

# Influência dos Factores Socio-Demográficos e Clínicos na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos Doentes Hemato-Oncológicos

Luísa Queiroz\*, Filipa Sousa†, Herlander Marques\*  
Serviços de \*Oncologia Médica e †Neurologia, Hospital de Braga

**Introdução:** Nos últimos anos assistiu-se a um crescente interesse sobre a temática da Qualidade de Vida (QdV), contudo ainda existem poucos trabalhos em doentes hemato-oncológicos e não existem estudos relativos à influência dos factores socio-demográficos e clínicos neste tipo de doentes. **Objectivos:** Avaliação da QdV dos doentes hemato-oncológicos e sua relação com os aspectos socio-demográficos e clínicos. **Material e Métodos:** Aplicação do Questionário de QdV da European Organization for Research and Treatment Of Cancer versão 3.0 (EORTC QLQ-C30) e o da Classe Social de Graffar a 74 doentes hemato-oncológicos, e recolha dos dados socio-demográficos e clínicos. **Resultados:** Idade mais avançada associou-se a pior função física ( $p \leq 0,05$ ). Doentes casados apresentaram menor fadiga ( $p=0,017$ ). A um ensino superior ao obrigatório associaram-se melhor função física ( $p=0,02$ ), social ( $p=0,028$ ) e desempenho ( $p=0,044$ ). As classes sociais altas obtiveram maior pontuação na função física ( $p=0,004$ ), as médias apresentavam maior função emocional ( $p=0,003$ ) e impacto financeiro ( $p=0,004$ ), e as baixas maior dor ( $p=0,021$ ). Verificou-se que doentes com diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin apresentaram melhor função social ( $p=0,015$ ) do que as restantes patologias, e que doentes com 1ª ou mais recidivas apresentaram níveis superiores de anorexia ( $p=0,012$ ). Os doentes sob quimioterapia apresentaram pior desempenho ( $p=0,09$ ), pior função social ( $p=0,025$ ) e maior obstipação ( $p=0,03$ ). Os doentes com maior número de tratamentos citotóxicos apresentaram níveis mais elevados de dor ( $p=0,023$ ). Níveis de hemoglobina mais baixa associaram-se a piores resultados nas escalas funcionais. **Discussão/Conclusão:** Identificaram-se factores socio-demográficos e clínicos que afectam domínios da QdV dos doentes hemato-oncológicos. Estes dados, alertam para a necessidade do conhecimento e compreensão das repercussões da patologia oncológica nos diferentes aspectos da QdV ser um passo importante na definição de estratégias visando melhorar o bem-estar dos doentes.

**Palavras-chave:** hemato-oncologia; qualidade de vida; factores socio-demográficos; factores clínicos.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 24(3):79-87

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a qualidade de vida (QdV) tem assumido um papel de crescente interesse em variadas disciplinas de ciências médicas, sociais e humanas e embora não exista uma definição clara de QdV, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, definiu QdV como "... a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes..." (1).

Nos últimos anos tem-se assistido á emergência de diversos estudos que tem por base a QdV, no entanto muito falta ainda, para se reconhecer a sua verdadeira dimensão nos doentes com cancro. Pouco é conhecido sobre a influência de factores socio-demográficos e clínicos na QdV dos doentes oncológicos, particularmente na área da hemato-oncologia, dado que os poucos estudos existentes baseiam-se em doentes com tumores sólidos,

e demonstram resultados controversos (2-5).

Neste trabalho pretende-se avaliar a QdV dos doentes hemato-oncológicos através da aplicação do questionário EORTC QLQ-C30, e explorar as eventuais inter-relações com os aspectos socio-demográficos e clínicos.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Desenho de Estudo e Amostra

Este trabalho consistiu num estudo observacional transversal, com componente descritiva e analítica. Foi realizado no Serviço de Oncologia do Hospital de São Marcos (HSM), no período compreendido entre 19 de Junho a 13 de Julho de 2007. A população em estudo incluiu os doentes seguidos neste Serviço até à data da realização do estudo, com diagnóstico de doenças malignas do sangue, exceptuando as leucemias agudas por não

serem acompanhadas neste centro, identificados através dos registos médicos. Foram considerados elegíveis todos os doentes residentes em território Português, que dominavam a língua portuguesa, maiores de 18 anos e com doença hemato-oncológica maligna. Foram excluídos todos os doentes que à data de realização do estudo ainda não tinham diagnóstico definitivo, não apresentavam patologia hemato-oncológica maligna e que não responderam ao questionário.

Todos os doentes considerados elegíveis para o estudo, foram convidados a participar sendo-lhes entregue os questionários da avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) da European Organization for Research and Treatment Of Cancer versão 3.0 (EORTC QLQ-C30) e o relativo à Classificação Social de Graffar. Não foram oferecidos incentivos e foi garantida total confidencialidade dos dados.

Foi elaborada uma ficha onde foi registada informação acerca dos dados socio-demográficos e clínicos onde constavam itens como: sexo (feminino vs masculino), data de nascimento (idade em valor absoluto), estado civil (casado, solteiro, divorciado, viúvo), nível de instrução ( $\geq$  12 anos de estudo, 10-11 anos de estudo, 8-9 anos de estudo, 6-7 anos de estudo e ensino primário incompleto ou nulo) e classe socio-económica (Classe Social de Graffar I, II, III, IV, V) obtidos através do questionário da Classificação Social de Graffar, tipo de doença (Linfoma de Hodgkin (LH), Linfoma Não Hodgkin (LNH), Mieloma Múltiplo (MM), Leucemia Linfóide Crónica (LLC)), estadió inicial (doença localizada vs avançada), fase da doença (diagnóstico inicial vs 1ª ou mais recidivas), presença de tratamento actual (com vs sem Quimioterapia (QT)), número de esquemas de tratamentos citotóxicos (1º vs 2 ou mais), e o valor de hemoglobina sérica do último mês (valor absoluto). Tendo em conta o tamanho da amostra houve necessidade de reagrupamento de algumas variáveis, para fins de tratamento estatístico, conforme demonstra a tabela 1.

### Instrumentos

Foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida da European Organization for Research and Treatment Of Cancer versão 3.0 (EORTC QLQ-C30) validado para a língua portuguesa (Portugal) (6, 7, 8). Este questionário é composto por 30 itens que definem: cinco escalas funcionais; física (FF), emocional (FE), cognitiva (FC), social (FS) e desempenho (DE); uma escala de qualidade de vida/saúde global (QdVida/Saúde Global), três escalas de sintomas; fadiga (FA), dor (DO), náuseas/vómitos (NV); seis itens individuais, nomeadamente dispnéia (DI), insónia (IN), anorexia (AN), obstipação (OP), diarreia (DA) e o impacto financeiro da doença (IF). Os valores originais das dimensões da QdV foram transformados por regressão linear e agrupados de forma a obter escalas globais (funcional, sintomas, itens individuais e QdVida/Saúde Global) com pontuações entre 0 e 100. Pontuações elevadas nas escalas funcionais e escala global de QdV e saúde indicam uma melhor capacidade,

enquanto pontuações elevadas nas escalas de sintomas e itens individuais representam pior sintomatologia ou pior impacto financeiro (8). Foi também utilizado o questionário da Classe Social de acordo com a Classificação de Graffar (9). Esta consiste numa classificação social internacional que se baseia no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita.

### Análise Estatística

Os dados foram codificados e processados em Microsoft Excel 2007®, e convertidos em SPSS (Statistical Package for Social Science) para Windows versão 15.0 (SPSS Inc, Chicago, EUA), procedendo depois ao tratamento estatístico. As categorias e os dados qualitativos foram expressos como número e/ou percentagem e as variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão (DP).

A análise da consistência interna das escalas foi verificada através do Coeficiente Alfa de Cronbach. Foi utilizado o teste t student para comparações de variáveis contínuas (scores de QdVRS) entre dois grupos independentes, quando estas amostras apresentavam uma distribuição normal (sexo, estado civil e fase do tratamento). Testes não paramétricos foram aplicados quando as variáveis não apresentavam uma distribuição normal, nomeadamente o teste de U Mann – Whitney (tipo de doença, estadió inicial, fase da doença, nº esquemas de QT) e Kruskal-Wallis (escolaridade e classe socio-económica) para comparação entre dois grupos ou mais, respectivamente. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para analisar variáveis contínuas e verificar a sua associação (idade, níveis de hemoglobina).

Para todos os testes foi estabelecido um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

Dos 106 doentes que constavam nos registos clínicos verificou-se no início do estudo que 14 tinham falecido, 2 foram excluídos por ainda não terem diagnóstico definitivo e 2 por não apresentarem patologia maligna. Dos 88 considerados elegíveis para o estudo, apenas 74 responderam ao questionário, representando uma percentagem de resposta de 84,1%.

### Caracterização dos Factores Socio-Demográficos, Clínicos e dos Scores de QdVRS segundo a EORTC QLQ-30

As características socio-demográficas, clínicas e os scores de QdVRS da população em estudo encontram-se representadas na tabela 1 e 2.

Embora o questionário utilizado se encontrasse vali-

Tabela 1 - Caracterização das variáveis socio-demográficas e clínicas em estudo.

Variáveis	Caracterização das Variáveis	Frequência	%
<b>Sexo</b>	Feminino	35	47,3
	Masculino	39	52,7
<b>Estado Civil</b>	Casado (inclui doentes que vivem com companheiro/a apesar da ausência de registo oficial)	44	59,5
	Solteiro/divorciado/viúvo	30	40,5
<b>Escolaridade</b>	Superior à obrigatória ( $\geq 10$ anos de estudo)	12	16,2
	Média/Obrigatória (6-9 anos de estudo)	16	21,6
	Incompleta/Nula ( $\leq 5$ anos de estudo)	46	62,2
<b>Classe socio-económica</b>	Alta (Classe social de Graffar I e II) (9)	14	18,4
	Média (Classe social de Graffar III) (9)	22	29,7
	Baixa (Classe social de Graffar IV e V) (9)	38	51,4
<b>Doença</b>	"LNH"	46	62,2
	"Outros" (inclui doentes com DGX de MM, LH, LLC)	28	37,8
<b>Estadio Inicial</b>	Doença localizada (MM - estadio I de Durie Salmon); Linfomas - estadio I e II de Ann Arbor; LLC - estadio 0, I, II de Rai) (17,24)	20	27,0
	Doença avançada (MM - estadio II e III de Durie Salmon; Linfomas - estadio III e IV de Ann Arbor; LLC - estadio III e IV de Rai) (17,24)	40	54,1
	Desconhecido	14	18,9
<b>Fase da Doença</b>	Diagnóstico inicial	55	74,3
	1ª ou mais recidivas	19	25,7
<b>Fase do Tratamento</b>	Sob QT	40	54,1
	Sem QT	34	45,9
<b>Nº de esquemas de QT</b>	Um	23	57,5
	Dois ou mais	17	42,5
		<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	Valor absoluto	61	16
<b>HB sérica</b>	Valor absoluto	12,1	2,1

HB - hemoglobina; LNH - Linfoma Não Hodgkin; DGX - Diagnóstico; MM - Mieloma Múltiplo; LH - Linfoma de Hodgkin; LLC - Leucemias Linfóides Crónicas; QT - Quimioterapia; DP - desvio padrão.

dado foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna das diversas escalas que

**Tabela 2 - Caracterização dos Scores de QdVRS segundo a EORTC QLQ-30.**

Escalas	Média	DP
Função Física	66,22	26,24
Desempenho	60,36	34,42
Função Emocional	67,57	23,87
Função Cognitiva	80,63	20,46
Função Social	63,96	34,13
Fadiga	38,74	27,11
Náuseas/Vômitos	7,88	17,28
Dor	29,05	31,70
Dispneia	14,41	23,46
Insónias	32,43	34,00
Anorexia	25,22	33,47
Obstipação	17,57	29,83
Diarreia	8,11	18,96
Impacto Financeiro	39,19	38,37
Qualidade de Vida/Saúde Global	56,19	27,79

DP - desvio padrão.

constituíam o questionário, nomeadamente das 5 funcionais, das 3 de sintomas e da QdVida/Saúde Global. Os valores obtidos para as cinco escalas funcionais encontravam-se todos acima de 0,706 excepto para a função cognitiva em que assumiu o valor de 0,323. Por não ter obtido um bom grau de confiabilidade, podendo levar à inferência de associações erróneas, foi excluída a sua avaliação neste estudo. Todas as escalas de sintomas apresentavam valores superiores ao valor limite de 0,7 para serem consideradas consistentes (10).

#### Impacto da Idade e Género na QdVRS

Doentes mais velhos obtiveram pior FF ( $p=0,000$ ) e DE ( $p=0,013$ ) e maior fadiga ( $p=0,019$ ), dor ( $p=0,016$ ) e anorexia ( $p=0,006$ ) (tabela 3). Estes resultados apresentaram um grau de correlação considerado válido, destacando-se a FF pelo maior coeficiente de correlação. No parâmetro da QdVida/Saúde Global não se verificaram diferenças significativas estatisticamente.

Relativamente ao género não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

#### Impacto do Estado Civil na QdVRS

Os doentes casados obtiveram pontuações mais elevadas na FF, DE, FE, FS e QdVida/Saúde Global, enquanto o grupo solteiros/divorciados ou viúvos registaram maiores valores na maioria das escalas de sintomas e itens individuais. A fadiga constituiu porém, a única escala em que existiu uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,017$ ), obtendo um valor inferior nos doentes casados (Tabela 3).

#### Impacto da Escolaridade e Classe Social de Graffar na QdVRS

A uma escolaridade superior à obrigatória associou-se melhor FF ( $p=0,002$ ), FS ( $p=0,028$ ) e DE ( $p=0,044$ ). A escolaridade média/obrigatoria esteve associada a maior dor ( $p\leq 0,05$ ) e a incompleta/nula a maior anorexia ( $p=0,038$ ).

Indivíduos pertencentes à classe social alta obtiveram maior pontuação na FF ( $p=0,004$ ), os da classe média apresentaram maior FE ( $p=0,03$ ) e os da classe baixa maior impacto financeiro ( $p=0,004$ ), e maior dor ( $p=0,021$ ) (Tabela 3).

#### Impacto do Tipo de Doença na QdVRS

O tipo de doença não teve impacto na maioria das escalas com excepção da função social ( $p=0,015$ ), que foi superior nos doentes com LNH (Tabela 4).

#### Impacto do Estadio Inicial na QdVRS

Sem diferenças estatisticamente significativas.

#### Impacto da Fase da Doença na QdVRS

A fase da doença não teve impacto na maioria das escalas com a excepção da anorexia ( $p=0,012$ ), que foi superior nos doentes com 1ª ou mais recidivas (Tabela 4).

#### Impacto da Quimioterapia (QT) citotóxica na QdVRS

A QT não teve impacto na maior parte das escalas com excepção do desempenho, da FS e da obstipação. Assim, os doentes sob QT apresentaram pior desempenho ( $p=0,09$ ), pior função social ( $p=0,025$ ) e maior obstipação ( $p=0,03$ ) (Tabela 4).

#### Impacto do Número de Esquemas de Tratamentos Citotóxicos em Doentes Actualmente em QT na QdVRS

O número de esquemas de tratamento citotóxico não influenciou a maioria das escalas com excepção da escala da dor ( $p=0,023$ ), que foi superior nos doentes com maior número de esquemas citotóxicos (Tabela 4).

Tabela 3 - Impacto das variáveis socio-económicas na QdVRS dos doentes hemato-oncológicos.

	FF	DE	FE	FS	FA	NV	DO	DI	IN	AN	OP	DA	IF	QV/SG	
Idade (Correlação Pearson)	r	-0,459**	-0,288*	0,053	0,009	0,272*	0,207	0,057	0,094	0,317**	0,218	0,183	-0,092	-0,206	
	p	<b>0,000</b>	<b>0,013</b>	0,653	0,941	<b>0,019</b>	0,077	<b>0,016</b>	0,628	0,427	<b>0,006</b>	0,063	0,258	0,436	0,079
Sexo (Teste t-Student)	t	-1,479	-0,534	-0,793	-0,037	1,840	-0,347	1,607	0,284	0,215	1,284	-0,634	0,198	0,171	-1,551
	p	0,146	0,595	0,430	0,971	0,070	0,730	0,112	0,777	0,831	0,203	0,528	0,844	0,865	0,125
	Média	61,52	58,09	65,24	63,81	44,76	7,14	35,24	15,24	33,33	30,48	15,24	8,57	40,00	50,95
	DP	24,58	32,68	22,46	32,21	27,68	11,64	33,03	24,71	35,24	33,70	29,53	20,36	37,75	26,02
Estado Civil (Teste t-Student)	Média	70,43	62,39	69,66	64,10	33,33	8,55	23,50	13,67	31,62	20,51	19,66	7,69	38,46	60,90
	DP	27,26	36,22	25,18	36,18	25,74	21,24	29,79	22,58	33,29	32,99	30,32	17,87	39,39	28,81
	t	1,768	0,760	1,096	0,591	-2,448	-0,869	-0,958	-0,965	0,274	11,497	0,213	0,537	-0,535	1,160
	p	0,081	0,450	0,277	0,556	<b>0,017</b>	0,388	0,341	0,339	0,785	0,139	0,832	0,593	0,595	0,250
Estado Civil (Teste t-Student)	Média	70,60	62,88	70,08	65,91	32,58	6,44	26,14	12,12	33,33	20,45	18,18	0,10	37,12	59,28
	DP	25,21	34,26	22,68	35,21	26,51	12,56	29,29	20,45	32,94	29,83	30,03	20,79	34,64	28,09
	Média	59,78	56,67	63,89	61,11	47,78	10,00	33,33	16,78	31,11	32,22	16,67	6,67	42,22	51,67
	DP	26,81	34,91	25,46	32,85	25,80	22,57	35,02	27,31	36,02	37,63	30,00	16,14	43,71	27,19
Escolaridade (Kruskal-Wallis)	p	<b>0,002</b>	<b>0,044</b>	0,182	<b>0,028</b>	0,053	0,091	<b>0,035</b>	0,687	0,059	<b>0,038</b>	0,441	0,279	0,060	0,124
	Sup. Obrigatória	56,38	50,46	44,58	51,71	24,62	28,00	23,50	34,79	25,17	26,17	33,25	33,46	24,88	49,04
	Média/Obrigatória	38,22	39,22	33,44	31,41	36,16	39,88	41,72	35,59	42,78	34,44	34,94	42,09	37,75	35,19
	Incompleta/Nula	32,33	33,52	36,28	35,91	41,32	39,15	39,68	38,87	38,88	41,52	39,50	36,96	40,71	35,29
Classe Socio-económica (Kruskal-Wallis)	p	<b>0,004</b>	0,052	<b>0,030</b>	0,079	0,083	0,547	<b>0,021</b>	0,330	0,141	0,171	0,426	0,402	<b>0,004</b>	0,051
	Alta	54,14	48,75	43,46	48,71	27,86	33,21	24,64	36,64	28,96	29,50	32,21	38,68	23,39	47,64
	Média	36,95	38,48	44,73	36,23	35,41	39,05	36,75	33,30	36,20	36,91	37,59	40,48	35,07	40,32
	Baixa	31,68	32,79	31,12	34,11	42,26	38,18	42,67	40,25	41,39	40,79	39,39	35,34	44,11	32,13

FF - Função Física; DE - Desempenho; FE - Função Emocional; FS - Função Social; FA - Fadiga; NV - Náuseas/Vómitos; DO - Dor; DI - Dispneia; IN - Insónias; AN - Anorexia; OP - Obstipação; DA - Diarreia; F - Impacto Financeiro; QV/SG - Qualidade de Vida/Saúde Global; \*\* Significância a 0,01; \* Significância a 0,05.

Tabela 4 - Impacto das variáveis clínicas na QdVRS dos doentes hemato-oncológicos.

	FF	DE	FE	FS	FA	NV	DO	DI	IN	AN	OP	DA	IF	QV/SG
<b>Hemoglobina</b> (Correlação Pearson)	r	0,270*	0,357**	0,319**	0,314**	-0,305*	-0,175	-0,161	-0,051	-0,267*	-0,207	-0,304*	-0,048	0,277*
	p	<b>0,024</b>	<b>0,002</b>	<b>0,007</b>	<b>0,008</b>	<b>0,012</b>	<b>0,010</b>	<b>0,184</b>	<b>0,673</b>	<b>0,026</b>	<b>0,085</b>	<b>0,011</b>	<b>0,691</b>	<b>0,020</b>
<b>Doença</b> (Mann-Whitney)	p	0,646	0,687	0,416	<b>0,015</b>	0,482	0,738	0,462	0,597	0,339	0,193	0,518	0,325	0,805
	Média	36,61	36,73	39,08	42,12	38,86	38,1	38,67	36,52	39,17	39,58	38,36	35,66	37,02
	Média	38,96	38,77	34,91	29,91	35,27	36,46	35,57	39,11	34,75	34,09	36,09	40,52	38,29
<b>Estadio</b> <b>Inicial</b> (Mann-Whitney)	p	0,222	0,131	0,158	0,604	0,410	0,657	0,606	0,830	0,547	0,632	0,910	0,671	0,399
	Média	34,38	35,25	34,98	32,13	27,90	31,88	29,13	29,85	32,23	31,78	30,75	29,20	33,17
	Média	28,56	28,13	28,26	29,69	31,80	29,81	31,19	30,83	29,64	29,86	30,38	31,15	29,16
<b>Fase da</b> <b>Doença</b> (Mann-Whitney)	p	0,475	0,865	0,193	0,325	0,146	0,521	0,607	0,969	<b>0,012</b>	0,683	0,778	0,509	0,614
	Média	38,55	37,75	39,40	38,91	35,38	38,41	36,88	37,55	34,19	37,01	37,22	36,57	38,24
	Média	34,47	36,79	32,00	33,42	46,63	34,87	39,29	37,34	47,08	38,92	38,32	40,18	35,37
<b>Fase do</b> <b>Tratamento</b> (Teste t-Student)	t	1,451	2,690	0,107	2,286	-1,203	-0,767	0,098	0,436	0,525	-2,224	-0,110	-0,600	0,960
	p	0,151	<b>0,009</b>	0,915	<b>0,025</b>	0,233	0,446	0,922	0,664	0,601	<b>0,030</b>	0,913	0,550	0,340
	Média	62,17	50,83	67,30	55,83	42,22	31,67	14,17	30,83	23,33	24,17	8,33	41,67	53,33
	DP	28,10	35,19	24,42	34,50	27,12	32,42	23,74	31,48	33,08	36,19	21,01	3674	28,79
	Média	70,98	71,52	67,89	63,73	34,64	25,98	14,71	34,31	27,45	9,80	7,84	36,27	59,56
	DP	23,38	30,30	23,58	31,55	26,91	31,03	23,49	37,14	34,30	17,46	16,53	40,51	26,60
<b>Nº esquemas</b> <b>QT</b> (Mann-Whitney)	p	0,335	0,421	0,554	0,978	0,230	<b>0,023</b>	0,834	0,076	0,082	0,772	0,444	0,588	0,371
	Média	22,02	21,76	21,43	20,54	18,61	16,98	20,76	23,17	18,07	20,11	21,30	19,67	21,91
	Média	18,44	18,79	19,24	20,44	23,06	25,26	20,15	16,88	23,79	21,03	19,41	21,62	18,59

FF - Função Física; DE - Desempenho; FE - Função Emocional; FS - Função Social; FA - Fadiga; NV - Náuseas/Vômitos; DO - Dor; DI - Dispneia; IN - Insónias; AN - Anorexia; OP - Obstipação; DA - Diarreia; IF - Impacto Financeiro; QV/SG - Qualidade de Vida/Saúde Global; LNH - Linfoma Não Hodgkin; QT - Quimioterapia; \*\* Significância a 0,01; \*Significância a 0,05.

### Impacto dos Valores Séricos da Hemoglobina na QdVRS

Verificou-se que existia significância estatística para a função física, emocional, social, desempenho, fadiga, náuseas/vómitos, anorexia, diarreia e QdVida/Saúde Global. Constatou-se ainda que nas escalas funcionais existia uma correlação positiva (níveis de hemoglobina mais altos associavam-se a melhores scores funcionais) e nas escalas de sintomas uma correlação negativa (níveis de hemoglobina mais altos associavam-se a menor sintomatologia) (Tabela 4).

### DISCUSSÃO

A excelente taxa de resposta obtida ao inquérito neste estudo (84%) permitiu alcançar uma amostra significativa da população (11).

O perfil socio-demográfico da população estudada revelou uma idade média de 61 anos, e um nível de instrução escolar maioritariamente incompleto ou nulo. O baixo nível de escolaridade pode dever-se à zona de referência Oncológica do Hospital incluir zonas rurais e à frequência elevada de idosos. Evidenciou-se que uma elevada proporção dos inquiridos se incluía em classes socioeconómicas mais baixas, realçando a importância do desenvolvimento de estratégias de apoio social.

A maioria dos doentes encontravam-se em diagnóstico inicial e a patologia mais frequente foi o LNH. A idade média da população está de acordo com a idade média de diagnóstico do LNH.

No que concerne aos scores de QdVRS verificou-se nas escalas funcionais médias mais altas para a FF e FE. Apesar da FF ser relatada frequentemente como uma das escalas com valores mais altos, a função emocional tem sido descrita como uma das funções mais afectadas pela patologia oncológica (12). Neste estudo, este resultado poderá ser interpretado face ao facto da maioria dos doentes ainda se encontrar em diagnóstico inicial, e pela eventual perspectiva de cura deste tipo de doença oncológica. Na escala de sintomas, uma média mais alta foi relatada para a fadiga, dor e insónias, o que esta de acordo com a literatura (12).

Calculou-se a consistência interna das subescalas do QLQ-C30, uma vez que a QdVRS é uma variável dinâmica, assim, apesar do questionário estar validado para Portugal, isto apenas significa que provavelmente ele tem boas capacidades psicométricas numa população similar que precisa de ser confirmado. No presente estudo, os valores de fidelidade das subescalas do questionário e a média total podem ser considerados bons. O instrumento apresenta boa consistência interna, à excepção da função cognitiva, que apresenta um valor baixo, à semelhança do que também se verifica noutros estudos (12).

Como esperado, a idade representa um importante factor de influência nos vários domínios da QdVRS, verificando-se uma correlação negativa com FF e DE (traduzindo pior FF e DE com o aumento da idade), e positiva com a fadiga, dor e anorexia (traduzindo maior

sintomatologia com o aumento da idade), sendo estes resultados concordantes com a literatura existente (11). Apesar de todas estas escalas apresentarem correlações consideradas razoáveis, a FF destaca-se pelo maior grau de correlação. De facto, a população mais idosa apresenta um comprometimento funcional prévio que irá ser agravado pela patologia oncológica e seu tratamento, reflectindo-se numa maior limitação física. Manifestações mais exuberantes de dor e fadiga, nos doentes mais velhos, podem estar relacionadas com a existência potencial de maior número de comorbilidades neste grupo etário. Diversos estudos relatam a existência de uma anorexia do envelhecimento, que é ainda mais acentuada nestes doentes pela própria doença oncológica, assim como pelos tratamentos anticancerígenos, alertando para o facto de a desnutrição proteico-energética ser um problema grave nos idosos (13). No entanto, neste estudo com doentes com patologia oncológica hematológica, não se verificaram diferenças na QdVida/Saúde Global ao contrário de outros estudos, o que se poderá dever ao tamanho reduzido da população ou por se tratar de um grupo específico de patologia oncológica (11).

A comparação entre géneros não demonstrou existência de diferenças significativas, não se verificando a tendência das mulheres para níveis de QdVida/Saúde Global mais baixos e para valores mais altos nas escalas de sintomas ou itens individuais, identificados noutros estudos (11).

Neste trabalho pretendeu-se avaliar se o facto do doente viver acompanhado tinha repercussões na QdV, para tal, recorreu-se ao estado civil tendo-se constituído dois grandes grupos (casados vs solteiros/divorciados e viúvos). Verificou-se que os doentes casados apresentam menor fadiga, ao contrário dos estudos apresentados por Hagelin, no entanto, deve-se ter em conta, que os resultados deste autor incidiram na população oncológica geral e em doentes em fase terminal (14). No nosso estudo, este resultado poderá dever-se ao facto destes doentes possuírem, na maioria dos casos, apoio nas suas tarefas diárias. Contudo não se provou a existência de distintos padrões de impacto nas escalas funcionais ou na QdVida/Saúde Global. Salienta-se ainda que neste estudo, não foi aferida informação acerca de outros aspectos de suporte social para além do estado civil (rede social, existência de filhos e qualidade da relação conjugal), o que poderá influenciar os resultados.

Relativamente à escolaridade, verificou-se que a função física, social e desempenho apresentou-se mais elevada nos doentes com a escolaridade superior à obrigatória. As classes sociais altas associaram-se a melhor FF. Estes resultados reflectem a tendência dos indivíduos de níveis socioeconómicos e culturais mais altos de possuírem maior facilidade em utilizar estratégias cognitivo-comportamentais, que lhes permitem uma maior capacidade de descentração dos problemas emocionais e envolvimento em tarefas, apresentando deste modo, menores limitações e restrições relacionadas com o cancro (2,11,15). A anorexia atingiu valores médios mais altos associados a escolaridade incompleta/nula, enquanto o



## REFERÊNCIAS

- 1 - WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2(2):99-153-9.
- 2 - Montazeri A., Hole D., Milroy R. Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter? *Health Qual Life Outcomes* 2003;119.
- 3 - Persona D, Stoddard M, Pastab D, et al. The association between socioeconomic status, health insurance coverage, and quality of life in men with prostate cancer. *J Clin Epidemiol* 2001;54:350-8.
- 4 - Wan J, Counte M, Cella D, et al. The impact of socio-cultural and clinical factors on health related quality of life reports among Hispanic and African-American cancer patients. *J Outcome Meas* 1999;3:200-15.
- 5 - Graeff A, Leeuw J, Ros W, et al. Sociodemographic factors and quality of life as prognostic indicators in head and neck cancer. *Eur J Cancer* 2001;37:332-9.
- 6 - Pimentel FL. *Qualidade de Vida e Oncologia*. 2ª Edição, Edições Almedina, SA, Coimbra; 2006.
- 7 - Velikova G, Booth L, Smith A. Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient well-Being: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2004;22:714-24.
- 8 - Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al. The EORTC QLQ-C30 scoring manual. 3rd ed. European Organization for research and Treatment of Cancer, Brussels; 2001.
- 9 - Wikipédia, Classificação de Graffar. 2009. Disponível em: URL: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Graffar](http://pt.wikipedia.org/wiki/Classifica%C3%A7%C3%A3o_de_Graffar)
- 10 - Maroco J, Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia* 2006;4:65-90.
- 11 - Michelson H, Bolund C, Nilsson B, Brandberg Y. Health-related Quality of Life Measure by the EORTC QLQ-C30. *Acta Oncol* 2000;39:477-84.
- 12 - Ribeiro J, Pinto C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2008;9:89-102.
- 13 - Morley J. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr* 1997;66:760-73.
- 14 - Hagelin CL, Seiger A. Quality of life in terminal care – with special reference to age, gender and marital status. *Support Care Cancer* 2006;14:320-8.
- 15 - Martins C. Impacto do Suporte Social e dos Estilos de Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar e Qualidade de Vida em doentes com Lúpus. *Psicologia.com.pt* 2005.
- 16 - Ravasco P, Grillo Isabel, Vidal P, Camilo M. Qualidade de Vida em Doentes com Cancro Gastrointestinal. *Act Med Port* 2006;19:189-96.
- 17 - Armitage J, Longo D. Malignancies of Lymphoid Cells. In: Kasper, Hauser, Longo, Eds. *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. 16 Ed., U.S.A: McGraw-Hill; 2004. p. 641-55.
- 18 - Hasenclever D, Diehl T. A prognostic score for advanced Hodgkins's disease. *NEJM* 1998;339:1506-14.
- 19 - Vigano A, Watanabe S, Bruera E. Anorexia and cachexia in advanced cancer patients. *Cancer Surv* 1994;21:99-115.
- 20 - Pinto C e Ribeiro J. Sobreviventes de Cancro: Uma Outra Realidade! *Texto Contexto Enferm* 2007;16:142-8.
- 21 - Savonije J, Groeningen C, Wormhoudt L. Early Intervention with Epoetin Alfa During Platinum-Based Chemotherapy: An Analysis of the Results of a Multicenter, Randomized, Controlled Trial Based on Initial Hemoglobin Level. *Oncologist* 2006;11:206-16.
- 22 - Reinhardt U, Tulusan A, Angermund R, et al. Increased Hemoglobin Levels and Improved Quality-of-Life Assessments During Epoetin Alfa Treatment in Anemic Cancer Patients: Results of a Prospective, Multicenter German Trial. *Oncologist* 2005;10:225-37.
- 23 - Cella D, Kallich J, McDermott A, et al. The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: results from five randomized clinical trials. *Ann Oncol* 2004;15:979-86.
- 24 - Armitage J, Longo D. Plasma Cell Disorders. In: Kasper, Hauser, Longo, Eds. *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. 16 Ed. U.S.A.: McGraw-Hill; 2004. p. 656-62.

**Correspondência:**

Dr.ª Luísa Queiroz  
 Serviço de Oncologia Médica  
 Hospital de Braga  
 Apartado 2242  
 4701-965 Braga

e-mail: [lavqueiroz@gmail.com](mailto:lavqueiroz@gmail.com)