

Câncer e Qualidade de Vida

Cancer and Quality of Life

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Mas 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.

Desde que se reconheceu essa necessidade, sobrevida e qualidade de vida passaram a ser os dois principais objetivos do tratamento do câncer.

Na análise dos dados de um estudo, a qualidade de vida pode ser vista sob dois ângulos: um em que ela tem menor peso do que a sobrevida; e outro, pelo qual dois paradigmas (nos quais se assenta a autonomia do paciente) devem ser objetivamente expressos, para que possam ser medidos: a idéia popular do que é bom e as medidas do bem-estar individual.

A preocupação com as essas medidas tem levado à validação de índices de qualidade de vida, com base na

avaliação do estado físico geral, capacidade funcional (para o trabalho e atividades domésticas), interação social (no ambiente de trabalho e no familiar), função cognitiva (concentração e memória) e estado emocional (ansiedade e depressão).

Os critérios podem ser escolhidos de acordo com o grupo de doentes sob avaliação. Por exemplo, em casos de câncer da cabeça e pescoço, esses critérios podem ser a alimentação, a comunicação, a dor e a emoção, cada um deles medidos a partir de vários subitens analisados.

Porém, profissionais da saúde, pesquisadores, administradores e doentes têm confundido o conceito de “qualidade de vida”. Não se trata de uma “sensação de bem-estar”, mas sim da “qualidade do estado de saúde”, que pode ser diferentemente definida e percebida, por pacientes em uma mesma situação biomédica.

Por outro lado, quando várias opções terapêuticas se apresentam, o princípio bioético da autonomia requer que o paciente seja informado dos efeitos colaterais possíveis, permitindo-se

que ele mesmo possa estabelecer os seus parâmetros de qualidade de vida associados a esses efeitos. Isto traz conseqüências para a avaliação da qualidade de vida nos estudos terapêuticos, razão por que se precisa dispor de índices que permitam comparar a qualidade de vida associada a cada uma dessas várias opções.

Sobrevida e qualidade de vida podem divergir, entre dois tratamentos. Um tratamento pode ser melhor do que outro, em termos de sobrevida, mas não de qualidade de vida, e vice-versa, precisando serem essas duas variáveis analisadas como um resultado único. Daí, a proposição da expectativa de vida “ajustada à qualidade de vida”, como um parâmetro objetivo, mensurável.

Os indicadores de qualidade de vida também importam para as decisões em saúde pública, como alocação de recursos e registro de novos medicamentos e equipamentos. Inclusive, porque a utilização da literatura como justificativa para a incorporação de novos tratamentos sofre restrições, em função de:

- 1) divulgação de resultados parciais;
- 2) com exceção dos estudos de meta-análise, a maioria dos autores não utilizam métodos sistemáticos de levantar, estabelecer e sintetizar dados de revisão;
- 3) a rapidez com que propostas terapêuticas surgem; e,
- 4) a falta de divulgação disseminada de resultados terapêuticos inconclusivos ou negativos.

O conceito de qualidade de vida

também tem sido utilizado para justificar indicações terapêuticas paliativas de resultados questionáveis, quando deveria ser incorporado à prática oncológica para apoiar decisões médicas e estabelecer a validade dos tratamentos aplicados. O estabelecimento de índices de qualidade de vida também apoiaria políticas públicas, visto que “qualidade de vida” passaria a ser o numerador de uma relação benefício/custo, que o administrador usaria a mais como indicador de saúde e base de decisão justa e equânime.

Qualidade de vida e custos têm sido geralmente considerados juntos no contexto de estudos clínicos, e alguns tipos de avaliação econômica podem usar determinadas medidas de qualidade de vida para se estabelecer a relação benefício/custo de um tratamento.

Por seu lado, para se incluir a avaliação de custos em um estudo, há de se perguntar:

- 1) Se o estudo trata de tema com repercussão econômica; e,
- 2) se os resultados do estudo basearão decisões de médicos, pacientes, compradores, provedores e administradores.

Em estudos experimentais, a inclusão da avaliação de resultados, em termos de qualidade de vida, aumenta a informação sobre a evolução da doença e a toxicidade dos tratamentos. A qualidade de vida pode se constituir em um fator prognóstico; e, se há necessidade de se estabelecer a relação entre o benefício e o custo do tratamento pesquisado, com o objetivo de se determinar o seu valor social frente a outras prioridades da assistência médico-sanitária, ela pode também se constituir em um indicador de saúde.

Urge, assim, que busquemos determinar, entre os doentes brasileiros, quais os critérios de qualidade de vida que eles julgam relevantes, e encontrar índices que nos permitam aplicar tratamentos oncológicos de forma cada vez mais responsável e alinhada com a sua expectativa e o princípio bioético da autonomia.

O Instituto Nacional de Câncer já vem buscando aplicar esses conceitos e, a par da criação do seu Conselho de Bioética, está determinando o impac-

to que a radioterapia paliativa traz para os pacientes com câncer da cabeça e pescoço. Os resultados, à luz de medidas indicativas de qualidade de vida, serão brevemente divulgados.

Jacob Kligerman
Diretor Geral do Instituto Nacional
de Câncer, do Ministério da Saúde
*General-Director of the Brazilian
National Cancer Institute*
e-mail: kligerman@inca.org.br

Bibliografia Consultada

1. BRAMWELL, VHC; WILLIAMS, CJ. Do authors of review articles use systematic methods to identify, assess and synthesize information? *Annals of Oncology*, 1997, 8: 1185-1195.
2. CASALI, P; LICITRA, L; COSTANTINI, M; SANTORO, A; VITERBORI, P; BAJETTA, E; BRUZZI, P. Quality of life assessment and clinical decision-making. *Annals of Oncology*, 1997, 8: 1207-1211.
3. FITZPATRICK R; DAVIES, L. Health economics and quality of life in cancer trials: report based on a UKCCCR workshop. *British Journal of Cancer*, 1998, 77(10): 1543-1548.
4. KURTZ, ME; KURTZ, JC; STOMMEL, M; GIVEN, CW; GIVEN, B. Loss of Physical Functioning Among Geriatric Cancer Patients: Relationships to Cancer Site, Treatment, Comorbidity and Age. *European Journal of Cancer*, 1997, 33(14): 2352-2358.
5. McLACHLAN, SA; DEVINS, GM; GOODWIN, PJ. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a Measure of Psychosocial Function in Breast Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, 1998, 34(4): 510-517.
6. SMITH, TJ. Role of Granulocyte- and Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factors in Clinical Practice: Balancing Clinical and Economics Concerns. In: American Society of Clinical Oncology 1999 Educational Book. Atlanta. Asco, 1999. 275-280.
7. TERREL, JE; NANAVATI, KA; ESCLAMADO, RM; BISHOP, JK; BRADFORD, CR; WOLF, GT. Head and Neck Cancer-Specific Quality of Life. Instrument Validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997, 123: 1125-1132.