



QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM USO DE IMATINIBE

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN IMATINIB USE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN USO DE IMATINIB

Pamella da Silva Cruz¹, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos², Willian Alves dos Santos³, Patricia Trovatti⁴, Patricia dos Santos Claro Fuly⁵

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida dos pacientes com leucemia mieloide crônica em uso de Mesilato de Imatinibe. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário. A amostra foi constituída por dez pacientes, com coleta de dados a partir do questionário de qualidade de vida SF-36. Foi empregada a estatística descritiva e inferencial dos dados para verificar a associação entre as variáveis. **Resultados:** o declínio da qualidade de vida ocorreu devido às limitações por aspectos físicos, emocionais e dor que apresentaram, principalmente, correlação com o tempo de medicação, tempo de doença e estado geral de saúde. Não foi identificada correlação direta com o uso do Imatinibe. **Conclusão:** a qualidade de vida é afetada por inúmeros fatores ligados à doença. Assim, ressalta-se a importância das intervenções e ações da equipe multiprofissional para com esse público, enfatizando a atenção integral e promoção da saúde. **Descritores:** Enfermagem Oncológica; Leucemia Mielogênica Crônica BCR-ABL Positiva; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the quality of life of patients with chronic myeloid leukemia using Imatinib mesylate. **Method:** a cross-sectional study, with quantitative approach, performed at a University Hospital. The sample consisted of ten patients, with data collection from the SF-36 quality of life questionnaire. Descriptive and inferential statistics were used to verify association between the variables. **Results:** the decline in quality of life occurred due to limitations due to physical, emotional and pain aspects that presented, mainly, correlation with medication time, disease time and general health status. No direct correlation has been identified with the use of Imatinib. **Conclusion:** quality of life is affected by numerous factors linked to the disease. Thus, the importance of the interventions and actions of the multi-professional team to this public is emphasized, emphasizing integral attention and health promotion. **Descriptors:** Oncology Nursing; Leukemia Myelogenous Chronic BCR-ABL Positive; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de los pacientes con leucemia mieloide crónica en el uso de mesilato de Imatinib. **Método:** estudio transversal, con un enfoque cuantitativo, llevado a cabo en un Hospital Universitario. La muestra consistió en diez pacientes con colección de datos a partir de encuesta de calidad de vida SF-36. Fue empleado los datos de estadística descriptiva e inferencial para comprobar la asociación entre variables. **Resultados:** la disminución de la calidad de vida ocurrió debido a las limitaciones por aspectos físicos, emocionales y dolor que presentaron, sobre todo, correlación con el tiempo de medicación, la enfermedad y la salud en general. No hay correlación directa con el uso de Imatinib. **Conclusión:** la calidad de vida es afectada por numerosos factores relacionados con la enfermedad. Por lo tanto, se resalta la importancia de las intervenciones y acciones del equipo multidisciplinario con este público, destacando la promoción de salud y atención integral. **Descriptor:** Enfermería Oncológica; Leucemia Mielógena Crónica BCR-ABL Positiva; Calidad de Vida.

¹Enfermeira Oncológica, Residência Multiprofissional em Oncologia, Bolsista de Especialização em Pesquisa Clínica, Instituto Nacional do Câncer/INCA. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: pamella.silva.cruz@gmail.com; ²Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Niterói (RJ), Brasil. E-mail: mcaleo@uol.com.br; ³Enfermeiro, Mestrando em Ciências do Cuidado em Saúde - Universidade Federal Fluminense (EEAAC/UFF). Niterói (RJ), Brasil. E-mail: willian.alves@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (egressa), Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva/UFRJ/Fiocruz/UERJ/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: patytrouvatti@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: claropatricia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma doença mieloproliferativa clonal de células da medula óssea, caracterizada pela anormalidade citogenética específica, o cromossomo Philadelphia (Ph+). Esse fator é derivado da translocação cromossomal entre os cromossomos 9 e 22 que, por meio da fusão dos genes BCR e ABL, apresenta a tradução de uma proteína com atividade tirosina quinase alterada.¹

Esse marcador específico está presente em mais de 90% dos casos de LMC, que é responsável por 20% de todas as leucemias. Clinicamente, essa doença apresenta três fases: crônica ou estável, uma acelerada (de metamorfose ou de transformação) e, finalmente, uma fase aguda (crise blástica).¹⁻²

O mesilato de imatinibe é indicado para o tratamento de pacientes com leucemia mieloide crônica em crise blástica, fase acelerada, ou em fase crônica da doença. A introdução do mesilato de imatinibe mudou o panorama do tratamento da LMC em todo o mundo, e é considerado hoje o tratamento padrão de primeira linha em pacientes com leucemia mieloide crônica recém-diagnosticados, cuja atualização de quatro anos, na fase acelerada, demonstra uma boa resposta hematológica e citogenética em 65% dos casos.⁽³⁻⁴⁾

O tratamento com o mesilato de imatinibe deve ser iniciado o quanto antes após o diagnóstico de LMC, sendo este então o tratamento de primeira geração. De segunda geração, pode-se citar o desatinibe e o nilotinibe. A adesão ao tratamento com mesilato de imatinibe está diretamente relacionada à probabilidade de respostas molecular e citogenética e também com a sobrevida livre de doença. O aprimoramento dos métodos diagnósticos e de tratamento elevou o número de sobreviventes, o que fez a atenção da comunidade científica se voltar para as consequências dos novos tratamentos sobre a qualidade de vida dos pacientes/sobreviventes.⁵⁻⁶

Portanto, estes pacientes passaram a viver mais tempo com vários problemas e morbidades desencadeados pelo câncer e/ou tratamentos relacionados. Após o diagnóstico de câncer, o paciente passa pela experiência do medo da dor e da morte. Sobre ele é imposto um novo estilo de vida, com mudanças em seu padrão social e alterações em sua autoestima. O equilíbrio psicológico do paciente passa a ser ameaçado não apenas pelo medo da morte, mas também pelo medo de viver com mudanças que serão necessárias

no decorrer da doença e dos tratamentos a ela relacionados. Os dados coletados são importantes indicadores da eficácia e impacto de determinados tratamentos.⁶⁻⁸

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos como: diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Porém, os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Daí, a necessidade de se estabelecer o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente.⁹

Após a descoberta dessa necessidade, a sobrevida e a qualidade de vida desses pacientes passaram a ser as duas principais finalidades do tratamento do câncer. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes com leucemia mieloide crônica, em uso do mesilato de imatinibe, por meio do questionário de qualidade de vida SF-36.

MÉTODO

Estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) durante as consultas médicas periódicas dos pacientes com LMC matriculados no hospital e em tratamento com mesilato de imatinibe.

Os participantes desta pesquisa foram 30 pacientes em tratamento no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), porém, durante o período de coleta de dados, que ocorreu de março a maio de 2012, apenas dez pacientes compuseram a amostra do estudo, uma vez que atendiam aos critérios de inclusão da amostra, que são eles: diagnóstico de leucemia mieloide crônica, em fase crônica da doença; tratamento com a droga de ação alvo-molecular mesilato de imatinibe; idade superior a 18 anos e ausência de déficit cognitivo, bem como os critérios de exclusão: pacientes com diagnóstico de leucemia mieloide crônica em fase acelerada ou crise blástica; em tratamento com hidroxiureia ou interferon (INF) e outras drogas inibidoras de tirosina-quinase.

Os participantes da pesquisa foram convidados ao preenchimento do instrumento de coleta de dados, o questionário de qualidade de vida SF-36, em sala reservada durante a consulta de Enfermagem. Os procedimentos seguidos por este estudo estão de acordo com os padrões éticos do comitê de

pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense- (UFF), com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF (CEP-CMM/HUAP 359/2011).

A coleta de dados foi realizada pelo questionário de qualidade de vida SF-36. Trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida de fácil administração e compreensão, composto por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.⁷

A análise quantitativa de cada escore foi realizada por meio das pontuações obtidas em cada componente do questionário SF-36, onde zero correspondeu ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde, com média de 50 e desvio padrão 10. Foram analisados também os escores mais prevalentes em cada questão.

A partir dos resultados obtidos na análise de cada escore, foram realizadas estatísticas no software SAS versão 9.1.3, no qual se realizaram as análises descritivas das variáveis

(média, desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Com a finalidade de verificar associações entre as variáveis do estudo, efetuou-se o teste de normalidade *Shapiro-Wilk*, análise de correlação de Pearson, teste de igualdade das médias ANOVA para as variáveis com distribuição Normal e *Kruskal Wallis* para as variáveis que não apresentam distribuição normal. Todos os testes estatísticos foram realizados considerando o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Neste trabalho, utilizou-se uma amostra de dez indivíduos, com aplicação de estatística descritiva, correlação dos dados e, posteriormente, teste de normalidade dos dados para realizar alguns testes estatísticos, testes esses de correlação e de igualdade das médias para verificar se existe diferença nos resultados dos oito domínios em relação a algumas variáveis. Todos os testes realizados têm como base um nível de significância de 5%.

Tabela 1. Distribuição da análise descritiva dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 e das variáveis idade, tempo de doença e tempo de medicação. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

Variável	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
Idade	52,2	12,47	73	31
Tempo de doença *	5,2	2,61	9	2
Tempo de medicação **	5,11	2,36	8	2
Capacidade Funcional	67,5	24,4	100	30
Limitação por aspectos físicos	22,5	34,25	100	0
Dor	46	0,078	100	0
Estado Geral de saúde	62,5	18,02	82	27
Vitalidade	55,75	31,04	100	15
Aspectos sociais	71,25	29,49	100	25
Limitação por aspectos emocionais	36,7	48,32	100	0
Saúde mental	68,8	26,31	100	20

A idade média dos participantes, de acordo com a tabela 1, foi de 52 anos, com desvio padrão de 12,47, mínimo de 31 anos e máximo de 73 anos. Já o tempo de doença, em média, foi de cinco anos, com desvio padrão de 2,61, mínimo de dois e máximo de nove anos. O tempo em que os pacientes estavam tomando a medicação em estudo foi, em média, de cinco anos, com desvio de 2,36, tempo mínimo de dois anos e tempo máximo de oito anos. A capacidade funcional dos participantes teve a média de 67,5, com desvio de 24,4, mínimo de 30 e máximo de 100.

Com relação à limitação por aspectos físicos, foi observada uma média de 22,5, desvio de 34,25, mínimo de zero e máximo de 100. Quanto à dor, a média é de 46, o desvio-

padrão foi de 0,0078, mínimo de zero e máximo de 100. Sobre o estado geral de saúde, observou-se uma média de pontuação de 62,5, desvio padrão de 18,02, mínimo de 27 e máximo de 82. Quanto à pontuação sobre a vitalidade, foi encontrada uma média de 55,75, com desvio de 31,04, mínimo de 15 e máximo de 100.

Sobre os aspectos sociais, foi encontrada uma média de 71,25, desvio de 29,49, mínimo de 25 e máximo de 100. Observando as limitações por aspectos emocionais, encontrou-se uma média de 36,7, com desvio de 48,32, mínimo de zero e máximo de 100. Por fim, considerando a saúde mental dos pacientes, foi encontrada uma média é de 68,8, com desvio de 26,31, mínimo de 20 e máximo de 100.

Cabe ressaltar que as variáveis tempo de doença e tempo de medicação foram criadas a partir das datas que foram colocadas no relatório dos participantes, tanto de quando foi descoberta a doença, quanto da data de início do tratamento com mesilato de imatinibe. Posteriormente, foi verificado se existia alguma alteração estatística no comportamento dos domínios dos pacientes.

Tabela 2. Distribuição da clientela segundo as características sócio-demográficas. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

Variável		n	%
Sexo	Feminino	4	40%
	Masculino	6	60%
Etnia	Branca	4	40%
	Negra	5	50%
	Parda	1	10%
Escolaridade*	1º Grau incompleto	1	13%
	1º Grau completo	2	25%
	2º Grau Incompleto	2	25%
	2º Grau Completo	2	25%
	Superior Completo	1	13%
Estado Civil*	Casado	7	88%
	Solteiro	1	13%

*Dois pacientes com informações ausentes.

Os dados da tabela 2 mostraram 40% de participantes do sexo feminino e 60% do sexo masculino. Destes pacientes analisados, 40% são da etnia branca, 50%, da etnia negra e 10%, da etnia parda. Dentre os participantes, 13% tinham o 1º grau incompleto; 25%, o 1º grau completo; 25%, o 2º grau incompleto; 25%, o 2º grau completo e 13%, superior completo. Quanto ao estado civil, 88% eram casados e 13%, solteiros. Dois participantes não apresentaram resposta para as variáveis: escolaridade e estado civil.

Tabela 3. Análise da associação estatística entre os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

VR	TD	TR	CF	LAF	Dor	EGS	VT	AS	LAE	SM	DTD/T R
TD	100.00 0	0.9864 4	0.5219 7	0.1921 6	-0.04 259	0.4572 3	0.1518 4	-0.025 20	0.4926 6	0.0167 8	0.0351 7
		<.0001 *	0.1217	0.5948	0.9070	0.1840	0.6754	0.9449	0.1480	0.9633	0.9232
TR	0.9864 4	100.00 0	0.7635 8	0.7446 2	-0.20 996	0.6467 7	0.4196 3	0.0070 4	0.8167 2	0.1968 5	0.4925 2
	<.0001 *		0.0166 *	0.0214 *	0.5877	0.0598	0.2609	0.9857	0.0072 *	0.6117	0.1780
CF	0.5219 7	0.7635 8	100.00 0	0.6726 6	-0.51 354	0.7736 0	0.5763 6	0.1398 7	0.6831 0	0.3528 4	0.6360 8
	0.1217	0.0166 *		0.0331 *	0.1290	0.0087 *	0.0812	0.6999	0.0295 *	0.3173	0.0480 *
LAF	0.1921 6	0.7446 2	0.6726 6	100.00 0	-0.26 681	0.6322 0	0.6744 5	0.2302 6	0.7880 6	0.3475 3	0.8057 3
	0.5948	0.0214 *	0.0331 *		0.4562	0.0499 *	0.0324 *	0.5222	0.0068 *	0.3251	0.0049 *
Dor	-0.042 59	-0.209 96	-0.513 54	-0.266 81	100.00 0	0.0125 6	0.0532 7	0.1505 4	-0.10 123	-0.09 420	-0.54 425
	0.9070	0.5877	0.1290	0.4562		0.9725	0.8838	0.6781	0.7808	0.7957	0.1039
EGS	0.4572 3	0.6467 7	0.7736 0	0.6322 0	0.0125 6	100.00 0	0.6496 6	0.0692 5	0.7000 0	0.4020 4	0.4914 4
	0.1840	0.0598	0.0087 *	0.0499 *	0.9725		0.0420 *	0.8492	0.0242 *	0.2494	0.1491
VT	0.1518 4	0.4196 3	0.5763 6	0.6744 5	0.0532 7	0.6496 6	100.00 0	0.1702 6	0.8130 6	0.5444 7	0.4093 3
	0.6754	0.2609	0.0812	0.0324 *	0.8838	0.0420 *		0.6382 *	0.0042 *	0.1037	0.2401
AS	- 0.0252 0	0.0070 4	0.1398 7	0.2302 6	0.1505 4	0.0692 5	0.1702 6	100.00 0	0.3012 1	0.5268 0	-0.00 975
	0.9449	0.9857	0.6999	0.5222	0.6781	0.8492	0.6382		0.3977	0.1177	0.9787
LAE	0.4926 6	0.8167 2	0.6831 0	0.7880 6	-0.10 123	0.7000 0	0.8130 6	0.3012 1	100.00 0	0.5691 0	0.4278 9
	0.1480	0.0072 *	0.0295 *	0.0068 *	0.7808	0.0242 *	0.0042 *	0.3977		0.0860	0.2174
SM	0.0167 8	0.1968 5	0.3528 4	0.3475 3	-0.09 420	0.4020 4	0.5444 7	0.5268 0	0.5691 0	100.00 0	0.3286 3
	0.9633	0.6117	0.3173	0.3251	0.7957	0.2494	0.1037	0.1177	0.0860		0.3539
DTD/T R	0.0351 7	0.4925 2	0.6360 8	0.8057 3	-0.5 4425	0.4914 4	0.4093 3	-0.00 975	0.4278 9	0.3286 3	100.00 0

0.9232	0.1780	0.0480	0.0049	0.1039	0.1491	0.2401	0.9787	0.2174	0.3539
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Legenda: *Testes que apresentaram associação estatística significativa. VR= Variáveis, TD= Tempo de doença, TR= Tempo de remédio, CF= Capacidade funcional, LAF= Limitação por aspectos físicos, EGS= Estado geral de saúde, VT= Vitalidade, AS= Aspectos sociais, LAE= Limitação por aspectos emocionais, SM= Saúde mental, DTR/TD= Diferença entre tempo de remédio e tempo de doença.

Na tabela acima, foi realizado o teste de Correlação para verificar a existência de correlação entre os domínios e as variáveis de tempo de doença, tempo de medicação e a diferença desses tempos, pois a diferença do tempo em que a pessoa descobriu a doença e o tempo em que ela iniciou o tratamento com o medicamento pode interferir em algum dos domínios.

Com isso, observou-se correlação entre tempo de doença e tempo de medicação. O tempo de medicação, além da correlação citada, apresentou correlação com capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais. A capacidade funcional também apresentou correlação, com limitação por aspectos físicos, estado geral da saúde, limitação por aspectos emocionais e com a diferença do tempo de doença e tempo de medicação. A limitação por aspectos físicos teve correlação também com estado geral da saúde, vitalidade, limitação por aspectos emocionais.

Sobre a diferença de tempo de doença e tempo de medicação, o domínio dor não apresentou correlação com nenhuma variável. O estado geral da saúde também apresentou correlação, com vitalidade e limitação por aspectos emocionais. O aspecto vitalidade também se correlacionou com limitação por aspectos emocionais. Os aspectos sociais não apresentaram correlação com nenhuma variável, assim como limitação por aspectos emocionais não apresentou correlação, além das já citadas anteriormente. O aspecto saúde mental também não apresentou correlação com nenhuma variável. Por fim, a diferença de tempo de doença e tempo de medicação não apresentou mais nenhuma correlação, a não ser as citadas anteriormente.

Na primeira linha de cada variável, pode-se encontrar o valor do coeficiente de correlação. Na segunda linha, se encontra o p valor. Cabe enfatizar que os resultados foram baseados no p valor.

Tabela 4. Distribuição do teste de normalidade para os domínios do questionário de qualidade de vida SF-36. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

Variável	Teste de Normalidade
Capacidade Funcional	0,1468
Limitação por aspectos físicos	0,0019
Dor	0,6525
Estado Geral de saúde	0,1415
Vitalidade	0,2906
Aspectos sociais	0,0587
Limitação por aspectos emocionais	0,0006
Saúde mental	0,5298

Tendo em vista os resultados do teste de normalidade para os oito domínios, verificou-se apenas que a limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais

apresentaram distribuição não normal. Os demais domínios apresentaram uma distribuição normal.

Tabela 5. Distribuição do teste de igualdade das médias dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 tendo como referência a variável etnia. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

Variável	Teste de Igualdade das médias para etnia
Capacidade Funcional*	0,2664
Limitação por aspectos físicos**	0,7299
Dor*	0,0248
Estado Geral de saúde*	0,9955
Vitalidade*	0,7712
Aspectos sociais*	0,8329
Limitação por aspectos emocionais**	0,5033
Saúde mental*	0,5605

Legenda: *Teste ANOVA para as variáveis com distribuição normal. ** Teste de Kruskal Wallis para as variáveis cuja distribuição não é normal.

Desse modo, vale ressaltar que, na tabela 5, observou-se que a variável dor foi o único

domínio que apresentou diferença significativa em relação à etnia da amostra.

Tabela 6. Distribuição do teste de igualdade das médias dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 tendo como referência a variável escolaridade. Niterói (RJ), Brasil, 2014.

Variável	Teste de Igualdade das médias para escolaridade
Capacidade Funcional*	0,1103
Limitação por aspectos físicos**	0,8211
Dor*	0,0131
Estado Geral de saúde*	0,7551
Vitalidade*	0,9246
Aspectos sociais*	0,4126
Limitação por aspectos emocionais**	0,3425
Saúde mental*	0,2746

Legenda: *Teste ANOVA para as variáveis com distribuição normal e ** Teste de Kruskal Wallis para as variáveis cuja distribuição não é normal.

Na tabela 6, a variável dor, novamente, foi o único domínio que apresentou diferença significativa em relação à escolaridade dos participantes.

DISCUSSÃO

Foi observado, neste estudo, que os domínios que obtiveram média inferior a 50 foram: limitações por aspectos físicos (média 22,5), limitação por aspectos emocionais (média 26,7) e dor (média 46). Os demais domínios, aspectos sociais (média 71,25), capacidade funcional (média 67,5), saúde mental (média 62,6), estado geral de saúde (média 62,5) e vitalidade (média 53,95), obtiveram média acima de 50. Portanto, a classificação para estes domínios não foi impactante na qualidade de vida dos pacientes.

Dentre os oito domínios avaliados pelo questionário do estudo, os que não apresentaram distribuição normal foram limitação por aspectos físicos e limitações por aspectos emocionais.

A limitação por aspectos físicos foi o domínio mais afetado, avaliado no questionário pela questão de número quatro. Nesta avaliação, foi perguntado aos pacientes se, durante as últimas quatro semanas, tiveram algum problema com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física.

Além disso, tal limitação apresentou uma correlação estatisticamente considerável com o tempo de uso de medicação. Os pacientes que apresentam uma maior utilização de terapia medicamentosa possuem um expressivo déficit da qualidade de vida.

Evidencia-se que o Mesilato de Imatinibe é geralmente bem tolerado. A maioria dos pacientes em uso desse medicamento apresenta efeitos adversos, porém, são classificados como de gravidade leve a moderada. Esses efeitos adversos se caracterizam como náuseas, diarreias, câibras musculares, dor muscular esquelética, hemorragia, erupções cutâneas e retenção de

fluidos. Um fator contribuinte para o surgimento de efeitos adversos é a dose prescrita e a tolerância do organismo ao medicamento. Doses mais altas têm mostrado associação com alterações adversas mais graves, comparadas às dosagens mais baixas do imatinibe.¹⁰⁻¹¹

Com isso, os efeitos colaterais causados pela utilização do Imatinibe podem ser condicionantes da degradação dos aspectos físicos, psicológicos e emocionais que favorecem o declínio da qualidade de vida nos pacientes oncológicos.

Nesse contexto, um estudo observacional recente, que buscou avaliar a qualidade de vida em pacientes com LMC, identificou que a mudança na prescrição medicamentosa favoreceu uma melhoria significativa da qualidade de vida, porém, o Imatinibe não foi associado a essa mudança.¹² Além disso, há dados que sugerem que, nos pacientes que apresentam a remissão molecular completa da doença, o tratamento pode ser descontinuado de forma segura. Apesar do número desses pacientes seja pequeno, a descontinuação do tratamento é particularmente importante para a qualidade de vida.¹³

No que tange à qualidade de vida, há evidência que demonstra que os pacientes que utilizaram o Imatinibe no tratamento para LMC obtiveram escores médios de bem-estar familiar, social e emocional e de utilidade significativamente melhores do que pacientes tratados com interferon.¹⁴

Conforme relatado verbalmente pela maioria dos pacientes que responderam ao questionário, 80% dos pacientes, o cansaço foi o efeito adverso mais presente observado pelo pesquisador no momento da aplicação do questionário. Esse cansaço foi relatado como presente e contínuo, mesmo com ausência de esforços, sendo, dessa maneira, um fator contribuinte para a limitação do trabalho e atividades regulares cotidianas.

A fadiga relacionada ao câncer é um dos sintomas mais comuns entre os pacientes oncológicos e é considerado um grave e

complexo problema clínico que deve se ser discutido de forma multidisciplinar. Pouco valorizada, por ser considerada um efeito adverso esperado ao tratamento, tem sido relatada pelos pacientes como uma experiência subjetiva de cansaço generalizado.¹⁵⁻⁶ Na relação com as realizações das atividades habituais do cotidiano dos pacientes, a fadiga encontra-se como um estado causado por aspectos físicos e mentais que interfere nas realizações das atividades diárias.¹⁵⁻⁶

A limitação por aspectos emocionais foi a segunda menor média (26,7). Esse domínio foi avaliado na questão cinco. Os pacientes foram questionados se, durante as últimas quatro semanas, tinham diminuído a quantidade de tempo de dedicação, realizado menos ou não realizado, com tanto cuidado, as atividades regulares diárias ou seu trabalho, como consequência de algum problema emocional, como se sentindo deprimido ou ansioso. Em consonância ao exposto, ressalta-se que essa limitação mostrou correlação com déficit da capacidade funcional.

Diante do exposto, pode-se refletir que o câncer, mesmo nos dias atuais, pode ser considerado uma doença que possui estigmas relacionados a sentimentos negativos, mesmo quando não existe a expectativa de morte iminente.¹⁷

A maioria dos pacientes oncológicos apresenta dificuldades de aceitação da doença. Isso pode ser atribuído a diversos fatores como a perda dos ideais, dos objetivos de vida e dos papéis sociais e, além disso, ao fato de causar sofrimento à família, destacando-se o temor de um sofrimento prolongado. Dessa forma, o medo persiste e o impacto do diagnóstico pode causar modificações nas atitudes frente à doença.¹⁸

Esses questionamentos evidenciam a influência do diagnóstico de câncer na vida de um indivíduo, onde se alcançam questionamentos, anseios, medos sobre sua saúde ou até mesmo sobre a morte. O emocional do paciente encontra-se fragilizado e, por muitas vezes, estes pacientes precisam de um acompanhamento de um profissional da área de Psicologia, enfocando um tratamento multiprofissional ao paciente com diagnóstico de câncer, mesmo sendo este com evolução crônica e em tratamento ambulatorial.

Um estudo mostrou que a maioria dos pacientes acredita na eficácia do uso da medicina alternativa no tratamento do câncer. A mais utilizada é a oração individual, mostrando que a religiosidade e a medicina complementar se correlacionam significativamente com uma melhor qualidade

de vida. Além disso, pacientes oncológicos, ao se depararem com o fato de conviver com uma doença grave, buscam métodos baseados na religiosidade para o enfrentamento.¹⁹

O domínio referente à dor foi o terceiro item com menor média geral (46) e também o único domínio, dentre os oito, que apresentou diferença significativa em relação à escolaridade dos participantes e à raça.

Esse domínio foi avaliado pela soma das pontuações referentes às questões sete e oito. A questão de número sete classifica quanta “dor no corpo” o paciente teve durante as últimas quatro semanas em nenhuma, muito leve, leve, moderada, grave e muito grave, e a questão de número oito classifica o quanto essa “dor” interferiu no seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa) durante as últimas quatro semanas em: de maneira alguma, um pouco, moderadamente, bastante e extremamente.

De acordo com as respostas dos pacientes, a maioria classificou essa “dor” como moderada (40%) e nenhuma (30%) e não interferiu no seu trabalho de maneira nenhuma em 40% e interferiu um pouco em 30%.

Esse domínio relacionado à dor pode ser considerado uma limitação para o estudo, pois o questionário de qualidade de vida SF-36 avalia os pacientes sobre “dor no corpo”, não especificando o tipo de dor, como: dor nos músculos, dor nos ossos, dor nas articulações ou classificando essa dor como fadiga muscular, sendo expressa como um cansaço inespecífico pelo paciente, o qual foi relatado pelos mesmos durante a aplicação do questionário do estudo. Essas manifestações são classificadas como reações adversas muito comuns aos pacientes em uso do medicamento em questão.

Assim, as questões sete e oito, referentes ao domínio dor, ficam subjetivas para avaliar especificamente a dor questionada pelos pacientes, não sendo classificada pelo pesquisador deste estudo.

A dor é um dos aspectos mais temidos do câncer e implica grande impacto na qualidade de vida dos pacientes com câncer.²⁰ Por isso, salienta-se a importância de futuros estudos que avaliem e especifiquem essa dor relatada pelos pacientes que responderam ao questionário do estudo. Desse modo, a pesquisa mostrou que a dor interfere significativamente na qualidade de vida, porém, a escala identifica somente o escore dessa influência, não sendo possível verificar assertivamente o índice estatístico de quanto a dor reduziu essa variável.

O psiquismo está ligado ao corpo e este fato traz consequências importantes, pois quaisquer alterações do corpo terão repercussão na ordem do psiquismo.⁽¹⁸⁾ Assim, o profissional que trabalhe com pacientes oncológicos devem ser atentos a questões subjetivas e peculiares desse público, pois, muitas vezes, a dor relatada não é física, mas consequência de alterações psíquicas, salientando a importância dos estudos relacionados aos pacientes com câncer e dor.

A literatura aborda algumas intervenções não farmacológicas que podem intervir na dor relatada pelo paciente. São elas: musicoterapia, hipnose, técnicas de relaxamento, massagem aromaterapêutica. Para o profissional intervir, é necessário conhecimento técnico-científico tanto para os programas educativos voltados para o paciente com câncer, como também, de extrema importância, aos voltados para os profissionais de saúde.²¹

CONCLUSÃO

Verificou-se que os domínios que obtiveram as menores médias, dentre os avaliados pelo questionário utilizado no estudo, foram as limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais e dor, evidenciando um impacto destes na qualidade de vida dos pacientes com leucemia mieloide crônica. Esse resultado implica intervenções e ações da equipe multiprofissional que atende esse público, enfatizando a atenção integral deste paciente.

Assim, os fatores que influenciam na capacidade física e emocional devem ser constantemente avaliados de forma que estes não afetem indiretamente o tratamento com o Mesilato de Imatinibe, pois fatores que afetem a qualidade de vida são influenciadores na adesão do paciente aos medicamentos em uso contínuo, como o do estudo. Portanto, é essencial que os profissionais de centros oncológicos especializados sejam sensíveis e estejam preparados para identificar as peculiaridades dos pacientes em uso de medicamentos alvo-moleculares e, principalmente, ao processo de adoecimento de cada indivíduo. Assim, a partir da perspectiva dos pacientes oncológicos em uso do Mesilato de Imatinibe, o cuidado permite uma assistência a ser focada na integralidade, valorizando tanto os elementos objetivos, quanto os subjetivos.

REFERÊNCIAS

1. Castro MA, Castro MA, Peleja SB, Barbosa AP, Tavares RS, Roberti MRF. Ocorrência de múltiplas neoplasias em paciente portador de

leucemia mieloide crônica: relato de caso. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Sept 05];48(3):251-5. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/1_5_relato_de_caso_ocorrencia_multiplas_neoplasiass_paciente_portador_leucemia_mieloide_cronica.pdf

2. Martins DH, Wagner SC, Lizot LLF, Antunes MV, Capra M, Linden R. Monitoring imatinib plasma concentrations in chronic myeloid leukemia. Rev bras hematol hemoter [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Sept 05];33(4):302-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v33n4/v33n4a16.pdf>

3. Aquino S, Gonçalves R, Silva L. Acompanhamento farmacêutico dos pacientes com leucemia mieloide crônica em uso de mesilato de imatinibe na Universidade Federal do Ceará. Rev bras hematol hemoter [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Sept 05];31(3):137-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n3/aop4809.pdf>

4. Lopes NR, Abreu MT. Inibidores de tirosino quinase na leucemia mieloide crônica. Rev bras hematol hemoter [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Sept 05];31(6):449-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n6/aop8909.pdf>

5. Souza CA, Pagnano KBB, Bendit I, Conchon M, Freitas CMBM, Coelho AM, et al. Chronic myeloid leukemia treatment guidelines: Brazilian Association of Hematology, Hemotherapy and Cell Therapy. Brazilian Medical Association Guidelines Project 2012. Rev bras hematol hemoter. [Internet] 2012 July [cited 2015 Sept 05];34(5):367-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486828/>

6. Holanda JC, Brutbart WS, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, Mccorkle R, Butow PN. Psycho-Oncology. 3rd ed. New York: Oxford University; 1998.

7. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e avaliação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras reumatol [Internet]. 1999 May [cited 2014 Feb 03];39(3):143-50. Available from: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf

8. Leite PNB. Qualidade de vida e promoção da saúde. Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia [Internet]. 2013 July [cited 2015 Sept 05];20(7):33-56. Available from: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf

<http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/235/260>

9. Kligerman J. Câncer e qualidade de vida [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 1999 [cited 2015 Sept 05]. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v02/editorial.html

10. Lima EC, Almeida SC, Queiroz APA. Farmacovigilância no uso de mesilato de imatinibe: atividades do farmacêutico hospitalar na promoção da farmacoterapia racional. Rev Bras Farmacol [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Sept 05];91(1):9-15. Available from:

http://www.rbfarma.org.br/files/rbfar91_1_09-15.pdf

11. Alvarenga TF, Carvalho LO, Lucenas SB, Dobbins J, Azevedo A, Fernandes TS, et al. Efeitos Adversos e resposta citogenética em pacientes com leucemia mieloide crônica tratados com imatinibe. Rev bras hematol hemoter [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Sept 05];32(2):98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n2/aop28010.pdf>.

12. Hamerschlak N, Souza C, Cornacchioni AL, Pasquini R, Tabalk D, Spector N. Quality of life of chronic myeloid leukemia patients in Brazil: ability to work as a key factor. Support care cancer [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Sept 05];22(8):2113-8. Available from:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-014-2196-1>.

13. Baccarani M, Pileri S, Steegmann JL, Muller M, Soverini S, Dreylling M. Chronic myeloid leukemia: esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann oncol [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Sept 05];23(supl7):72-7. Available from:

http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii72.full.

14. Funke VM, Bitencourt H, Vigorito AC, Aranha FJ. Leucemia mieloide crônica e outras doenças mieloproliferativas crônicas. Rev bras hematol hemoter [Internet]. 2010 Jan [cited 2015 Sept 06];32(supl1):74-90. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s1/aop45010.pdf>

15. Koornstra RTT, Peters M, Donofrio S, Borne B, Jong FA. Management of fatigue in patients with cancer - A practical overview. Cancer treat rev [Internet]. 2014 July [cited 2014 Aug 14];40(6):791-9. Available from: [http://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372\(14\)00020-6/fulltext](http://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372(14)00020-6/fulltext)

16. Moraes CA, Curle BCS, Ildefonso LO. Benefícios do exercício físico em indivíduos

portadores de câncer. SaBios (Campo Mourão Online) [Internet]. 2014 Aug [cited 2015 Sept 05];9(2):83-92. Available from:

<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1004/600>.

17. Martins AM, Almeida SSL, Modena CM. O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. Rev SBPH [Internet]. 2011 June [cited 2015 Sept 05];14(1):74-91. Available from:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a05.pdf>.

18. Goodwin PJ, Bruera E, Stocke M. Pain in patients with cancer. J Clin Oncol [Internet]. 2014 June [cited 2014 Aug 19];32(16):1637-39. Available from:

<http://jco.ascopubs.org/content/32/16/1637.full>

19. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 Sept [cited 2015 Sept 05];12(3):554-61. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>.

20. Castro-Arantes JM, Lo Bianco AC. Body and finitude: listening to suffering as a working tool in an oncological institution. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 Sept [cited 2014 Aug 08];18(9):2515-22. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a05.pdf>

21. Abreu MAV, Reis PED, Gomes IP, Rocha PRS. Non pharmacologic pain management on oncologic patients: systematic review. Online Braz J Nurs [Internet]. 2009 Apr [cited 2014 July 30];8(1):1-8. Available from:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2009.2222/475>

Submissão: 15/03/2016

Aceito: 29/04/2015

Publicado: 01/06/2017

Correspondência

Pamella da Silva Cruz

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Rua Dr Celestino, 74, 3º andar

Bairro Centro

CEP: 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil