

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer

Quality of Life Related to Health and Spirituality in Individuals with Cancer

Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Espiritualidad en Personas con Cáncer

Renata Ramos Menezes¹; Simone Yuriko Kameo²; Thiago dos Santos Valença³; Gabriel Agra Alencar Mocó⁴; José Marcos de Jesus Santos⁵

Resumo

Introdução: Na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, o domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais apresenta-se como recurso bastante expressivo e utilizado para pessoas com câncer durante os períodos de enfrentamento da doença. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e a espiritualidade em pessoas com câncer acompanhadas na Atenção Primária à Saúde na cidade de Lagarto/SE. **Método:** Trata-se de uma pesquisa transversal e exploratória, de caráter quantitativo, com abordagens descritiva e analítica. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas, de março a dezembro de 2017, com pessoas diagnosticadas com câncer, nas Unidades Básicas de Saúde e nas residências dos participantes da cidade de Lagarto/SE. Foram utilizados os instrumentos de caracterização sociodemográfica e clínica, EORTC QLQ-C30 e WHOQOL-SRPB. **Resultados:** A amostra foi composta por 42 pessoas com câncer e mostrou resultados equivalentes entre homens e mulheres, predominância de idosos, pardos, casados, com ensino fundamental incompleto, aposentados, católicos e residentes na zona urbana. Os cânceres mais relatados foram próstata, mama e pele. Os participantes apresentaram qualidade de vida relacionada à saúde satisfatória (62,10) e uma resposta positiva relacionada à conexão com o ser espiritual (17,36), assim como a influência da fé (17,49) em situações de enfrentamento na vida. **Conclusão:** A qualidade de vida relacionada à saúde e a espiritualidade abordam condições necessárias para o melhor enfrentamento pelas pessoas, alívio das repercussões provocadas pelo câncer e melhor conhecimento para auxiliar os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Neoplasias; Qualidade de Vida; Espiritualidade; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: The spirituality/religiosity/personal beliefs domain of health-related quality of life is a highly useful resource for individuals who are coping with cancer. **Objective:** To assess health-related quality of life and spirituality in individuals with cancer followed via the primary health care system in the city of Lagarto, Brazil. **Method:** This was a cross-sectional, exploratory, quantitative study involving descriptive and analytical approaches. Data were collected through interviews conducted between March to December 2017 with individuals diagnosed with cancer at the primary health care clinics and in the homes of the participants in the city of Lagarto. The instruments used were a custom questionnaire (to collect sociodemographic and clinical data), 30-item Core version of the EORTC QLQ-C30 and the WHOQOL-SRPB questionnaires. **Results:** The study sample comprised 42 cancer people, with no significant differences between men and women. There was predominance of elderly, biracial, married, and retired individuals, as well as of individuals who had < 9 years of schooling, were Catholic, and lived in an urban area. The most commonly reported cancers were those of the prostate, breast and skin. The participants presented a satisfactory mean EORTC QLQ-C30 HRQoL score (62.10), a positive response related to the connection with a higher power, and an influence of faith on coping with adverse life situations (mean score for the WHOQOL-SRPB faith facet, 17.49). **Conclusion:** HRQoL and spirituality can create the conditions necessary for better coping, for minimizing the repercussions of cancer and for improving knowledge to aid health professionals.

Key words: Neoplasms; Quality of Life; Spirituality; Primary Health Care.

Resumen

Introducción: En calidad de vida relacionada a la salud, el dominio espiritualidad/religiosidad/creencias personales se presenta como recurso bastante expresivo y utilizado para personas con cáncer durante los períodos de enfrentamiento de la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud y la espiritualidad en personas con cáncer acompañadas en la Atención Primaria de Salud en la ciudad de Lagarto/SE. **Método:** Se trata de una investigación transversal y exploratoria, de carácter cuantitativo, con enfoques descriptivos y analíticos. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas, entre los meses de marzo a diciembre de 2017, con personas con diagnóstico de cáncer, en las Unidades Básicas de Salud y en las residencias de los participantes de la localidad de Lagarto/SE. Los instrumentos utilizados fueron el instrumento de caracterización sociodemográfica y clínica, EORTC QLQ-C30 y WHOQOL-SRPB. **Resultados:** La investigación fue compuesta por 42 personas con cáncer, y mostró resultados equivalentes entre hombres y mujeres, predominio de ancianos, pardos, casados, con enseñanza fundamental incompleta, jubilados, católicos y residentes en la zona urbana. Los cánceres más reportados fueron próstata, mama y piel. Los participantes presentaron calidad de vida relacionada a la salud satisfactoria (62,10) y también una respuesta positiva relacionada con la conexión con el ser espiritual (17,36), así como la influencia de la fe (17,49) en situaciones de enfrentamiento en la vida. **Conclusión:** La calidad de vida relacionada a la salud y la espiritualidad abordan condiciones necesarias para el mejor enfrentamiento por las personas, alivio de las repercusiones provocadas por el cáncer y mejor conocimiento para ayudar a los profesionales de la salud.

Palabras clave: Neoplasias; Calidad de Vida; Espiritualidad; Atención Primaria de Salud.

¹ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe (UFS). Lagarto (SE), Brasil. E-mail: renata.ramos.menezes@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Departamento de Educação em Saúde da UFS. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: simonekameo@hotmail.com.

³ Residente em Atenção Hospitalar à Saúde da UFS. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: thiagovalenca.valena77@gmail.com.

⁴ Graduando em Medicina da UFS. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: gabrielagramoco@gmail.com.

⁵ Graduando em Enfermagem da UFS. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: jsmarcos.ufs@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Renata Ramos Menezes. Avenida Santo Antônio, 379 – Centro. Lagarto (SE), Brasil. CEP 49400-000.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é considerado um dos problemas mais complexos que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, em virtude de seu destaque epidemiológico, social e econômico¹. A estimativa para o Brasil, entre o biênio 2018-2019, revela o aparecimento de 600 mil novos casos de câncer para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, surgirão 420 mil novos casos de câncer².

A assistência integral à pessoa com câncer é fundamental para identificar e acompanhar as inúmeras e diferentes repercussões que acometem o indivíduo e seus familiares, em quaisquer etapas, seja no diagnóstico, tratamento, reabilitação, cura, recidiva e/ou terminalidade.

Diante disso, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) apresenta um conceito que se reporta ao valor que possa ser concedido à vida, diante de alterações que acontecem por danos na condição funcional, percepções e fatores sociais, quando influenciados por patologias ou agravos, tratamentos e políticas de saúde³.

O câncer e os processos terapêuticos podem interferir, de modo negativo, na percepção da QVRS, por isso a sua avaliação é considerada um parâmetro importante na área da Oncologia⁴. No entanto, na QVRS, o domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais apresenta-se como recurso bastante expressivo e utilizado por pessoas com câncer durante os períodos de enfrentamento da doença.

A espiritualidade é um termo mais abrangente do que a religião, e atribui-se à condição humana, que se associa ao modo pelo qual as pessoas procuram e exprimem o sentido e propósito da vida, como também a forma que manifestam o estado de conexão ao momento, consigo (*self*), no mundo, na natureza e ao sagrado⁵. A religião, por sua vez, identifica, aproxima e auxilia no acesso ao Divino, Deus e Verdade absoluta. Em geral, é fundamentada em um conjunto de escrituras ou ensinamentos, e disponibiliza um código moral de conduta⁶. A crença é o resultado do domínio da experiência e forma-se a partir de princípios não embasados na racionalidade, e que moldam o comportamento habitual⁷.

Nesse contexto, existem pessoas com câncer inseridas e acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), na qual a Unidade Básica de Saúde (UBS) dispõe de um papel fundamental como coordenadora da rede de atenção, para que ocorra a articulação aos demais serviços incluídos na rede de atenção ao câncer. Essa articulação deve ser realizada com o propósito de organizar a assistência na referida rede, de forma a constituir ações de prevenção e promoção da saúde ao processo terapêutico e à reabilitação⁸.

Espera-se que esta pesquisa possa trazer novas compreensões a respeito da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais na QVRS das pessoas com câncer, além de auxiliar os profissionais da saúde em sua assistência, inclusive em seu acompanhamento na APS.

Diante disso, objetivou-se avaliar a QVRS e a espiritualidade em pessoas com câncer acompanhadas na APS na cidade de Lagarto/SE.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal e exploratória, de caráter quantitativo, com abordagens descritiva e analítica. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas face a face, de março e dezembro de 2017, nas oito das 15 UBS e nas residências dos 42 participantes na cidade de Lagarto/SE, cuja amostra foi não probabilística e por conveniência.

Foram incluídas na pesquisa pessoas com diagnóstico de câncer vinculadas às áreas das 15 UBS de Lagarto/SE, maiores de 18 anos, com diagnóstico de câncer confirmado por histologia ou citologia, realizando e/ou que tenham realizado qualquer modalidade de tratamento oncológico regular (quimioterapia e radioterapia, a partir do primeiro ciclo, cirurgia e hormonioterapia), em acompanhamento clínico e com condições cognitivas satisfatórias para responder sozinho aos questionários selecionados.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: 1) Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica; 2) EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida 30 Itens da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer*), versão 3.0, em português⁹; 3) WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life-Spirituality, Religion and Personal Beliefs – Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais*), em português¹⁰.

Para a caracterização da amostra, foi elaborado um questionário com dados pessoais, socioeconômicos e dados clínicos (diagnóstico e tratamento do câncer). Para avaliação da QVRS, utilizou-se o EORTC QLQ-C30, que apresenta 30 questões que compõem: cinco escalas funcionais (funções física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel); uma escala de Estado de Saúde Geral e Qualidade de Vida (ESG/QV); três escalas de sintomas para avaliar: fadiga, dor, náusea e vômito; seis itens para avaliar: sintomas de dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras¹¹.

O WHOQOL-SRPB foi aplicado para analisar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais estão associadas à qualidade de vida na saúde¹². Esse instrumento apresenta 32 itens dispostos em oito facetas

(conexão com o ser ou força espiritual, sentido na vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo, e fé)¹⁰.

De início, fez-se o levantamento sobre as pessoas com câncer nas UBS por meio de relatos das equipes e consulta dos prontuários, por não existir um sistema de informação sobre esse grupo de pessoas na APS de Lagarto/SE. Após a análise desses relatos, as pessoas foram identificadas e selecionadas, conforme os critérios de inclusão, as entrevistas nos domicílios foram agendadas e realizadas, na presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), de acordo com a disponibilidade dos envolvidos.

As informações colhidas foram reunidas e organizadas no programa *Microsoft® Office Excel®* (2016). Dados sociodemográficos e clínicos foram apresentados por meio da frequência absoluta e relativa com a descrição das variáveis do questionário. Do instrumento EORTC QLQ-C30, foram expostos por média, desvio-padrão, os valores mínimo e máximo (em relação à média obtida). Do WHOQOL-SRPB, foram retratados por média, desvio-padrão, o coeficiente de variação, os valores mínimo e máximo (em relação à média obtida), e a amplitude.

Os escores dos instrumentos sobre QVRS, EORTC QLQ-C30 e WHOQOL-SRPB foram calculados e analisados conforme os manuais e as produções de validação dos instrumentos^{9,10}.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com número do Parecer 1.917.297. Foram seguidas diretrizes e normas regulamentadoras preconizadas na Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu em oito das 15 unidades de saúde do município de Lagarto/SE, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As unidades localizadas em área urbana somaram quatro, duas em área periurbana e duas em área rural. Entre essas, apenas uma não tinha indivíduos com diagnóstico de câncer em sua área de abrangência, segundo relato da equipe de saúde, totalizando a informação, a princípio, de 71 pessoas. Destas, quatro recusaram-se a participar; duas mantêm em sigilo a doença; duas são crianças; oito não foram encontradas pelos ACS em suas casas; três não iniciaram o tratamento durante o período da coleta; cinco não foram entrevistadas por dificuldade no contato com os ACS e cinco apresentaram dificuldades cognitivas durante as entrevistas. Ao final, a amostra foi formada por 42 pessoas com diagnóstico de câncer.

As Tabelas 1 e 2 apresentam as características por meio das variáveis, categorias, frequência e porcentagem. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, em que a faixa etária mínima foi de 41 anos e máxima de 91, com média de 63,5 anos. Acerca da religião/culto, destaca-se que nenhum entrevistado afirmou não possuir religião ou culto, sendo a religião católica mais prevalente. Três pacientes (7,1%) relataram estar de licença médica, em razão do tratamento oncológico.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas, em que apenas dois tiveram recidiva da doença (4,8%). A hormonioterapia foi relatada em pessoas com câncer de mama, próstata e tireoide (14,3%), que também realizaram outra(s) modalidade(s) terapêutica(s) oncológica(s).

A Tabela 3 apresenta variáveis do questionário de QVRS, EORTC QLQ-C30, média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo (em relação à média obtida) com resultados das escalas funcionais, de sintomas e o estado global de saúde/qualidade de vida.

Nas escalas funcionais e na escala de estado geral de saúde, a pontuação pode variar de 0 (debilitação grave) a 100 (assintomático), e a pontuação nas escalas de sintomas de 0 (assintomático) a 100 (debilitação grave). Ou seja, nas escalas de sintomas, quanto maior o valor, maior a presença do sintoma, e pior a QVRS, ao contrário das escalas funcionais e de estado de saúde global¹³.

Nesta pesquisa, as escalas funcionais obtiveram valores maiores que 60 (acima da média), o que indica um resultado satisfatório. O estado global de saúde/qualidade de vida obteve média de 62,10, o que revela que os participantes consideraram a sua QVRS satisfatória. Quanto mais o escore for próximo a 100 (o escore máximo), melhor a QVRS.

A Tabela 4 apresenta facetas do questionário WHOQOL-SRPB, média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo (em relação à média obtida), e amplitude como resultados. Verificou-se que todas as facetas obtiveram resultados acima da média (12), pois cada uma pode variar entre 4 e 20 pontos¹⁰.

DISCUSSÃO

A pesquisa mostrou resultados equivalentes entre homens e mulheres, predominância de idosos, pardos, casados, com ensino fundamental incompleto, aposentados, católicos e residentes na zona urbana. Pessoas idosas, com baixo nível de escolaridade e aposentadas, também foram encontradas em um estudo transversal, com 36 pacientes estomizados, que caracteriza o atendimento pelo SUS¹⁴. Assemelha-se a esse estudo, em razão de os participantes serem acompanhados por um dos níveis de atenção da rede pública de saúde, a APS.

Tabela 1. Frequências absoluta e relativa das características sociodemográficas das pessoas com câncer. Lagarto/SE, 2017

Variável	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sexo	Masculino	20	47,6%
	Feminino	22	52,4%
Faixa etária	40 a 49 anos	06	14,3%
	50 a 59 anos	09	21,4%
	60 a 69 anos	08	19%
	70 a 79 anos	12	28,6%
	80 a 89 anos	05	11,9%
	90 a 99 anos	02	4,8%
Cor	Branca	15	35,7%
	Preta	07	16,7%
	Parda	19	45,2%
	Indígena	01	2,4%
Estado Civil	Casado	21	50%
	Divorciado	05	11,9%
	Viúvo	12	28,6%
	Solteiro	04	9,5%
Escolaridade	Analfabeto	07	16,7%
	Ensino Fundamental Incompleto	22	52,4%
	Ensino Fundamental Completo	06	14,3%
	Ensino Médio Completo	02	4,8%
	Não informada	04	9,5%
	Não lembra	01	2,4%
Trabalho/Ocupação	Aposentado	25	59,5%
	Agricultor	03	7,1%
	Autônomo	01	2,4%
	Diarista	01	2,4%
	Dona de casa	06	14,3%
	Funcionária pública	01	2,4%
	Operadora de caixa	01	2,4%
	Serviços gerais	01	2,4%
	Técnico em radiologia	01	2,4%
	Vigilante	01	2,4%
	Não tem	01	2,4%
	Religião/Culto	Católica	33
Evangélica		08	19%
Adventista		01	2,4%
Zona de moradia	Urbana	35	83,3%
	Rural	07	16,7%

Em relação à caracterização clínica, os tipos de câncer mais relatados abrangeram próstata, mama e pele, corroborando dados epidemiológicos do Brasil². Esses cânceres, principalmente os de próstata e mama, são um dos temas das campanhas de prevenção recomendadas, a cada ano, pelo Ministério da Saúde, e realizadas, principalmente, pela Atenção Primária, que é responsável pelas atividades de prevenção e promoção da saúde.

Durante as entrevistas, sete (16,7%) participantes desconheciam ou negavam o diagnóstico de câncer.

Dessa forma, as informações referentes ao diagnóstico e à terapêutica foram confirmadas com os profissionais de saúde e familiares. Uma paciente afirmou que a família não tinha conhecimento da doença (2,4%). Esses eventos causam impactos negativos nas relações familiares e, na maioria das vezes, a conversa sobre a doença torna-se difícil, e possibilita a formação de “ilhas de comunicação” entre as pessoas mais saudáveis e que podem conhecer sobre o diagnóstico, e as outras pessoas que são suscetíveis e precisam ser reservadas; entre elas, o paciente¹⁵.

Tabela 2. Frequências absoluta e relativa das características clínicas das pessoas com câncer. Lagarto/SE, 2017

Variável	Categoria	Frequência absoluta	Frequência relativa
Localização do Câncer	Colo do útero, esôfago, garganta, intestino, pulmão, reto, rim, tireoide, vagina, linfoma	01*	2,4%*
	Próstata, bexiga e reto	01	2,4%
	Boca, estômago	02*	4,8%*
	Leucemia	03	7,1%
	Pele	06	14,3%
	Mama	08	19%
	Próstata	10	23,8%
Situação	Tratamento	20	47,6%
	Acompanhamento	22	52,4%
Tipo de tratamento	Cirurgia	13	31%
	Cirurgia e quimioterapia	04	9,5%
	Cirurgia e radioterapia	02	4,8%
	Cirurgia e hormonioterapia	02	4,8%
	Quimioterapia	09	21,4%
	Quimioterapia e radioterapia	03	7,1%
	Radioterapia	01	2,4%
	Radioterapia e hormonioterapia	02	4,8%
	Hormonioterapia	01	2,4%
	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	03	7,1%
Recidiva	Sim	02	4,8%
	Não	40	95,2%
Tempo de diagnóstico	< 1 ano	12	28,6%
	1 a 2 anos	06	14,3%
	2 a 3 anos	01	2,4%
	3 a 4 anos	09	21,4%
	> 4 anos	14	33,3%
Tempo de tratamento (participantes em tratamento)	< 1 mês	02	10%
	1 mês a 1 ano	07	35%
	> 1 ano	11	55%

* Valores para cada categoria.

Os resultados dessa pesquisa revelaram grande oscilação das respostas durante a avaliação da QVRS dos participantes, com mudanças consideráveis em várias dimensões. No entanto, manteve-se, no geral, um determinado padrão nas escalas funcionais, e sem complicações graves na escala de sintomas, fato que contribuiu para o resultado satisfatório da QVRS.

A literatura revelou que a diminuição da média da escala emocional pode estar associada ao tempo decorrido do diagnóstico e tratamento. Assim, a média da escala funcional maior pode ser em virtude de um tempo médio transcorrido depois do diagnóstico e da escolha da amostra estudada¹⁶. Tais associações podem também ser justificadas no resultado dessa pesquisa.

Em um estudo sobre a qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia¹⁷, a menor média

das escalas funcionais foi a função emocional, a segunda menor no presente estudo, e as maiores médias foram função social e cognitiva, corroborando os achados. Verificou-se que a relevância da alteração na angústia psicológica possibilita uma consequência importante no estado físico e funcional, contudo, não no estado social da QVRS¹⁸.

A angústia está bem próxima a manifestações clínicas, aspectos da terapêutica ou perda de aptidões, do que relacionamentos familiares ou sociais¹⁸. Dessa maneira, observa-se, neste estudo, o sofrimento provocado pelo câncer associado às menores médias das funções física (63,01), emocional (64,08) e desempenho de papel (67,06) quando comparadas com a função social (76,58).

Uma pesquisa sobre autoestima e QVRS de estomizados¹⁴ evidenciou, nas escalas de sintomas, o item insônia como o mais acometido, assim como no presente

Tabela 3. Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo das escalas do questionário EORTC QLQ-C30. Lagarto/SE, 2017

Variável	Média	Desvio-padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Escalas funcionais				
Função física	63,01	29,06	0	100
Desempenho de papel	67,06	40,57	0	100
Função emocional	64,08	32,60	0	100
Função cognitiva	69,84	30,69	0	100
Função social	76,58	32,13	0	100
Escalas de sintomas				
Fadiga	35,44	35,57	0	100
Náusea e vômito	15,87	25,44	0	100
Dor	36,50	38,35	0	100
Dispneia	14,28	30,11	0	100
Insônia	44,44	44,04	0	100
Perda de apetite	18,25	35,03	0	100
Constipação	24,60	37,13	0	100
Diarreia	11,90	25,00	0	100
Dificuldades financeiras	46,82	44,28	0	100
Estado global de saúde				
Estado Global de Saúde/ Qualidade de Vida	62,10	27,59	0	100

Tabela 4. Média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo, e amplitude das facetas do questionário WHOQOL-SRPB. Lagarto/SE, 2017

Faceta	Média	Desvio-padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Conexão com o ser ou força espiritual	17,36	2,23	12,84	13,00	20,00	7,00
Sentido na vida	16,90	2,52	14,91	10,00	20,00	10,00
Admiração	16,57	1,94	11,68	12,00	20,00	8,00
Totalidade e integração	16,13	2,94	18,23	8,00	20,00	12,00
Força espiritual	16,68	3,09	18,50	4,00	20,00	16,00
Paz interior	15,73	3,51	22,29	4,00	20,00	16,00
Esperança e otimismo	16,10	2,95	18,31	8,00	20,00	12,00
Fé	17,49	2,15	12,27	13,00	20,00	7,00

estudo. O estudo sobre a qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia¹⁷, também, mostrou a insônia como o mais referido e, em segundo, a fadiga. Outra pesquisa, sobre o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico¹⁹, relatou a fadiga e a insônia como os sintomas mais presentes.

A insônia resulta em dificuldades na realização das atividades diurnas, e as suas consequências mais significativas são: fadiga e depressão²⁰. Logo, pode estar associada às menores médias das funções física e emocional como encontradas nesse estudo.

A fadiga é uma manifestação clínica desagradável, frequentemente referida pelos pacientes oncológicos, com sintomas físico, emocional e cognitivo, relatados

como cansaço²¹. Diante disso, a fadiga também pode estar associada aos menores resultados das funções física e emocional, como revelado neste estudo, apresentando as menores médias dessas funções.

Na pesquisa sobre o estado nutricional e a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico, a dor foi o segundo sintoma mais predominante¹⁹. Como patologia crônica, o câncer associa-se diretamente à dor, somado ao sofrimento acentuado, e possível influência nos aspectos fisiológico, social, psíquico e espiritual²². A dor foi identificada, no presente estudo, como multifatorial, em que não somente envolve causas físicas, mas também a influência de fatores internos e externos.

Os sintomas diarreia, dispneia, náusea, vômito e constipação foram pouco descritos neste estudo,

corroborando dados de outras pesquisas^{17,19}, o que pode estar justificado pelos avanços tecnológicos²³, com melhorias nos tratamentos, diminuição das toxicidades e pouca influência nas atividades diárias²⁴. Esse fato tem possibilitado esperança nos tratamentos dos cânceres e no aumento do índice da QVRS das pessoas²³.

Sobre as dificuldades financeiras referidas pelos participantes diante de sua condição física ou terapêutica, a literatura revela que essa situação acontece por conta de pessoas idosas e de seus parentes necessitarem se deslocar para cidades próximas com infraestrutura apropriada para o tratamento²⁴. Essa justificativa foi uma das principais relatadas pelos participantes nessa entrevista, visto que a cidade de Lagarto não possui serviço para esse tipo de tratamento.

As facetas com maior destaque na avaliação da QVRS utilizando WHOQOL-SRPB foram: fé (17,49) e conexão com o ser ou força espiritual (17,36). Todos os participantes referiram Deus e sua fé como apoio fundamental para superar as situações difíceis, colaborar com o bem-estar no dia a dia e na relação com os outros. A partir disso, tiveram maior facilidade em responder às facetas relacionadas a Deus, à fé, e aos que se associavam com os sentimentos de esperança, otimismo e força espiritual.

Nessas facetas, os participantes revelavam suas justificativas diante das respostas, e abordavam determinadas situações em suas vidas. Desse modo, evidenciou-se que espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais são utilizadas como ferramentas de experiência e enfrentamento na vida, sobretudo, em situações adversas.

A faceta paz interior obteve o menor valor (15,73) e aborda até que ponto a pessoa se sente em paz dentro dela mesma, sente paz interior, consegue se sentir em paz quando necessário, e sente um senso de harmonia em sua vida. Durante o tratamento, os pacientes apresentam desconfortos físicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais²³, que podem interferir tanto na qualidade de vida quanto na sua paz interior.

Pode-se inferir que, na mesma proporção que as pessoas apresentaram QVRS satisfatória (62,10), houve uma resposta positiva relacionada à conexão com o ser espiritual (17,36), assim como a influência da fé (17,49) em situações de enfrentamento na vida. Dessa forma, contribuem para o conforto, bem-estar e relacionamento com os outros (sendo vistas na função social com maior pontuação: 76,58).

Esses resultados corroboram os resultados de uma revisão integrativa²⁵ que identificou intervenções espirituais melhorando a QVRS de pacientes com câncer avançado, além de correlações fortemente positivas encontradas entre bem-estar social e espiritual, atos

comunicativos e QVRS ao fim da vida.

Diante do diagnóstico de câncer, junto com o tratamento, a espera pelos resultados e possibilidades de recidiva e metástases, houve predomínio dos sintomas insônia, dor e fadiga, e, por conseguinte, menores valores nas escalas física (63,01) e emocional (64,08), referentes ao instrumento EORTC QLQ-C30, e menor valor obtido da faceta paz interior (15,73), referente ao instrumento WHOQOL-SRPB.

Sendo assim, infere-se que esses sintomas prejudicam a função física e emocional das pessoas, o que provoca uma dificuldade em permanecer em paz consigo e nos momentos necessários, junto com as dificuldades financeiras (46,82).

A pesquisa apresentou alguns fatores limitantes, como o quantitativo de participantes, por não haver um sistema de informação acerca das pessoas com câncer pertencentes às áreas de abrangência das UBS do município de Lagarto/SE. Além disso, nem todos os profissionais de saúde conheciam a situação das pessoas com câncer, se em processo terapêutico ou acompanhamento. Desse modo, pode existir uma interferência nos resultados da QVRS, levando em consideração a presença de manifestações clínicas e prejuízo nos aspectos emocionais entre esses dois grupos de participantes.

Os tratamentos oncológicos são realizados na capital ou em cidades de outros Estados. Portanto, muitas pessoas mudam-se de cidade, ou passam mais tempo fora, não sendo acompanhadas diretamente pelos profissionais da APS.

O acesso e a localização também foram fatores limitantes para o desenvolvimento do estudo; pois, de nove UBS localizadas em zona rural, apenas em duas delas, foi possível a coleta, por serem as unidades rurais mais acessíveis quanto à localização.

CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a QVRS de pessoas com câncer acompanhadas pelas equipes das UBS na cidade de Lagarto/SE, sendo o estado global de saúde/qualidade de vida com média considerada satisfatória, conforme uso do questionário EORTC QLQ-C30. Além disso, o câncer mostrou afetar os participantes quanto à tríade corpo, mente e espírito, avaliado com o uso do WHOQOL-SRPB.

O domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais apresenta-se como item necessário para o melhor enfrentamento, alívio dos impactos provocados pelo câncer e melhor conhecimento para auxiliar os profissionais de saúde. Outrossim, é capaz de oferecer bem-estar e conforto mesmo diante do sofrimento e expectativa da doença.

Esse domínio, quando incluído na assistência ao paciente oncológico, pode promover maior descoberta de si mesmo durante o processo diagnóstico e terapêutico. Também permite compreender essa experiência como um momento de ressignificação e reorganização da vida, manutenção do equilíbrio e dos relacionamentos com os outros e com aquilo que está a sua volta.

Sugere-se que novos estudos possam utilizar os instrumentos EORTC QLQ-C30 e WHOQOL-SRPB para avaliar a influência desse domínio na QVRS de pessoas com câncer, visto que não foram encontrados, na literatura atual, estudos que utilizassem esses dois instrumentos nesse grupo de pessoas.

CONTRIBUIÇÕES

Renata Ramos Menezes contribuiu na concepção e planejamento do estudo, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão publicada. Simone Yuriko Kameo contribuiu na concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Thiago dos Santos Valença contribuiu na concepção e planejamento do estudo, obtenção dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão publicada. Gabriel Agra Alencar Mocó contribuiu no planejamento do estudo, obtenção dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão publicada. José Marcos de Jesus Santos contribuiu no planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
3. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
4. Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLS, Miot HA. Qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2910.
5. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados

espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. Med Paliat. 2011;18(1):20-40.

6. Koenig HG. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM; 2012.
7. Birchal TS. Fé, razão e crença na apologia de Raymond Sebon: somos cristãos como somos perigordinos ou alemães?. Kriterion. 2005;111:44-54.
8. Carvalho BG, Domingos CM, Leite FS. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. Saúde debate. 2015;39(106):707-17.
9. Brabo EP. Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
10. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. Rev Saude Publica 2011;45(1):153-65.
11. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization 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. 1993;85(5):365-76.
12. Fleck MP, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(Supl 1):146-49.
13. 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. 2010;36(5):595-602.
14. Ferreira EC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):271-78.
15. Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Rev bras cancerol. 2008;54(1):97-102.
16. Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(2):352-63.
17. Lôbo AS, Fernandes AF, Almeida PC, Carvalho CM, Sawada NO. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. Acta paul. enferm. 2014;27(6):554-59.
18. Wong WS, Fielding R. Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. Support Care Cancer. 2007;15(11):1223-30.

19. Miranda TV, Neves FMG, Costa GNR, Souza MAM. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev bras cancerol.* 2013;59(1):57-64.
20. Sateia MJ, Lang BJ. Sleep and cancer: recent developments. *Curr Oncol Rep.* 2008;10(4):309-18.
21. Mota DDCE, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta paul. enferm.* 2005;18(3):285-93.
22. Stübe M, Cruz CT, Benetti ERR, Gomes JS, Stumm EMF. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. *Rev Min Enferm.* 2015;19(3):696-703.
23. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev bras cancerol.* 2010;56(2):227-36.
24. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta paul. enferm.* 2010;23(4):486-92.
25. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):357-67.

Recebido em 26/2/2018

Aprovado em 5/4/2018