos uma dose de quimioterapia antineoplásica, durante o período de setembro de 2011 a junho de 2012, no serviço de Oncologia do HCFMRP/USP.

Os participantes se apresentaram com idade entre 18 a 81 anos, sendo que 40.9% até 39 anos, 26.2% entre 40 e 59 anos e 32.8% mais de 60 anos. A média de idade dos participantes foi de 47.03 anos, com desvio padrão de ± 19.04 anos (Tabela 1).

Quanto ao gênero, 65.57% eram do sexo masculino; ao estado civil, 59.02% casados; a religião 73.7% católicos; com relação à escolaridade, 40.98% tinham primeiro grau incompleto (Tabela 1).

Em relação à origem 27.87% eram de Ribeirão Preto - SP os demais em cidades da região. Apenas 9.84% eram ativos no trabalho; 62.3% relataram renda inferior a dois salários mínimos. Quanto à profissão 16.39% se declararam como do lar (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo dados sócio demográficos. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Característica	N e (%)
Idade	
Até 39 anos	25 (40.98%)
40 a 59 anos	16 (26.23%)
60 anos e +	20 (32.79%)
Gênero (Sexo)	
Masculino	40 (65.57%)
Feminino	21 (34.43%)
Procedência	
Ribeirão Preto – SP	17 (27.87%)
Outros municípios vizinhos	44 (72.13%)
Religião	
Católica	45 (73.77%)
Espírita	07 (11.48%)
Evangélica	09 (14.75%)

Característica	N e (%)
Ocupação / Profissão	
Do lar	10 (16.39%)
Autônomo (a)	04 (6.56%)
Estudante	04 (6.56%)
Pedreiro	08 (13.11%)
Trabalhador (a) rural	05 (8.20%)
Outros	30 (49.18%)
Condição do trabalho	
Trabalha	06 (9.84%)
Aposentado (a)	18 (29.51%)
Afastado (a)	18 (29.51%)
Desempregado (a) e não se aplica N/A	19 (31.15%)
Renda em salários mínimos	
Até dois	38 (62.3%)
Mais de dois	23 (37.7%)
Escolaridade	
1º grau incompleto	25 (40.98%)
1º grau completo	10 (16.39%)
2º grau completo	14 (22.95%)
3º grau completo	12 (19.67%)
Estado civil	
Casado (a) / União estável - UE	36 (59.02%)
Solteiro (a)	20 (32.79%)
Viúvo (a)	05 (8.20%)

No que tange ao diagnóstico de câncer hematológico, a neoplasia mais frequente foi o Linfoma não Hodgkin (36.07%), seguidos de Linfoma de Hodgkin (31.15%) e 24.59% com algum tipo de leucemia (Tabela 2).

Quanto ao início da quimioterapia antineoplásica, a porcentagem de 26.23% foi predominante no intervalo de até um mês antes da entrevista, entre dois e três meses e entre quatro meses, 21.36 tinham mais de um ano (Tabela 2).

No que refere ao ciclo de quimioterapia 80% dos pacientes se encontravam até o quarto ciclo de quimioterapia antineoplásica no momento da entrevista (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo o diagnóstico, momento do tratamento. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Característica	N e (%)
Tipo de neoplasia	
Linfoma Não – Hodgkin	22 (36.07%)
Linfoma de Hodgkin	19 (31.15%)
Leucemia	15 (24.59%)
Outros	05 (8.20%)
Início da terapia antineoplásica	
Há até um ano	16 (26.23%)
Entre dois a três meses	16 (26.23%)
Entre quatro meses e um ano	16 (26.23%)
A mais de um ano	13 (21.31%)
Ciclo de Quimioterapia antineoplásica	
2º ciclo	16 (26.23%)
3º ciclo	20 (32.79%)
4º ciclo	13 (21.31%)
5º ciclo	03 (4.92%)
6º ciclo	07 (11.48%)
7º ciclo	02 (3.28%)

4.2. *Protocolo de Quimioterapia Antineoplásica*

Quanto à terapêutica adotada, 16.39% utilizaram ciclofosfamida, vincristina e doxorrubicina associadas; a mesma porcentagem foi submetida à ciclofosfamida e vincristina associadas ao rituximabe. A combinação doxorrubicina, vinblastina e bleomicina foi utilizada em 13.11% dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo o protocolo do tratamento adotado. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Protocolo de quimioterapia antineoplásica	N e (%)
Medicamentos	
Ciclofosfamida, Vincristina e Doxorrubicina	10 (16.39%)
Ciclofosfamida, Vincristina e Rituximabe	10 (16.39%)
Doxorrubicina, Vinblastina e Bleomicina	08 (13.11%)
Daunorrubicina e Citarabina	05 (8.20%)
Citarabina e Etoposide	04 (6.56%)
Ciclofosfamida	04 (6.56%)
Ciclofosfamida, Vincristina, Adrenesina e Doxorrubicina	03 (4.92%)

Protocolo de quimioterapia antineoplásica	N e (%)
Medicamentos	
Ciclofosfamida, Adrenesina e Etoposide	03 (4.92%)
Mesna, Ciclofosfamida e Etoposide	02 (3.28%)
Ciclofosfamida, Etoposide e Citarabina	02 (3.28%)
Gencitabina	02 (3.28%)
Fludarabina e Daunorrubicina	01 (1.64%)
Gencitabina, Daunorrubicina e Etoposide	01 (1.64%)
Bleomicina e Vincristina	01 (1.64%)

4.3. Sinais e Sintomas

Com relação aos sinais e sintomas relatados, fraqueza e fadiga foram os sintomas mais frequentes com 77.05% e 65.57% respectivamente. Alterações no paladar, Dor ou desconforto e náuseas em 63.93% dos casos (Tabela 4).

Os sintomas menos frequentes foram agitação com 14.75% e alterações urinárias com 18.03% (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo os sinais e sintomas relatados. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Característica	N e (%)
Sinais e Sintomas referidos	
Fraqueza	47 (77.05%)
Fadiga	40 (65.57%)
Alterações no paladar	39 (63.93%)
Náuseas	39 (63.93%)
Dor ou desconforto	39 (63.93%)
Boca seca	35 (57.38%)
Perda de apetite	33 (54.10%)
Baixa autoestima	29 (47.54%)
Insônia	29 (47.54%)
Feridas na Boca	22 (36.07%)
Constipação intestinal	21 (34.43%)
Cefaléia	20 (32.79%)
Vômito	19 (31.15%)
Indigestão	16 (26.23%)
Sangramento gengival	15 (24.59%)
Tonteira	15 (24.59%)
Febre	15 (24.59%)
Efeitos de outras doenças	15 (24.59%)

Característica	N e (%)
Sinais e Sintomas referidos	
Diarreia	14 (22.95%)
Alteração urinária	11 (18.03%)
Agitação	09 (14.75%)
Outros	04 (6.56%)

4.4. Preocupações referidas

A amostra do estudo referiu se preocupar prioritariamente com o seu estado de saúde perfazendo 81.97%. Seguida de 68.85% com os possíveis sintomas que podem vir a apresentar e efeitos colaterais do tratamento 62.3%, acompanhada pela preocupação com a família e com os amigos 73.77%. Outra preocupação predominante foi com a situação financeira 63.93% (Tabela 5).

Sua locomoção até o local do tratamento foi menos relatada, 11,48% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo as preocupações referidas. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Característica	N e (%)
Preocupações relatadas	
Minha saúde	50 (81.97%)
Minha família ou amigos	45 (73.77%)
Os sintomas que eu posso vir a apresentar	42 (68.85%)
Situação financeira	39 (63.93%)
Efeitos colaterais do tratamento	38 (62.30%)
As decisões quanto ao tratamento	35 (57.38%)
Como manter minhas atividades	26 (42.62%)
Meu trabalho	21 (34.43%)
Minha aparência	20 (32.79%)
Meu modo de viver	14 (22.95%)
Eu não sei o que fazer	09 (14.75%)
Como me locomover até o local do tratamento	07 (11.48%)
Outras preocupações	02 (3.28%)

4.5. Grupo Etário

Para verificar a associação das variáveis sócio-demográficas e clínicas foi realizado o Teste Exato de Fisher e encontramos os seguintes resultados estatisticamente significantes: A faixa etária até 39 anos e de 40 a 59 anos (9.84%)

permaneceu no trabalho durante o tratamento, 60.66% da amostra estava afastada ou desempregada. No caso da Escolaridade quanto maior a idade menor a escolaridade, com $P = 0.000$ (Tabela 6).

No que tange ao estado civil, 93.75%, com idade entre 40 e 59 anos, eram casados; enquanto que 72% do grupo com idade inferior a 39 anos se declararam como solteiros (Tabela 6).

Em relação aos sinais e sintomas os mais evidentes foram boca seca em que 80% dos pacientes com idade superior a 60 anos apresentaram tal sintoma (Tabela 6).

Já o sintoma agitação esteve presente apenas nos jovens com idade inferior a 39 anos, 28%. O que contrapõe a 100% do grupo com idade superior a 60 anos que não apresentou o sintoma (Tabela 6).

Do total dos pacientes, 50% dos pacientes com idade acima de 60 anos referiu efeitos de outras doenças correlacionados a sua condição de saúde, enquanto que 88% dos pacientes com idade inferior a 39 anos não (Tabela 6).

Dentre as preocupações, a preocupação com a saúde predominou em 81.97% do grupo sendo que 100% dos pacientes com idade entre 40 e 59 anos referiu essa preocupação (Tabela 6).

Quanto aos protocolos de quimioterapia antineoplásica adotados notou-se uma preponderância no uso de Ciclofosfamida e Vincristina associadas à Doxorrubicina ou Rituximabe em pacientes acima de 60 anos, 14 (70%), mesmo se tratando de medicamentos de alta toxicidade. Contudo podemos inferir que tal escolha se deu devido ao predomínio do diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin 13 (65 %) neste grupo etário (Tabela 6).

Enquanto que protocolos de quimioterapia antineoplásica com combinações como Ciclofosfamida, Vincristina, Adrenesina e Doxorrubicina foram adotados apenas para pacientes com idade inferior a 39 anos, três (12%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise dos pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica segundo a associação entre a faixa etária e as características sócio-demográficas/ clínicas, protocolos de quimioterapia. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Características	Até 39 anos	De 40 a 59 anos	Acima de 60 anos	Total e P-valor
Condição do trabalho				
				P = 0.000*
Trabalha	05 (20%)	01 (6.25%)	00 (0%)	06 (9.84%)
Aposentado (a)	00 (0%)	05 (31.2%)	13 (65.0%)	18 (29.51%)
Afastado (a)	13 (52%)	03 (18.7%)	02 (10.0%)	18 (29.51%)
Desempregado (a) e N/A	07 (28%)	07 (43.7%)	05 (25%)	19 (31.15%)
Escolaridade				
				P = 0.000*
1º grau incompleto	03 (12%)	07 (43.7%)	15 (75%)	25 (40.98%)
1º grau completo	02 (8 %)	04 (25%)	04 (20%)	10 (16.39%)
2º grau completo	09 (39%)	04 (25%)	01 (5%)	14 (22.95%)
3º grau completo	11 (44%)	01 (6.25%)	00 (0%)	12 (19.67%)
Estado civil				
				P = 0.000*
Casado (a) U/E	07 (28%)	15 (93.7%)	14 (70%)	36 (50.02%)
Solteiro (a)	18 (72%)	01 (6.25%)	01 (5 %)	20 (32.79%)
Viúvo (a)	00 (0%)	00 (0%)	05 (25%)	05 (8.20%)
Tipo de neoplasia				
				P = 0.003
Leucemia	10 (40%)	04 (25%)	01 (5%)	15 (24.59%)
Linfoma de Hodgkin	10 (40%)	05 (31.2%)	04 (20%)	19 (31.15%)
Linfoma Não – Hodgkin	05 (20%)	04 (25%)	13 (65 %)	22 (36.07%)
Outros linfomas	00 (0%)	03 (18.7%)	02 (10%)	05 (8.20%)
Sinais e Sintomas				
Boca Seca	10 (40%)	09 (56.2%)	16 (80%)	P = 0.024
Agitação	07 (28%)	02 (12.5%)	00 (0%)	P = 0.024
Outras doenças	03 (12%)	02 (12.5%)	10 (50%)	P = 0.009
Preocupações				
				P = 0.047
Minha saúde	20 (80%)	16 (100%)	14 (70%)	50 (81.97%)
Medicamentos				
				P = 0.001
Ciclofosfamida, Vincristina e Doxorrubicina	02 (8%)	01 (6.25%)	07 (35%)	10 (16.39%)
Ciclofosfamida, Vincristina e Rituximabe	00 (0%)	03 (18.7%)	07 (35%)	10 (16.39%)
Doxorrubicina, Vinblastina e Bleomicina	02 (8%)	04 (25%)	02 (10%)	08 (13.11%)
Daunorrubicina e Citarabina	04 (16%)	01 (6.25%)	00 (0%)	05 (8.20%)
Citarabina e Etoposide	03 (12%)	01 (6.25%)	00 (0%)	04 (6.56%)
Ciclofosfamida	00 (0%)	02 (12.5%)	02 (10%)	04 (6.56%)
Ciclofosfa, Vincristina, Adrenesina e Doxo	03 (12%)	00 (0%)	00 (0%)	03 (4.92%)
Ciclofosfamida, Adrenesina e Etoposide	01 (4%)	00 (0%)	01 (5%)	02 (3.28%)
Mesna, Ciclofosfamida e Etoposide	02 (8%)	00 (0%)	00 (0%)	02 (3.28%)
Ciclofosfamida, Etoposide e Citarabina	03 (12%)	01 (6.25%)	00 (0%)	04 (6.56%)
Gencitabina	01 (4%)	01 (6.25%)	00 (0%)	02 (3.28%)
Fludarabina e Daunorrubicina	01 (4%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (1.64%)
Gencitabina, Daunorrubicina e Etoposide	01 (4%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (1.64%)
Bleomicina e Vincristina	01 (4%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (1.64%)

4.6. *Qualidade de vida*

Para apresentação dos domínios de QVRS, oriundos do EORTC - QLQ C30 os mesmos foram associados aos protocolos de quimioterapia antineoplásica e dados sócio-demográficos e clínicos.

4.7. *EORTC - QLQ C30 associado ao Início do tratamento*

Percebe-se a progressiva piora do estado geral de saúde dos pacientes no decorrer do tratamento conforme médias e desvio padrão da EGS. Quanto maior o tempo decorrido após o início do tratamento antineoplásico menor a qualidade da condição geral de saúde desses pacientes com $P = 0.0161$ conforme apresentado na tabela 7. Com relação aos domínios da Escala Funcional nota-se que nos domínios DP, FE, FC e FS sofrem uma queda significativa a partir de quatro meses de tratamento apresentando $P = 0.0001$ (Tabela 7).

Na escala de sintoma os domínios FAD, INS e PAP, sofreram um abrupto aumento em suas médias o que configura uma crescente piora dos sintomas a partir de quatro meses de tratamento com $P = 0.0001$ (Tabela 7).

O domínio DIF também sofre uma piora significativa após quatro meses apresentando $P = 0.0001$ (Tabela 7).

Tabela 7 - Médias e desvio padrão dos domínios do EORTC-QLQ C30 associados ao início do tratamento de pacientes onco-hematológico os submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Escala / Domínios de QV		< 1 mês	2 e 3 meses	4 e 12 meses	1 ano e +	P valor
Escala Global						
Escala Geral de Saúde EGS	MD	75.5	71.9	56.2	52.6	0.0161
	DP	23.7	30.9	22.9	17.8	
Escala Funcional						
Função Física (FF)	MD	73.4	77.1	47.9	42.4	0.0010
	DP	27.4	24.1	29.3	22.5	
Desempenho de Papel (DP)	MD	74.0	68.9	28.3	19.5	0.0001
	DP	37.5	34.8	37.9	16.6	
Função Emocional (FE)	MD	65.9	68.5	33.1	15.8	0.0001
	DP	28.9	28.3	29.3	11.7	
Função Cognitiva (FC)	MD	77.3	80.3	27.3	23.4	0.0001
	DP	33.7	32.3	33.9	20.0	
Função Social (FS)	MD	72.1	73.1	44.3	22.2	0.0001
	DP	29.6	36.9	26.3	17.4	

Escala / Domínios de QV		< 1 mês	2 e 3 meses	4 e 12 meses	1 ano e +	P valor
Escala de Sintomas						
Fadiga (FAD)	MD	32.6	33.3	79.9	78.6	0.0001
	DP	32.6	31.9	28.2	16.0	
Náuseas e Vômitos (NAV)	MD	24.0	19.0	60.4	38.5	0.0042
	DP	32.8	35.8	36.5	18.5	
Dor	MD	20.8	29.4	67.7	64.1	0.0002
	DP	26.9	35.0	31.3	25.3	
Insônia (INS)	MD	16.6	22.8	62.1	76.5	0.0001
	DP	29.7	33.6	31.9	21.3	
Perda de apetite (PAP)	MD	26.9	27.1	74.8	79.2	0.0001
	DP	34.7	40.7	35.6	21.9	
Dificuldade financeira (DIF)	MD	20.6	49.8	60.0	81.7	0.0001
	DP	26.6	40.3	27.8	17.6	

4.8. EORTC - QLQ C30 associado à condição de Trabalho

No que tange à condição de trabalho podemos ressaltar que pacientes que mantinham suas atividades de trabalho apresentavam queda significativa nos domínios das escalas global e funcional além de um aumento significativo do sintoma FAD com $P = 0.0018$. O sintoma dor com $P = 0.0302$ esteve presente de maneira mais significativa entre os sujeitos aposentados o que pode se relacionar com as alterações fisiológicas da idade mais avançada.

Tabela 8 - Médias e desvio padrão dos domínios do EORTC-QLQ C30 associados à condição de trabalho de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61)

Escala / Domínios QV		Trabalha	Aposentado	Afastado	Desempregado	P valor
Escala Global						
Escala G. de Saúde EGS	MD	45.8	59.7	78.2	62.3	0.0158
	DP	25.7	25.3	18.8	27.8	
Escala Funcional						
Função Física FF	MD	47.0	50.7	80.8	56.6	0.0057
	DP	16.0	30.1	21.1	31.6	
Desempenho de Papel DP	MD	19.7	42.8	67.7	46.6	0.0360
	DP	19.6	44.0	33.9	42.2	
Função Emocional FE	MD	17.0	37.8	72.1	42.4	0.0017
	DP	17.6	29.6	26.1	34.2	
Função Cognitiva FC	MD	36.3	41.0	88.1	37.9	0.0002
	DP	35.8	38.0	25.3	37.6	
Função Social FS	MD	14.2	54.0	77.1	45.9	0.0010
	DP	16.7	33.4	28.0	32.7	

Escalas / Domínios QV		Trabalha	Aposentado	Afastado	Desempregado	P valor
Escala de Sintomas						
Fadiga FAD	MD	79.6	64.2	27.2	64.9	0.0018
	DP	16.4	39.2	31.2	27.8	
Dor	MD	39.4	64.8	27.8	43.0	0.0302
	DP	36.8	37.0	29.1	33.9	
Insônia INS	MD	44.3	57.1	16.6	54.1	0.0074
	DP	45.6	37.5	28.3	35.4	

4.9. Função Social associada ao gênero, ocupação e renda

Ao avaliarmos a escala funcional o domínio função social apresentou dados estatisticamente significativos no que tange ao gênero em que o sexo feminino apresentou-se mais prejudicado com $P = 0.0195$ (Tabela 9).

No que diz respeito à ocupação com $P = 0.0128$, os que se declararam estudantes se mostraram com pior escore (Tabela 9).

Ao que se entende por renda $P = 0.0463$, indivíduos que declaram renda superior a dois salários mínimos obtiveram FS pior (Tabela 9).

Tabela 9 - Médias e desvio padrão do domínio/ escala Função social do EORTC-QLQ C30 associada ao gênero, ocupação/ profissão e renda de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Características		Domínio/ Escala de Função Social FS	P valor
Gênero (Sexo)			0.0195
Masculino	MD	61.5	
	DP	32.2	
Feminino	MD	40.8	
	DP	36.6	
Ocupação / Profissão			0.0128
Do lar	MD	42.1	
	DP	32.5	
Autônomo (a)	MD	79.5	
	DP	31.3	
Estudante	MD	29.5	
	DP	21.1	
Pedreiro	MD	81.5	
	DP	29.8	
Ocupação / Profissão			0.0128
Trabalhador (a) rural	MD	83.4	
	DP	23.5	
Outros	MD	46.4	
	DP	33.5	

Características	Domínio/ Escala de Função Social FS		P valor
Renda em salários mínimos			0.0463
Até dois	MD	61.7	
	DP	34.6	
Mais de dois	MD	42.3	
	DP	32.8	

4.10. *Tipos de neoplasia associados às escalas do EORTC-QLQ C30*

Quando associados às Escalas do EORTC – QLQ C30 apresentaram resultados estatisticamente significativos no que se refere à escala funcional DIF com $P = 0.0082$ e pior escore para os casos de Linfoma Não-Hodgkin, quanto à escala de sintomas NAV com um $P = 0.0313$ o pior escore se manifestou nos casos de leucemia.

Tabela 10 - Médias e desvio padrão dos Tipos de neoplasia de pacientes onco-hematológicos submetidos à quimioterapia antineoplásica associados aos domínios /escalas do EORTC-QLQ C30. Ribeirão Preto, 2011-2012 (N=61).

Características		Náuseas e Vômitos	Dificuldade Financeira
Tipo de neoplasia	P valor	P = 0.0313	P = 0.0082
Leucemia	MD	51.1	57.4
	DP	41.5	32.0
Linfoma de Hodgkin	MD	39.6	54.1
	DP	38.8	37.1
Linfoma Não – Hodgkin	MD	18.2	36.1
	DP	24.1	33.8

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Com o advento de tecnologias avançadas na confecção dos protocolos de quimioterapia antineoplásica, seu uso melhorou, significativamente, as taxas de sobrevivência ao câncer. Porém, os EAs do tratamento e os sintomas associados à doença tornam indispensável à avaliação da QVRS desses pacientes com a finalidade de melhor planejar a assistência de enfermagem. .

Poucas foram às experiências divulgadas com relação à QVRS com as neoplasias hematológicas, porém é sabido que, ao apontarmos para a comunidade científica os domínios de QVRS alterados, podemos facilitar o manejo adequado desses sinais e sintomas a fim de melhorar o estado funcional, levando a uma melhor aceitação à quimioterapia antineoplásica.

Percebe-se como limitação deste estudo o número reduzido de sujeitos; porém, os resultados encontrados corroboram com os dados presentes na literatura, demonstrando a importância de estudos dessa natureza que identificam a influência dos efeitos da quimioterapia antineoplásica na QVRS dos pacientes oncológicos.

Conhecer essas decorrências ampara os enfermeiros no planejamento de uma assistência que visa à redução desses sintomas, bem como estratégias que melhorem a QVRS desses pacientes. Também se faz muito importante na escolha criteriosa do instrumento de avaliação de QV, que se mostre sensível para avaliar a QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.

Um avanço promissor que define a melhoria da assistência em enfermagem oferecida seria o desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos que possibilitam aos profissionais justificarem suas práticas e autenticar suas atividades, efetivando a interdisciplinaridade (MILLER; KEARNEY, 2004).

Segundo estudo, o linfoma de Hodgkin acomete, principalmente, adultos jovens entre 15 e 39 anos, em nosso estudo 40% da amostra apresentavam tal diagnóstico (BALLATORI; ROILA, 2003).

De acordo com os dados estatísticos do INCA, a incidência do câncer ocorre, predominantemente, na faixa etária acima dos 40 anos, baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal (BRASIL, 2013). Tais aspectos epidemiológicos também foram encontrados neste estudo, em que 36 (59.02%) tinham mais de 40 anos, 35 (57.37%)

declararam primeiro grau completo e 38 (62.3%) referiram renda mensal de um a dois salários mínimos.

Os resultados de uma pesquisa que abordou o impacto da náusea e o vômito na QV de pacientes em quimioterapia antineoplásica apontaram que os sintomas de FAD, NAV foram aqueles de maior impacto na QVRS dos pacientes, quando comparados à QV do paciente prévia ao tratamento (NG et al., 2005).

No presente estudo, também foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre NAV e o início do tratamento com $P = 0.0042$, ou seja, tais sintomas estiveram mais presentes nos pacientes que iniciaram o tratamento quimioterápico após quatro a doze meses; assim como a FAD com $P = 0.0001$, se apresentando intensamente após quatro meses do início do tratamento.

Em um ambulatório da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central foi realizado um estudo que salientou que a fadiga relacionada ao câncer é um problema clínico com uma abordagem complexa, multifatorial e multidimensional. Encontra-se dificuldade na determinação de um método padrão para mensurar a fadiga relacionada ao câncer, o que torna complicado determinar a forma de comparabilidade dos resultados já encontrados nas pesquisas (VENA et al., 2004). Nesse estudo, a fadiga apresentou média relativamente alta com 40 (65.57%).

A fadiga é um dos sintomas mais comuns apontados por sobreviventes de linfoma de Hodgkin, em que 30% relataram sintomas consistentes com fadiga crônica, em comparação com 12% da população em geral (LOGE et al., 1999).

Nos últimos anos, estudos da Noruega e do Dana- Farber Cancer Institute utilizaram uma variedade de instrumentos de pesquisa, que têm reafirmado que a QV, a fadiga ou ambos são piores em sobreviventes de linfoma de Hodgkin. (HJERMSTAD et al., 2005 e NG et al., 2005).

Sujeitos que tinham fadiga crônica no início do tratamento continuaram a ter pior fadiga, comparado aqueles com outros tipos de cânceres hematológicos (HJERMSTAD et al., 2005 e NG et al., 2005). Os resultados encontrados no presente estudo endossam os apresentados por estas pesquisas, uma vez que todos os pacientes com diagnóstico de linfoma de Hodgkin referiram fadiga.

A insônia queixa relacionada aos distúrbios de sono associada ao início do tratamento apresentou $P = 0.0001$ com média de 76.5 em indivíduos com mais de um ano após o início do tratamento. Os efeitos diretos ou indiretos dos agentes

quimioterápicos, relativos aos distúrbios do sono, certamente existem, porém ainda são desconhecidos (LEZAK; HOWIESON; LORING, 2004 e BARICHELLO et al., 2009).

Os resultados de um estudo piloto indicaram que a QV de pacientes com leucemia aguda e linfoma altamente maligno no início do tratamento, foi severamente reduzida, principalmente, pelas alterações no DP (44.7), FS (51.0) e EGS (54.2) e pela presença de sintomas como FAD (47.9), DIS (25.0) e INS (25.0) (PERSSON et al., 2001). Em nosso estudo apenas o sintoma insônia apresentou dados diferentes, pois DP (19.5), FS (22.2) e EGS (52.6) e pela presença de sintomas como FAD (78.6), DIS (5.1) e INS (76.5) estiveram associadas ao início do tratamento superior a um ano.

As terapias complementares e alternativas no tratamento dos sintomas provenientes do tratamento e da doença têm aumentado em todo o mundo (HOFFMAN, 2007). O que contradiz a realidade do presente estudo visto que quando questionados a respeito da realização de alguma terapia complementar dos 61 sujeitos nenhum se declarou adepto a alguma terapia complementar.

Um estudo utilizou acupuntura e relaxamento com visualização em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico e comparou com um grupo controle que não sofreu a intervenção complementar, apenas o tratamento quimioterápico mensurando a QVRS com o mesmo instrumento dessa pesquisa o EORTC QLQ C 30 e encontraram resultados estatisticamente significante na melhora do domínio saúde global, funções sociais e emocionais além do decréscimo dos sintomas fadiga e perda de apetite (SAWADA et al., 2010), o que ressalta a importância da adesão destas terapias.

No presente estudo, quando questionados a respeito de suas preocupações, 50 (81.97%) dos sujeitos da pesquisa referiram se preocupar com sua saúde. E sabido que o diagnóstico e tratamento do câncer desencadeiam sentimentos ruins por temer o diagnóstico, os efeitos colaterais do tratamento, a incerteza do prognóstico e, sobretudo, o padecer pela dor e o enfrentamento da probabilidade de descontinuidade da vida.

Ainda em relação às preocupações apresentadas pela amostra estudada, 45 (73.77%) dos entrevistados declararam se preocupar com a família e os amigos, 38 (62.30%) relataram temer pelos EAs do tratamento e 35 (57.38%) referiam se preocupar com as decisões a serem tomadas com relação ao seu tratamento. Tais respostas nos levam a apontar a influência dessas preocupações nas baixas médias apresentadas no domínio FE, associado ao início do tratamento $P = 0.0001$, corroborando com outra pesquisa que ressaltou a importância de considerar os domínios bem estar físico,

psicológico, bem estar geral, social e religioso, quando se avalia a QVRS dos pacientes com câncer (MONGA et al., 2005).

Estudo realizado na Universidade de Oxford encontrou relações estatisticamente significantes entre ansiedade, estresse, depressão e baixa pontuação nos domínios de Função Cognitiva (FC) e Função Emocional (FE) (LEZAK; HOWIESON; LORING, 2004). Os resultados apresentados em nosso estudo endossam tal relação, visto que estes domínios também apresentaram baixa pontuação no grupo estudado.

A ampliação de mielossupressão durante a quimioterapia antineoplásica é relacionada tanto pelas características dos medicamentos utilizados como também pelas condições apresentadas pelo paciente. Portanto, a agregação de mielotoxicidade com a atividade do tratamento nem sempre é direta (KOUTRAS; KALOFONOS, 2008). No presente estudo os protocolos de terapia mais utilizados envolviam combinações entre Ciclofosfamida, vincristina, vinblastina e doxorrubicina medicamentos potencialmente mielossupressores, o que justifica a progressiva queda na QVRS apresentada pelos pacientes conforme continuidade no tratamento.

A neutropenia é o evento que mais intervém na indicação da dosagem da quimioterapia antineoplásica a ser utilizada. Seu acontecimento está relacionado ao aumento da mortalidade, morbidade e ônus da terapia, além de não ser presumível antever quais pacientes irão desenvolvê-la (LYMAN; LYMAN; AGBOOLA, 2005 e RIVERA et al., 2003).

Os episódios de neutropenia são extremamente comuns durante o tratamento das neoplasias hematológicas, neutropenia induzida pela quimioterapia antineoplásica que pode levar a riscos de infecções sumariamente fatais. Uma prática aplicada é a diminuição da dose ou o atraso do ciclo de tratamento seguinte, tais medidas podem levar a uma piora do prognóstico devendo ser evitada (SCHWENKGLLENKS et al., 2011).

Acredita-se que dado à escassez de dados prospectivos, mais estudos devem ser estruturados para avaliar o valor prognóstico das toxicidades na QVRS de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.

Um artigo de revisão comparou dois estudos do *Quality of Life and Symptom Control Committees of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group* que tinham como objetivo avaliar se as variáveis da QVRS na pré-quimioterapia antineoplásica apresentavam associação com episódios de náuseas e vômitos pós-quimioterapia antineoplásica. A relação com paciente, variáveis de tratamento e os

efeitos da náusea e vômito na QVRS após a quimioterapia antineoplásica, em 802 participantes que utilizaram drogas com moderado e alto potenciais hematogênicos, revelando progressiva piora na QVRS dos mesmos pós-quimioterapia. Em ambos os estudos, foi aplicado o EORTC QLQ-C30 para a obtenção dos dados (BALLATORI; ROILA, 2003).

Há mais de duas décadas, as pesquisas evidenciam que a náusea e o vômito são ponderados os EAs mais angustiantes da quimioterapia antineoplásica do ponto de vista dos pacientes. Mesmo com o avanço das tecnologias medicamentosas, como a utilização de antagonistas dos receptores de serotonina (5HT3), estudos foram realizados e classificaram náusea como o EA de maior preocupação para os pacientes e o vômito, como um dos mais aflitivos (BALLATORI; ROILA, 2003). No presente estudo 38 (62.3%) declararam os EAs do tratamento como uma das preocupações, efetivamente 39 (63.93%) referiram náuseas e 19 (31.15%) vômitos.

Estudos observaram que a FS, a FF e EGS podem ser significativamente impactados pela quimioterapia antineoplásica, porém mediante o término do tratamento, os escores de QVRS destes pacientes geralmente retornam aos níveis basais (FORTNER et al., 2005).

A avaliação da QV tem sido considerada prioritária quando se avalia os resultados da quimioterapia antineoplásica. A mensuração da mesma agrega dados clínicos essenciais sobre o verdadeiro impacto dessa terapêutica na sensação de bem-estar físico e emocional dos pacientes. Norteia ações para minimizar tais impactos com soluções focadas no paciente, como tratamento de suporte ideal, assistência psicossocial, melhora na interação entre a equipe de saúde e o paciente e, quando possível, direciona a investigação clínica em prol da melhora da QV do mesmo (CAÑADA et al., 2011).

A avaliação da QV na área de oncologia tem sido objeto do estudo de inúmeras pesquisas nas últimas décadas, tornando-se assim, imprescindível na avaliação da sobrevida (SAWADA et al., 2009). A magnitude de sua avaliação se dá por suas características subjetivas e multidimensionais, sendo que, o presente estudo permitiu testar a confiabilidade do instrumento aplicado (EORTC QLQ-C30), que demonstrou consistência para mensurar a QVRS da amostra estudada.

Pode-se observar neste estudo, por meio dos escores médios de QV obtidos nos diversos domínios que, independente do tratamento proposto à escala de “Medida

global de saúde” apresentou um decréscimo constante relacionado ao tempo de início do tratamento, o que pode indicar uma piora na QVRS, que mostrou significância estatística no grupo estudado.

Tais dados podem ser resultados da diminuição dos sintomas característicos do câncer em atividade, vivenciados pelos pacientes no período anterior à quimioterapia antineoplásica. Porém, com o início do tratamento, e o passar dos ciclos de quimioterapia, a debilidade fisiológica causada por esta terapêutica contribui para que os EAs se tornem cada vez mais severos, o que favorece a uma piora no quadro físico e psicológico desta população refletindo diretamente na piora da QVRS.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a QVRS de pacientes com câncer hematológico em quimioterapia antineoplásica. Nos últimos anos, tem sido crescente o número de estudos que abordam QVRS na área da oncologia e, atualmente, tornaram-se imprescindíveis, visto que não se pode pensar em prolongar a sobrevida do paciente sem que este tenha preservada sua QV.

Avaliar a QVRS de pacientes onco-hematológicos é denso pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro para avaliação desta temática. Portanto, faz-se necessário o uso de instrumentos válidos e confiáveis.

Com o estudo podemos observar a progressiva piora do EGS dos pacientes no decorrer dos ciclos de quimioterapia antineoplásica. Os pacientes que se encontraram nos intervalos com maior tempo decorrido após o início do tratamento tiveram menor qualidade da condição geral de saúde. Tal resultado pode ser correlacionado tanto aos efeitos da doença quanto ao tratamento com medicamentos de alta toxicidade.

Na avaliação dos escores da Escala Funcional os domínios DP, FE, FC e FS apresentaram uma queda significativa a partir de quatro meses após o início da quimioterapia antineoplásica. Assim como os escores da Escala de Sintoma em que os domínios FAD, INS e PAP sofreram um abrupto aumento o que configura uma crescente piora dos sintomas a partir de quatro meses de tratamento.

O domínio DIF também sofreu uma piora significativa após quatro meses mostrando que mesmo o atendimento do SUS proporcionando a cobertura total do tratamento trata-se de um tratamento complexo e oneroso que muitas vezes gera o afastamento de arrimo de família de forma a trazer algumas preocupações financeiras. .

Desta forma os resultados deste estudo poderão agregar conhecimento para a assistência de enfermagem, focalizando a avaliação da QVRS dos pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica.

Com este estudo foi possível identificar os sintomas que levam a um maior comprometimento da QVRS desses pacientes para que no futuro ocorra uma melhor atuação pela equipe de saúde a fim de minimizar tais alterações.

Faz-se, importante que toda a equipe de saúde esteja ciente do impacto que o tratamento pode ocasionar na QVRS destes pacientes. O que auxiliará a identificar e

entender os domínios mais afetados, a fim de desenvolver intervenções de reabilitação, que minimizem tais comprometimentos.

O cuidado prestado aos sobreviventes ao câncer inclui diversas intervenções, como considerar a QVRS do indivíduo, amenizar os EAs do tratamento, reconhecer precocemente a recorrência de um novo câncer, avaliar o status psicossocial e programar intervenções visando um tratamento holístico.

Para prestar assistência de qualidade a essa categoria de pacientes, faz-se necessário que a equipe multiprofissional de saúde demonstre conhecimento das dimensões biológicas e fisiológicas da doença, dos tipos de tratamento e do impacto que estes ocasionam na vida dos pacientes e seus familiares. Assim, a equipe multiprofissional de saúde é responsável por detectar, intervir e avaliar os sinais e sintomas da doença, bem como os efeitos dos tratamentos nos pacientes visando a uma melhor QVRS.

É importante que os profissionais tenham uma visão holística e integrada do paciente com câncer e tenham conhecimento sobre os benefícios das terapias complementares, sugere-se as terapias de intervenções mente-corpo que proporcionam uma abordagem de saúde e cuidado integro a mente, corpo e espírito do indivíduo proporcionando bons resultados com baixo custo e baixos EAs.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLATORI, E.; ROILA, F. Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 46, n. 1, p. 1-11, 2003.
- BARACAT, F.F.; FERNANDES, H.J.; SILVA, M.J. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.
- BARICHELO, E. Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. (**Tese de doutorado**) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- BONNETAIN, F. Qualité de vie relative à la santé et critères de jugement en cancérologie. **Cancer Radiothérapie**, Paris, v. 14, p. 515–518, 2010.
- BRABO, E.P.; PASCHOAL, M.E.M.; BIASOLI, I.; NOGUEIRA, F.E.; GOMES, M.C.B.; GOMES, I.P.; MARTINS, L.C.A.; SPECTOR, N. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the european organization for research and treatment of cancer: preliminary reliability and validity report. **Quality of Life Research**. Springer, vol. 15, p. 1519 – 1524, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.
- BRASIL. Ministerio da Saude; Instituto Nacional do Cancer. **Tipos de cancer** [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado 2013 abr. 10]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia>
- BRAY, F.; JEMAL, A.; GREY, N.; et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncol**. v.13, n.8, p.790-801, 2012.
- BRE, L. The importance of patient – reported outcomes... it's all about the patients. **FDA Consun**; v.40, n.6, p. 29-32, 2006.
- CAÑADA, J.M.B., et al. Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad de vida de las mujeres durante la quimioterapia adyuvante por cáncer de mama. **Revista Calidad Asistencial**, Barcelona, v.26, n.5, p.299- 305, 2011.

- FAYERS, P.M.; MACHIN, D. Quality of life- the assessment , analysis and interpretation of patient-reported outcomes, 2º ed . Chichester: **England John Wiley & Sons**, 2007.
- FERLAY, J.; SHIN, H.R.; BRAY, F.; et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: **GLOBOCAN 2008**. *Int J Cancer*. v.127, n.12, p.2893-2917, 2010.
- FISHER, PT. **Survivorship**. *CJON*. ed. 10, v. 1, p. 93-98, 2006.
- FORTNER, B.V. et al. A prospective investigation of chemotherapy-induced neutropenia and quality of life. **Journal of Supportive Oncology**, Morristown, v.4, p.472-478, 2006.
- FORTNER, B.V. et al. Impact of chemotherapy-induced Neutropenia on quality of life: a prospective pilot investigation. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 13, p. 522-528, 2005.
- FORTNER, B.V. et al. Medical visits for chemotherapy and chemotherapy-induced neutropenia: a survey of the impact on patient time and activities. **Biomedical Central Cancer**, London, v.22, n.4, p.1-7, 2004.
- HAMERCHALAK, N. Leucemias e linfomas. Temas em Psico-oncologia. 1ª ed. Summuna Editorial, cap.9, p.93-99, São Paulo, 2008.
- HARRIS, N. et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal of the International Lymphoma Study Group. **Blood**, v. 84, p. 1361-92, 1994. [Links]
- HAYLOCK, P.J.; MITCHELL, S.A.; COX, T.; TEMPLE, S.V.; CURTISS, C.P. The cancer survivor's prescription for living. **ANJ**. v.107, n.4, p. 58-70, 2007.
- HAUROSSEAU, J.L. Role of stem-cell transplantation- **Hematol. Oncol, Clin. North Am.**, v.21, n.6, p.1157-1174, 2007.
- HJERMSTAD, M.J.; FOSSA, S.D.; OLDERVOLL, L.; et al. Fatigue in long-term Hodgkin's disease survivors: a follow-up study. **J Clin Oncol**. v.23, p. 6587-6595, 2005.
- HOFFMAN, C. Benefits of complementary therapies. **Breast Cancer Res**. v.9 (suppl 2) p.1-3, 2007.
- JAFFE, E. S. et al. (Ed.). Tumors of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: **IARC Press**, 2001. [Links]

- KARNOFSKY, D.A.; ABELMANN, W.H.; CRAVER, L.F.; BURCHENALL, J.F. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer with particular reference to bronchogenic carcinoma, **Cancer**. v.4, n.1, p.634-635, 1948.
- KOUTRAS, A.K. et al. Myelotoxicity as a prognostic factor in patients with advanced breast cancer treated with chemotherapy: a pooled analysis of two randomised trial conducted by The Hellenic Cooperative Oncology Group. **Anticancer Research, Attiki**, v. 28, p. 2913-2920, 2008.
- KOUTRAS, A.K.; KALOFONOS, H.P. Myelotoxicity in cancer patients treated with chemotherapy: negative or positive prognostic factor? **Clinical Cancer Research, Philadelphia**, v. 14, p. 7579, 2008.
- LOGE, J.H.; ABRAHAMSEN, A.F.; EKEBERG, O.; KAASA, S. Hodgkin's disease survivors more fatigued than the general population. **J Clin Oncol**. v.16, p.253-261, 1999.
- LYMAN, G.H.; LYMAN, C.H.; AGBOOLA, O. Risk models for predicting chemotherapy-induced neutropenia. **The Oncologist**, New York, v. 10, p. 427-437, 2005.
- MACKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.10, p.49-58, 2006.
- MAIOLINO, A.; MAGALHÃES, R.J.P. O transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas no tratamento do mieloma múltiplo. **Rev. Bras. Hematol**. v.29, n.1, São José do Rio Preto, jan, mar, 2007.
- MARTINS, S.L.R.; REGO, E.M.; FALCAO, R.P. Classificação das leucemias agudas: citologia, citoquímica e imunofenotipagem. In: ZAGO, M.A.; FALCAO, R.P.; PASQUINI, R. **Hematologia Fundamentos e práticas**, Atheneu, São Paulo, cap.42, p.433-445, 2001.
- McCORMACK, J.J.; JOHNS, D.G. Purine and purine nucleoside antimetabolites, in **Cancer Chemotherapy: Principles and Practice**. CHABNER, B.A.; COLLINS, J.M.(eds). Philadelphia: JB Lippincott, p.207, 1990.
- METHVEN, C. Effects of chemotherapy-induced neutropenia on quality of life. **Cancer Nursing Practice**, London, v. 9, n. 1, p. 30-33, 2010.
- MILLER, M.; KEARNEY, N. Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 41, n. 7, p. 813-821, 2004.

- MONGA, U.; KERRIGAN, A.J.; THORNBY, J.; MONGA, T.N.; ZIMMERMANN, K.P.; Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *JRRD*, v.42, n.3, p. 391-400, 2005.
- MOORE, S. Managing treatment side effects in advanced breast cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, Oxford, v. 23, p. S23-S30, 2007.
- MULLER, M.R.; GUIMARÃES, S.S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*; v.24, n.4, p.519-528, 2007.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Common Toxicity Criteria manual, version 2.0**. 1999. Disponível em:
<http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcm_anual_v4_10-4-99.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Common Toxicity Criteria, version 4.03**. 2010. Disponível em:
<http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_20100614_QuickReference_5x7.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- NG, A.K.; LI, S.; RECKLITIS, C.; et al.: A comparison between long-term survivors of Hodgkin's disease and their siblings on fatigue level and factors predicting for increased fatigue. **Ann Oncol**. v.16, p.1949-1955, 2005.
- PADILHA, G.; ROPKA, M.E. Quality of life and chemotherapy-induced Neutropenia. **Cancer Nursing**, London, v. 28, n. 3, p. 167-171, 2005.
- PASQUINI, R. Leucemia Mielóide Crônica. Variantes da Leucemia Mielóide Crônica. In: ZAGO, M.A.; FALCAO, R.P.; PASQUINI, R. **Hematologia Fundamentos e práticas**, Atheneu, São Paulo, cap.42, p.540-549, 2001.
- PERSSON, L.; LARSSON, G.; OHLSSON, O.; HALLBERG, I.R. Acute leukaemia or highly malignant lymphoma patient's quality of life over two years: a pilot study. **European Journal of Cancer Care**. v.10, p.36-47, 2001.
- PIMENTEL, F.L. **Qualidade de vida e oncologia**. Coimbra: Almedina, 2006.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 2004
- ROPKA, M.E.; PADILLA, G. Assessment of neutropenia-related quality of life in a clinical setting. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v.34, n.2, p.403-409, 2007.

- SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia antineoplásica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.581-587, 2009.
- SAWADA, N.O.; NICOLUSSI, A.C.; OKINO, L.; CARDOZO, F.M.C.; ZAGO, M.M.F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.43, n.3, p.581-587, 2009.
- SAWADA, N.O et al. The outcomes of visualization and acupuncture on the quality of life of adult cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer Nurs*, v.33, n.5, p.21-28, 2010.
- SCHWENKGLENKS, M. et al. Neutropenic event risk and impaired chemotherapy delivery in six European audits of breast cancer treatment. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.14, p.901-909, 2006.
- SCHWENKGLENKS, M. et al. Risk factors for chemotherapy-induced neutropenia occurrence in breast cancer patients: data from the INC-EU Prospective. Observational European Neutropenia Study. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.19, p.483-490, 2011.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, 2004.
- SWERDLOW, S. H. et al. (Ed.). World Health Organization classification of tumors of haematopoietic and lymphoid tissues. **Lyon: IARC**, 2008.
- TROTTI, A. et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. **Seminars in Radiation Oncology**, New York, v.13, p.176-181, 2003.
- ZADONAI, A.P.; CARDOZO, F.M.C.; NIETO, I.N.G.N. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Monografia, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: **Enfermagem em Oncologia**, 2008.
- ZADONAI, A.P.; CARDOZO, F.M.C.; NIETO, I.N.G.N.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p.554-561, 2010.
- WINTROBE, M.M.; GREER, J.P.; in **Wintrobe's Clinical Hematology**. ed.12, v.1, p.2020-64, 2009.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 - GLOBOCAN, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Lyon, p.267, 2009.
- ZAGO, M.A.; FALCÃO, R.P.; PASQUINI, R. **Hematologia: fundamentos e prática**. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

8.1. ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 289/2011

Ribeirão Preto, 05 de agosto de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de agosto de 2011.

Protocolo: nº 1379/2011

Projeto: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico.

Pesquisadores: Namie Okino Sawada
Viviane Andrade

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Depto. de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

8.2. ANEXO B – Ciência do Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP/USP

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 12 de agosto de 2011

Projeto de pesquisa: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO”.

Pesquisadores responsáveis: Prof^ª Dr^ª Namie Okino Sawada (Orientadora)/ Viviane Andrade (Mestranda).

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr^ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador da Unidade de Pesquisa
Clínica – UPC - HCFMRP-USP

1/1

8.3. ANEXO C – Autorização para o uso do EORTC-QLQ C30

Namie Okino Sawada

De: <qlqc30@eortc.be>
Para: <sawada@eerp.usp.br>
Enviado em: quinta-feira, 28 de julho de 2011 16:46
Assunto: QLQ-C30 download request from Namie Sawada
 Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Dr
 Firstname: Namie
 Lastname: Sawada
 Hospital/Institution: University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing
 Address: Av: Bandeirantes 3900
 County/State: São Paulo- Brazil
 Postal Code: 14040902
 Country: Brazil
 Phone: 55-16 36023438
 Fax: 55-16 36333271
 Email: sawada@eerp.usp.br
 Protocol: Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
 QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese
 QLQ-C30 Scoring Manual
 Addendum scoring instructions validated modules

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/home/qol/files/Addendum_scoring_instructions.pdf

If you are having technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

9. APENDICES

9. APENDICES

9.1. *APENDICE I* - EORTC QLQ-C30

BRAZILIAN

EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>grande</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

9.2. *APENDICE II – Questionário sócio-demográfico e clínico*

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

Procedência: _____

Profissão: _____ Religião: _____

- Seu trabalho é:

1. () tempo integral 2. () meio período 3. () aposentado 4. () desempregado
5. () do lar 6. () Afastado 7. () outro: _____

- Renda mensal:

1. () até 1 salário mínimo 3. () 2 a 4 salários mínimos
2. () 1 a 2 salários mínimos 4. () mais 4 salários mínimos

- Escolaridade:

1. () Analfabeto 4. () 2º grau incompleto 7. () 3º grau completo
2. () 1º grau incompleto 5. () 2º grau completo 8. () Pós – graduação
3. () 1º grau completo 6. () 3º grau incompleto

- Estado civil:

1. () casado 3. () divorciado 5. () separado
2. () solteiro 4. () viúvo 6. () união estável

- Quais sintomas apresenta devido ao tratamento quimioterápico?

() Fraqueza	() Vômito	() Cefaléia
() Diarréia	() Feridas na boca	() Agitação
() Dor ou desconforto	() Insônia	() Alterações no paladar
() Fadiga	() Boca seca	() Efeitos outras doenças
() Náusea	() Febre	() Constipação intestinal
() Tonteira	() Perda de apetite	() Outros
() Baixa auto estima	() Sangramento gengival	
() Indigestão	() Alterações Urinárias	

– Tem apresentado algumas das preocupações a seguir? (Assinale todas as que apresentar)

1. () minha família ou amigos	8. () minha aparência
2. () trabalho	9. () as decisões quanto ao meu tratamento
3. () situação financeira	10. () locomoção para o local de tratamento
4. () meu modo de viver	11. () minha saúde
5. () como vou manter minhas atividades	12. () sintomas que eu posso vir a apresentar
6. () eu não sei o que fazer	13. () outros
7. () efeitos colaterais do meu tratamento	

- Quando foi que você soube que estava com câncer? _____, mês/ano _____

- Qual o tipo de câncer?

1. () Leucemia 2. () Linfoma de Hodgkin 3. () Não – Hodgkin 4. () Outro _____

- Quanto tempo iniciou a quimioterapia?

1. () até 1 mês 2. () 2 a 3 meses 3. () 4 a 5 meses 4. () mais de 5 meses
5. () 1 ano 6. () mais de 1 ano.

- Cirurgias/ transplantes: _____

- Qual ciclo do tratamento quimioterápico é o do momento: _____

- Qual o protocolo adotado no momento: _____

- Realiza alguma terapia complementar, se sim qual: _____

9.3. *APENDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia antineoplásica

Eu Viviane Andrade pós-graduada do programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; sob orientação da Prof.^a Dr.^a Namie Okino Sawada. Convido você a participar do estudo “Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico”. O objetivo deste estudo é pesquisar a respeito das alterações que o tratamento quimioterápico pode trazer na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes em tratamento de câncer hematológico, ou seja, câncer no sangue, aqui no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Para que se possa planejar uma assistência baseada em evidências científicas e por meio de novas pesquisas se traga uma melhora no tratamento para estas doenças.

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Caso você participe, será necessário responder algumas perguntas, primeiro, sobre a sua idade, profissão, religião, escolaridade e cidade natal; depois, sobre como você tem se sentido fisicamente e emocionalmente nas últimas semanas depois que iniciou o seu tratamento. Para isso nossa conversa levará de 15 a 20 minutos.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto físico ou risco à sua vida. Saiba que você poderá se emocionar ao relatar como têm se sentido nos últimos dias, mas você poderá responder às perguntas que se sentir a vontade para responder. Sinta-se livre para interromper nossa conversa caso não esteja se sentindo bem fisicamente e/ ou emocionalmente para continuar. Eu estarei ao seu lado para ouvi-lo e se houver necessidade, encaminharemos para atendimento no serviço que é acompanhado.

Participar ou não desta pesquisa não vai interferir no seu tratamento. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não será divulgado em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número apenas para fins didáticos e científicos. Você assinará uma via deste documento e receberá uma assinada pelos pesquisadores envolvidos.

Eu, _____, _____, _____ anos, RG ou CPF: _____. Após ter recebido as informações sobre como poderei colaborar com este estudo; li e/ou ouvi o esclarecimento no verso e compreendi para o que serve este estudo e de que forma posso participar. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo em os dados auxiliarão no desenvolvimento de futuras pesquisas em câncer.

Ribeirão Preto – SP / / .

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável
Viviane Andrade

Assinatura do pesquisador orientador
Prof.^a Dr.^a Namie Okino Sawada

Contato dos pesquisadores: Viviane Andrade – E-mail: viviandrade@usp.br

Prof.^a Dr.^a Namie Okino Sawada – E - mail: sawada@eerp.usp.br

Em caso de dúvidas em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP E-mail: cep@eerp.usp.br