



PERFIL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DE ESÔFAGO E DE ESTÔMAGO

PROFILE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ESOPHAGEAL AND GASTRIC CANCERS PERFIL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO Y DE ESTÓMAGO

Ana Cristina Eberhardt¹, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli², Evelise Moraes Berlezi³, Adriane Bernat Kolankiewicz⁴, Marli Maria Loro⁵, Samuel Lincoln Bezerra Lins⁶

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico de pacientes com câncer de esôfago e estômago, avaliar a qualidade de vida global e compará-la relativamente ao sexo e ao ciclo de vida. **Metodologia:** estudo transversal analítico prospectivo. Foi utilizado o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, o *Quality of Life Core-30-Questionnaire* e questionário sociodemográfico. A amostra constituiu-se de 41 pacientes (idade média 61,6; DP = 9,9 anos), sendo a maioria homens (85,4%), casados (73,2%), 61% apresentavam câncer de esôfago e 39% câncer de estômago. **Resultados:** os domínios mais afetados foram: desempenho de papel, função emocional e sintomas “falta de apetite”, “fadiga” e “insônia”. Os homens apresentaram mais náuseas e vômitos e os adultos apresentaram mais falta de apetite e dificuldades financeiras. **Conclusão:** os resultados corroboram com a literatura e podem ser aplicados na identificação dos efeitos que o câncer e seu tratamento têm na qualidade de vida dos pacientes. **Descritores:** Qualidade de Vida; Câncer de Esôfago; Câncer de Estômago.

ABSTRACT

Objective: to identify the sociodemographic profile of patients with esophageal and gastric cancer, assess the overall quality of life and compare it with respect to sex and period of life cycle. **Methodology:** prospective analytical cross-sectional study. The questionnaire proposed by the *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, *Quality of Life Core-30-Questionnaire* and a sociodemographic questionnaire were used. The sample consisted of 41 patients (average age 61.6, SD = 9.9 years), mostly men (85.4%), married (73.2%), 61% with esophageal cancer and 39% with stomach cancer. **Results:** mainly affected domains were: role performance, emotional function and the symptoms "lack of appetite", "fatigue" and "insomnia." Men had more often nausea and vomiting and adults had more often lack of appetite and financial difficulties. **Conclusion:** the results corroborate literature and can be applied to identify the effects caused by cancer and its treatment on the quality of life of patients. **Descriptors:** Quality of Life; Esophagus Cancer; Stomach Cancer.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico de pacientes con cáncer de esófago y estómago, evaluar la calidad de vida global y compararla relativamente al sexo y al ciclo de vida. **Metodología:** estudio transversal analítico prospectivo. Fue utilizado el cuestionario *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, el *Quality of Life Core-30-Questionnaire* y el cuestionario sociodemográfico. La muestra fue compuesta por 41 pacientes (edad media 61,6; DP = 9,9 años), siendo la mayoría hombres (85,4%), casados (73,2%), 61% presentaban cáncer de esófago y 39% cáncer de estómago. **Resultados:** los dominios más afectados fueron: desempeño de papel, función emocional y síntomas “falta de apetite”, “fatiga” y “insomnio”. Los hombres presentaron más náuseas y vômitos y los adultos presentaron más falta de apetite y dificultades financieras. **Conclusión:** los resultados coinciden con la literatura y pueden ser aplicados en la identificación de los efectos que el cáncer y su tratamiento tienen en la calidad de vida de los pacientes. **Descritores:** Calidad de Vida; Cáncer de Esófago; Cáncer de Estómago.

¹Enfermeira, Mestre em Oncologia, Universidade do Porto. Porto, Portugal. E-mail: anacristinae@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Ciências, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUI. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: cleci.rosanelli@unijui.edu.br; ³Fisioterapeuta, Professora Doutora em Gerontologia Biomédica. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: evelise@unijui.edu.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Ciências. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Ciências. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: marli@unijui.edu.br; ⁶Psicólogo, Professor Doutor em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: samuellins@puc-rio.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou,¹ para a década de 2030, previsão de 27 milhões de casos incidentes de câncer (CA), 17 milhões de mortes por CA e 75 milhões de pessoas vivendo anualmente com CA.

Os cânceres de esôfago e de estômago têm ganhado destaque nas estatísticas mundiais.² No que se refere ao CA de estômago, a mais recente estimativa mundial apontou a ocorrência de cerca de um milhão de casos novos de CA de estômago no ano de 2012, tornando-se o quinto tumor maligno mais comum no mundo, depois de CA de pulmão, mama, próstata e colorretal, e é a terceira causa de morte por CA em ambos os sexos no mundo. Já o CA de esôfago é o oitavo tipo de CA mais comum no mundo, com uma estimativa de 456 mil novos casos em 2012, e a sexta causa mais comum de morte por CA, com um número estimado de 400.000 mortes.

Para o ano de 2014, foram estimados, para o Brasil, 12.870 casos novos de CA de estômago em homens e 7.520 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13,19 casos novos a cada 100 mil homens e 7,41 a cada 100 mil mulheres. Relativamente ao CA de esôfago, para o Brasil, no ano de 2014, foram esperados 8.010 casos novos de câncer de esôfago em homens e 2.770 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 8,18 casos novos a cada 100 mil homens e 2,70 a cada 100 mil mulheres.³

O CA de estômago em homens é o quarto mais frequente na região Sul e o sexto mais frequente para as mulheres. Ele é o quinto mais frequente na região Sul para os homens e ocupa 13º posição na região, no que diz respeito à incidência, em mulheres.³

Os avanços científicos em relação a novos tratamentos e métodos diagnósticos permitiram com que a cura para o CA fosse uma possibilidade, assim como o aumento da expectativa de vida. Os pacientes ficaram sujeitos a doses maciças de drogas citotóxicas ou radiações através da quimioterapia (QT) e da radioterapia (RT), respectivamente, que provocam uma variedade de efeitos colaterais.⁴ Deste modo, o tempo de vida é estendido, mas não necessariamente a qualidade de vida (QV) da pessoa em tratamento antineoplásico.

Por estas razões, a QV relacionada à saúde é considerada hoje, juntamente com a sobrevida livre de doença e a ausência de recorrência de CA, um dos parâmetros mais

importantes para avaliar o impacto de um tratamento de CA em pacientes.⁵

São várias as definições de QV. Um dos conceitos mais utilizados é o da OMS, que afirma que a QV compreende aspectos objetivos e subjetivos, e respectivamente incluem a funcionalidade, competência cognitiva e interação do indivíduo com o meio e a percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade.⁶

Sendo assim, este estudo tem por objetivos:

- ♦ Identificar o perfil sociodemográfico de pacientes com câncer de esôfago e estômago
- ♦ Avaliar a qualidade de vida global e compará-la relativamente ao sexo e ao ciclo de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico prospectivo vinculado à pesquisa institucional “Qualidade de vida de pacientes oncológicos assistidos em um Centro de Alta Complexidade em Tratamento de Câncer - CACON” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, sob o parecer consubstanciado 275/2010, em 18 de outubro de 2010.

A população do estudo foi de 670 pacientes oncológicos atendidos em Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, o que representa 30% da população atendida mensalmente pelo serviço. Para ingressar no estudo, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: paciente em tratamento de QT ou RT ou conjugado; no caso dos pacientes em tratamento quimioterápico, o paciente, necessariamente, deveria ter realizado um ciclo de QT; no caso dos pacientes em tratamento radioterápico, a partir da primeira sessão. Foram excluídos pacientes participantes de protocolos de pesquisa clínica da instituição hospitalar, uma vez que, na referida instituição, eles já respondem a este tipo de instrumentos como parte da avaliação por rotina, e pacientes com alterações cognitivas, sem condições de responder aos instrumentos, atestados no prontuário.

Para o presente estudo, foram selecionados 41 pacientes no banco de dados da pesquisa institucional com diagnóstico de câncer de

esôfago e estômago, que corresponde a 6,1% da população da pesquisa institucional.

A pesquisa institucional transcorreu no período de abril a dezembro de 2011. Os dados foram obtidos através de entrevista, análise de prontuário (documental) e aplicação do protocolo de avaliação da qualidade de vida proposto pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, o *Quality of Life Core-30-Questionnaire - EORTC QLQ-C30*⁷, devidamente validado para a população brasileira.⁸ Para a presente pesquisa, as variáveis selecionadas no banco de dados foram: dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda), tipo de tratamento (QT, RT ou conjugado - QT e RT) e as dimensões do questionário de QV.

O questionário da *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, o *Quality of Life Core-30-Questionnaire - EORTC QLQ-C30* aborda cinco escalas funcionais (função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis), três escalas de sintomas (fadiga; dor; náuseas e vômitos), uma escala de QV e saúde global, seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com CA (dispneia, falta de apetite, insônia, constipação e diarreia) e escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença.

Os escores das escalas e das medidas variam de zero a 100, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se o escore apresentado na escala funcional for alto, isso representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas, representa um nível alto na escala de sintomatologia e efeitos colaterais. Para a interpretação dos escores gerados pelo questionário, foram utilizadas as normas recomendadas pelo manual da EORTC.⁹ Para fins de análise e comparação, foram utilizados os parâmetros

da escala de QV¹⁰, que estabeleceu como corte 70 pontos: abaixo de 70 pontos = QV razoável e valores acima de 70 pontos = QV satisfatória.

Para comparar o ciclo de vida, os pacientes foram divididos em dois grupos: adultos (20 - 59 anos) e idosos (maior ou igual a 60 anos), uma vez que o estatuto do idoso do Brasil considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.¹¹

Para a análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados foram analisados através da estatística descritiva e utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para a análise de variáveis quantitativas e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Para a comparação de grupos, adotou-se o teste de comparação de médias para variáveis não paramétricas e independentes (Teste de *Mann-Whitney*). Considerou-se uma confiabilidade de 95% para o teste de comparação de médias.

RESULTADOS

Dos 41 participantes, a média de idade foi de $61,6 \pm 9,9$ anos (IC 95% = 58,4 e 64,7), idade mínima 44 anos e idade máxima 82 anos. Destes, 61% (25) tinham diagnóstico de câncer de esôfago e 39% (16) de estômago.

Com relação ao sexo, 85,4% (35) são do sexo masculino e 14,6% (6) do sexo feminino, sendo a maioria, 75,6% (31), casados. Quanto à escolaridade, 80,4% (33) possuem ensino fundamental incompleto, e 73,2% (30) tem renda entre 1 e 2 salários mínimos, como mostra a Tabela 1. No que se refere ao tipo de tratamento 70,7% (29) dos pacientes realizavam QT; 9,8% (4) RT e 19,5% (8) terapia conjugada.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pacientes assistidos em um CACON da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

Variável	n	%	
Faixa etária	Adulto 20 - 59 anos	17	41,5
	Idoso ≥ 60 anos	24	58,5
Sexo	Masculino	35	85,4
	Feminino	6	14,6
Estado civil	Casado	31	75,6
	Solteiro	3	7,3
	Viúvo	3	7,3
	Separado ou divorciado	4	9,8
Escolaridade	Ensino fundamental completo	4	9,8
	Ensino fundamental incompleto	33	80,4
	Ensino médio completo	2	4,9
	Ensino médio incompleto	2	4,9
Renda*	Abaixo de 1 salário mínimo	3	7,3
	1 a 2 salários mínimos	30	73,2
	3 a 8 salários mínimos	8	19,5

*Considerou-se o salário mínimo vigente no ano de 2011 no valor de R\$ 545,00

A Tabela 2 apresenta os resultados encontrados no instrumento QLQ-C30 através da média e do desvio padrão. O Estado Geral de Saúde tem uma média de 69,95 com desvio padrão de mais ou menos 18,86. No que se refere às escalas funcionais, o escore mais elevado é relativo à função cognitiva (82,90), que está relacionado à capacidade de concentração e memória, seguidos da função social (78,10), física (71,80) e emocional

(70,27). Já no item Desempenho de papel, encontrou-se um escore mais baixo (64,61), se comparado aos demais escores, mostrando que os pacientes apresentam dificuldade na realização de atividades de lazer e de trabalho.

Nas Escalas de Sintomas, o sintoma predominante foi “perda de apetite”, com escore 33,29, seguido por “fadiga” (31,05) e “insônia” (30,05).

Tabela 2. Qualidade de Vida de pacientes assistidos em um CACON da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

Variável	Média	DP	
Saúde Global	69,95	18,86	
Escalas Funcionais	Função física	71,80	19,82
	Desempenho de papel	64,61	31,43
	Função emocional	70,27	24,72
	Função cognitiva	82,90	21,52
	Função social	78,10	19,09
Escalas de Sintomas	Fadiga	31,05	22,35
	Náusea e vômito	22,37	27,02
	Dispneia	17,02	28,01
	Dor	25,66	31,21
	Insônia	30,05	37,15
	Perda de apetite	33,29	35,01
	Constipação	20,29	31,53
	Diarreia	12,15	25,52
Dificuldade financeira	21,12	27,58	

DP = desvio padrão.

As Tabelas 3 e 4 apresentam as comparações das médias das variáveis analisadas pelo instrumento EORTC QLQ-C30 de acordo com o gênero e com o ciclo de vida, respectivamente. Foi encontrada significância

estatística, com valor de $p = 0,03$, no item “náusea e vômito”, quando comparada ao sexo masculino e feminino, onde as mulheres apresentaram maiores escores do que os homens.

Tabela 3. Comparação de médias das variáveis analisadas pelo instrumento EORTC QLQ-C 30 de acordo com o sexo, de pacientes assistidos em um CACON da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

	Sexo	Média	DP	p
Saúde global	Masculino	71,00	15,3	0,90
	Feminino	63,83	34,4	
Escala Funcionais Função física	Masculino	73,86	19,6	0,15
	Feminino	59,83	18,1	
Desempenho de papel	Masculino	65,20	29,8	0,98
	Feminino	61,17	42,9	
Função emocional	Masculino	69,71	24,9	0,76
	Feminino	73,50	25,4	
Função cognitiva	Masculino	84,71	17,2	0,70
	Feminino	72,33	38,9	
Função social	Masculino	79,11	19,0	0,43
	Feminino	72,17	20,0	
Escala de Sintomas Fadiga	Masculino	29,71	21,2	0,52
	Feminino	38,83	28,9	
Náusea e vômito	Masculino	17,14	20,3	*0,03
	Feminino	52,83	41,3	
Dispneia	Masculino	15,20	26,0	0,45
	Feminino	27,67	38,9	
Dor	Masculino	15,20	26,0	0,33
	Feminino	27,67	38,9	
Insônia	Masculino	30,43	36,5	0,70
	Feminino	27,83	44,3	
Perda de apetite	Masculino	29,49	33,1	0,13
	Feminino	55,50	40,4	
Constipação	Masculino	19,97	30,4	0,95
	Feminino	22,17	40,3	
Diarreia	Masculino	11,37	22,7	0,84
	Feminino	16,67	40,8	
Dificuldade financeira	Masculino	20,94	25,6	0,67
	Feminino	22,17	40,3	

DP = desvio padrão. * $p \leq 0,05$ (estatisticamente significativo).

Ao comparar as médias de QV com o período de vida, identifica-se que “perda de apetite” ($p = 0,00$) e “dificuldade financeira”

($p = 0,03$) estão significativamente associadas à idade, onde os adultos apresentam maiores escores do que os idosos.

Tabela 4. Comparação de médias das variáveis analisadas pelo instrumento EORTC QLQ-C 30 de acordo com o ciclo de vida, de pacientes assistidos em um CACON da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

	Ciclo de Vida	Média	DP	p
Saúde global	Adulto	69,24	15,4	0,42
	Idoso	70,46	21,2	
Escala Funcionais Função física	Adulto	67,00	18,5	0,15
	Idoso	75,21	20,3	
Desempenho de papel	Adulto	58,71	35,3	0,38
	Idoso	68,79	28,3	
Função emocional	Adulto	64,65	26,1	0,20
	Idoso	74,25	23,4	
Função cognitiva	Adulto	83,29	17,6	0,74
	Idoso	82,63	24,2	
Função social	Adulto	74,59	20,4	0,36
	Idoso	80,58	18,0	
Escala de Sintomas Fadiga	Adulto	34,53	24,2	0,39
	Idoso	28,58	21,0	
Náusea e vômito	Adulto	30,41	29,0	0,07
	Idoso	16,67	24,5	
Dispneia	Adulto	17,65	31,4	0,78
	Idoso	16,58	25,9	
Dor	Adulto	35,41	35,8	0,09
	Idoso	18,75	26,1	
Insônia	Adulto	39,24	42,9	0,30
	Idoso	23,54	31,8	
Perda de apetite	Adulto	51,00	37,5	*0,00
	Idoso	20,75	27,4	
Constipação	Adulto	25,47	32,3	0,26
	Idoso	16,63	31,0	
Diarreia	Adulto	9,76	19,5	0,86
	Idoso	13,83	29,3	
Dificuldade financeira	Adulto	33,24	33,3	*0,03
	Idoso	12,54	19,0	

DP= desvio padrão * $p \leq 0,05$ (estatisticamente significativo)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os pacientes com CA de esôfago e de estômago assistidos em um CACON da região Sul do Brasil são em sua maioria homens, acima dos 60 anos, casados, com baixa escolaridade e baixa renda.

Esses resultados encontram respaldo na literatura em que se afirma que, no que diz respeito aos cânceres de esôfago e estômago, há prevalência de homens e assim como em outras doenças, a incidência de CA aumenta marcadamente com a idade. O nível socioeconômico baixo, de forma isolada, não é um fator que aumenta o risco de CA, mas, sim, da correlação com vários fatores de risco como hábitos alimentares, uso do tabaco, além de associar-se à infecção por *H.pylori.*, especialmente no caso de CA gástrico. Os dados associados à baixa escolaridade podem encontrar justificativa no desconhecimento que os pacientes têm acerca dos fatores de risco do CA e nas dificuldades de compreensão dos fatores de prevenção e tratamento.¹²⁻¹³

Em estudo¹⁴ de QV com 30 pacientes com CA de estômago, a média de idade entre eles era de 63,02 anos, com prevalência de homens, casados, com ensino primário. Outro estudo¹⁵ desenvolvido com pacientes com câncer gástrico mostrou que 55% dos indivíduos eram homens. Em estudo¹⁶ realizado em Taiwan, que relacionou 95 pacientes com CA de esôfago, a média de idade foi de 59 anos. Adicionalmente, um estudo¹⁷ desenvolvido com pacientes de hospitais na França, Alemanha, Reino Unido e Suécia, portadores de neoplasias de esôfago (148) e de estômago (86) apontou que a maioria eram homens, casados, com ensino fundamental completo, sendo que esta última variável vai de encontro ao resultado encontrado em nosso estudo.

No que diz respeito à escolaridade, pesquisa¹⁸ realizada com 70 pacientes com CA de estômago revela que 61% (43) dos pacientes não tinham concluído o ensino fundamental. Estudos que analisaram a QV de pacientes com outros tipos de neoplasias corroboram com o resultado encontrado em nosso estudo ao afirmar que a maioria dos pacientes tem o ensino fundamental incompleto.¹⁹⁻²⁰

No que se refere à renda, estudo¹⁴ com sujeitos com CA gástrico revela que dois terços dos pacientes não possuem atividade remunerada, e em pesquisa²¹ de QV e CA de mama percebeu-se que mais de 80%, de um total de 110 pacientes, pertenciam às classes média e baixa, estando ambos os estudos de

acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Relativo aos resultados do instrumento EORTC QLQ C30, apresentados na Tabela 2, os mesmos possibilitam caracterizar a QV dos pacientes com CA de esôfago e estômago. Iniciando pela escala de saúde global, pode-se perceber que os sujeitos consideram razoável a sua saúde de modo geral, ao atribuir valor de 69,95, valor semelhante ao encontrado no estudo¹⁰ que utiliza o mesmo instrumento, e a população, em sua maioria, é acometida por CA do sistema gastrointestinal.

Constatou-se que, entre os itens da escala funcional, o desempenho de papel é a função que mais afeta a QV. Ela pode ser interpretada pela dificuldade de realizar trabalho ou atividades de lazer.²² Estudos desenvolvidos com pacientes com CA de esôfago e/ou estômago corroboram com os resultados desta pesquisa ao apontarem que o desempenho de papel é a função mais afetada.^{17, 23}

Analisando os resultados dos outros itens na Escala Funcional, percebe-se que a função emocional, seguida da função física, apresentou escores mais baixos, apontando que os pacientes se sentem irritados, tensos, deprimidos e preocupados, e têm dificuldades na realização de tarefas como tomar banho, alimentar-se e vestir-se.²²

Os melhores resultados são encontrados na função social e na função cognitiva, mostrando que a condição física e o tratamento interferem pouco na vida familiar e em atividades sociais, e que os pacientes apresentam pouca dificuldade de concentração e memória.²²

O instrumento QLQ-C30 também permite caracterizar os sintomas apresentados pelos doentes e estes vão influenciar direta ou indiretamente a QV destes. Os sintomas “perda de apetite”, “fadiga” e “insônia”, da Escala de Sintomas apresentados na Tabela 2, tiveram médias mais altas do que os demais, o que colabora com o resultado de saúde global encontrado neste estudo, por interferirem negativamente na QV. Resultados semelhantes são encontrados em outro estudo.²³

O sintoma “perda de apetite” apresenta destaque neste estudo como o sintoma mais frequente ou de maior impacto na vida dos pacientes. O referido sintoma é uma complicação comumente encontrada em pacientes com CA, principalmente os portadores de tumores do trato gastrointestinal, que apresentam distúrbios nutricionais mais frequentes do que os com outros tipos de tumor.²⁴ Ressalta-se a importância de conhecer a perda de apetite

como um sintoma presente em pacientes com CA, para os estudos de QV.²³

A “fadiga” foi o sintoma de maior impacto na vida de 148 pacientes com CA esofágico e 86 com CA gástrico¹⁷. Este sintoma pode ser definido como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço, relacionada à doença ou ao seu tratamento que interfere nas atividades usuais²⁵. Por fim, “dispneia” e “diarreia” foram os sintomas menos frequentes encontrados em nosso estudo e corroboram com achados de outros que se utilizam do mesmo instrumento.²⁶

Pôde-se verificar que a única variável estatisticamente significativa ao comparar a QV com o sexo é “náusea e vômito”, cujas as mulheres sentem-se mais nauseadas e com mais episódios de vômitos do que os homens (ver Tabela 3). Ao se comparar a QV com ciclos de vida de adulto e idoso, percebe-se relevância estatística na variável “perda de apetite”, mesmo resultado encontrado em estudo¹⁰ com 30 pacientes, a maioria (53,3%) com tumor gastrointestinal, sendo que os pacientes adultos apresentam escore maior que os idosos (ver Tabela 4). Outra variável que teve valor de *p* significativa foi dificuldade financeira, na comparação entre adulto e idoso, mostrando que os adultos perceberam maiores dificuldades financeiras provocadas pela condição física e pelo tratamento.

CONCLUSÃO

O conjunto dos resultados apresentados permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com CA de esôfago e de estômago atendidos em um CACON da região Sul do Brasil, e também concedeu visualizar alguns possíveis impactos que os cânceres de esôfago e de estômago têm na QV dos pacientes. Os pacientes são em sua maioria homens, acima dos 60 anos, casados, com baixa escolaridade e baixa renda. Com relação aos escores da QV, os valores mais baixos foram encontrados nas variáveis desempenho de papel e função emocional, além dos sintomas de perda de apetite, fadiga e insônia, variáveis estas que podem ter influenciado no valor encontrado de saúde global, que foi considerado razoável.

Diante disso, cabe aos profissionais da saúde envolvidos no cuidado aos pacientes com essas neoplasias observar os resultados desse estudo, analisando as características do perfil e os domínios mais afetados, para poder atuar tanto na prevenção de novos casos de CA de esôfago e estômago como para efetuar intervenções eficazes aos pacientes em tratamento, visando uma melhor QV.

Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com dados da literatura e podem ser aplicados na identificação dos efeitos que o CA e o seu tratamento têm na QV dos pacientes. No entanto, considera-se que esta amostra possa não representar a totalidade dos pacientes acometidos por esses tipos de cânceres da região Sul do Brasil. Essa percepção aponta para a necessidade de maiores investimentos em pesquisa neste tema.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cancer Statistics. [cited 2014 May 21]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 15] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
4. Rasia MA, Rosanelli CLSP, Loro MM, Gomes JS, Olivieira KR, Kolankiewicz ACB. Efeitos colaterais da terapia imunossupressora na percepção de pacientes oncológicos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2014 May 21];8(4):850-6. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4046>
5. Dorcaratto D, Grande L, Ramón JM, Pera M. Quality of life of patients with cancer of the oesophagus and stomach. Cirurgia Espanhola [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 05];89(10):635-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21907976>
6. WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine [Internet]. 1995 [cited 2012 June 10]; 41(10): 1403-09. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
7. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst

- [Internet]. 1993 [cited 2012 June 17];85(5):365-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
8. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2010 [cited 2012 June 19];36(5):595-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/v36n5a11.pdf>
9. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3 Ed). European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Brussels, 2001. Available from: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
10. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2012 July 02];49(3):581-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>
11. Brasil, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 1st ed. Brasília; 2003.
12. Campelo JCL, Lima LC. Perfil clínicoepidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerologia* [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 04]; 58(1):15-20. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/04_artigo_perfil_clinicoepidemiologico_cancer_gastrico_precoce_hospital_referencia_teresina_piaui.pdf
13. Monteiro NML, Araújo DF, Bassetti-Soares E, Vieira JPFB, Santos MRM, Júnior PPLO, Delgado TSJ. Câncer de esôfago: perfil das manifestações clínicas, histologia, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos a tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. *Rev Bras Cancerologia* [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 04];55(1):27-32. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/06_artigo_cancer_de_esofago.pdf
14. Amado, F. Impacto da quimioterapia na qualidade de vida de portadores de câncer avançado de pulmão ou estômago. [Tese]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2007.
15. Kassam Z, MacKay H, Buckley CA, Fung S, Pintile M, Kim J, et al. Evaluating the impact on quality of life of chemoradiation in gastric cancer. *Curr Oncol* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 22]; 17(4): 77-84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913834/>
16. Chie WC, Tsai CJ, Chiang C, Lee YC. Quality of life of patients with oesophageal cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese (Mandarin) version of the EORTC QLQ-OES18: a brief communication. *Qual Life Res* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 15];19(8):1127-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20495876>
17. Lagergren P, Fayers P, Conroy T, Stein HJ, Sezer O, Hardwick R. Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-OG25, to assess health-related quality of life in patients with cancer of the oesophagus, the oesophago-gastric junction and the stomach. *Eur J Cancer* [Internet]. 2007 [cited 2013 Dec 15];43(14):2066-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17702567>
18. Magalhães LP, Oshima CTF, Souza LG, Lima JM, Carvalho L, Forones NM. Variação de peso, grau de escolaridade, saneamento básico, etilismo, tabagismo e hábito alimentar progresso em pacientes com câncer de estômago. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2008 [cited 2013 Nov 30]; 45(2):111-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v45n2/a04v45n2.pdf>
19. Jorge LLR, Silva SR. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 03]; 18(5): 1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_03.pdf
20. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo I, Filho JV, Juliano Y, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 06]; 10(1): 51-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n1/v10n1a05.pdf>
21. Huguet PR, Moraes SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de Vida e Sexualidade de Mulheres tratadas de Câncer Mama. *Rev Bras Gineco Obstet* [Internet]. 2009 Feb [cited 2013 Dec 02];31(2):263-72.

Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>

22. Nascimento TG. Neutropenia e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2012.

22. McKernan M, McMillan DC, Anderson JR, Angerson WJ, Stuart RC. The relationship between quality of life (EORTC QLQ C-30) and survival in patients with gastro-oesophageal cancer. Br J Cancer [Internet]. 2008 [cited 2012 May 06];98(5):888-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266859/>

23. Silva, MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. Rev Bras Cancerologia [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 05];52(1):59-77. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf

24. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. Atheneu. São Paulo, 2005.

25. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 23];22(2):155-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a07v22n2.pdf>

Submissão: 24/06/2014

Aceito: 20/10/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Cleci Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli
Departamento de Ciências da Vida
Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rua do Comércio, 3000
Bairro Universitário
CEP 98700-000 – Ijuí (RS), Brasil