

Saúde e deficiência em pacientes em tratamento com quimioterapia

Health and disability in patients undergoing treatment with chemotherapy

Salud y discapacidad en pacientes en tratamiento con quimioterapia

Anna Laura Visentin Pedroso¹, Gabriela Antonelli², Melissa Yuka Outi³, Marina Martins Marques⁴, Andersom Ricardo Fréz⁵, Aline Cristiane Binda⁶

RESUMO | A quimioterapia pode influenciar negativamente na capacidade funcional e na qualidade de vida de pacientes oncológicos. A fim de avaliar a saúde e deficiência em pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia, foi realizado um estudo transversal com 117 pessoas. Foi utilizada a versão brasileira de 36 itens do *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) e o *Medical Outcome Survey Short-Form 36* (SF-36). Os indivíduos foram classificados de acordo com a localização do tumor, tempo de diagnóstico e idade. Para verificar a correlação entre a saúde e deficiência e a qualidade de vida, foi realizada análise de correlação de Spearman. Observou-se maior deficiência no domínio “atividade de vida” e o menor comprometimento no domínio “relações interpessoais”. Por fim, foram notadas poucas correlações entre a saúde e deficiência e a qualidade de vida. A amostra apresentou baixo comprometimento na saúde e deficiência. Além disso, os comprometimentos não foram influenciados pela localização do tumor, tempo de diagnóstico e idade e não estão correlacionados com a qualidade de vida do paciente.

Descritores | Neoplasias; Pessoas com Deficiência; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT | Chemotherapy can negatively influence the functional capacity and quality of life of oncology patients. This investigation aims to assess the health and disability of

patients undergoing chemotherapy by a cross-sectional study with 117 oncology patients. The Brazilian 36-item version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) and the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) were used. Patients were classified according to their age and the tumor location and time of diagnosis. Spearman's correlation was performed to verify the correlation between health and disability and quality of life. The “life activities” domain was the most impaired whereas “getting along” was the least. No differences were observed according to tumor location. The time of diagnosis and patient's age did not show homogeneity in the results. Health and disability were little correlated with quality of life and suffered slight impairment. Impairments are unaffected by tumor location, time of diagnosis, and patient's age, and unrelated to quality of life.

Keywords | Neoplasms; Disabled Persons; Health Evaluation.

RESUMEN | La quimioterapia puede influir negativamente en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Con el objetivo de evaluar la salud y discapacidad de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, se realizó un estudio transversal con 117 personas. Se utilizaron la versión brasileña de 36 ítems del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0) y el *Medical Outcome Survey Short-Form 36* (Cuestionario de

Estudo realizado no Setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo na cidade de Guarapuava (PR), Brasil.

¹Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: anna_lvp@hotmail.com. ORCID-0000-0002-9892-8389

²Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: gabrielaantonellibss@gmail.com. ORCID-0000-0003-3820-1046

³Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: me_outi@hotmail.com. ORCID-0000-0002-5657-8296

⁴Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: marinamarques@hotmail.com. ORCID-0000-0002-0690-6810

⁵Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: frez@unicentro.br. ORCID-0000-0001-6085-1382

⁶Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava (PR), Brasil. E-mail: acbinda@hotmail.com. ORCID-0000-0002-6870-777X

Salud SF-36). Se clasificaron a los sujetos según la ubicación del tumor, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la edad. Para verificar la correlación entre la salud y discapacidad y la calidad de vida, se realizó el análisis de correlación de Spearman. El dominio "actividad de vida" tuvo mayor discapacidad, y el dominio "relaciones interpersonales" menos deterioro. Se encontraron pocas correlaciones entre la salud

y discapacidad y la calidad de vida. La muestra mostró bajo deterioro de la salud y discapacidad. Además, el deterioro no estuvo influenciado por la ubicación del tumor, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la edad, tampoco correlacionado con la calidad de vida del paciente. **Palabras clave** | Neoplasias; Personas con Discapacidad; Evaluación en Salud.

INTRODUÇÃO

O câncer é atualmente considerado um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência. Para 2030, há uma projeção mundial de 27 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes causadas pela doença. No Brasil, estima-se o surgimento de 625 mil novos casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022¹.

Entre as condutas para o tratamento do câncer está a quimioterapia², um tratamento químico e sistêmico utilizado para o controle e combate à doença. Porém, a agressão indiscriminada às células leva à ocorrência de diversas toxicidades que, por consequência, podem influenciar negativamente a capacidade funcional, que está intimamente ligada à qualidade de vida destes indivíduos³. Mesmo antes do tratamento com quimioterapia, a qualidade de vida do indivíduo já é afetada no momento do diagnóstico da doença, o qual representa um evento negativo em sua vida⁴.

Saber se o indivíduo terá capacidade de trabalhar e realizar as atividades diárias necessárias ao cumprimento de seu papel em casa, no trabalho, na escola ou em outras áreas sociais é tão importante quanto identificar a doença⁵. A adaptação ao câncer e às mudanças que a doença acarreta na vida de uma pessoa depende de uma série de fatores, tais como: representações da doença do indivíduo, implicações psicoemocionais da doença, características clínicas específicas da doença e sua evolução, contexto sociocultural, reações adversas do tratamento, nível de participação e atividade e a ocupação antes do diagnóstico⁴. Embora os tratamentos prolonguem a sobrevida, podem também danificar os órgãos a longo prazo, resultando em incapacidade funcional⁶.

A perda de funcionalidade em pacientes oncológicos deve-se a manifestações clínicas como dor, fadiga, náusea e depressão. Além disso, barreiras geográficas, econômicas e sociais também podem impactar negativamente na funcionalidade, pois os pacientes precisam de acesso aos serviços de saúde, apoio dos profissionais de saúde, de familiares e das demais redes de apoio. Em relação

ao sistema musculoesquelético, são observadas perda ou redução da amplitude de movimento, força e resistência muscular. Além disso, também podem ocorrer alterações sensoriais, perceptuais e cognitivas, de controle motor e equilíbrio. Todos estes sintomas podem se manifestar durante todo o tratamento⁷. Muitos que sobrevivem ao câncer apresentam uma boa evolução, porém, uma parcela significativa continua com problemas físicos, emocionais e sociais que podem se tornar crônicos ou persistentes. Estes efeitos de longo prazo decorrentes do câncer ou de seu tratamento podem causar prejuízos que diminuam a participação social do indivíduo⁸.

Ao considerar as diversas repercussões associadas ao tratamento com quimioterapia, acredita-se que uma avaliação abrangente e multidirecional da funcionalidade, levando em conta a saúde e deficiência, possa ser útil para estabelecer o estado de saúde dos pacientes oncológicos durante o tratamento com quimioterapia. Assim, o objetivo primário deste estudo foi avaliar a saúde e deficiência em pacientes em tratamento com quimioterapia. Os objetivos secundários foram: identificar se a localização do tumor, o tempo de diagnóstico e a idade influenciam na saúde e deficiência destes indivíduos; e verificar se existe correlação entre a saúde e deficiência com a qualidade de vida destes pacientes.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal, no setor de oncologia do Hospital São Vicente de Paulo na cidade de Guarapuava, no Paraná. As avaliações ocorreram de julho a setembro de 2017.

Participantes e recrutamento

A amostra foi formada por conveniência, a partir de demanda espontânea e sem critério de amostragem.

Foram incluídos os indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em tratamento com quimioterapia. Foram excluídos os indivíduos com dificuldade na comunicação verbal e escrita. O recrutamento e a avaliação da amostra foram realizados enquanto os indivíduos aguardavam a consulta ou recebiam o tratamento com quimioterapia. Foram incluídos todos os pacientes elegíveis no período do estudo e os que concordaram em participar receberam os esclarecimentos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Instrumentos de medida

Foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e clínicos, elaborado pelos próprios autores, contendo as variáveis: idade, sexo, tempo de diagnóstico da doença, localização do tumor, condição em que o paciente vive, renda familiar, escolaridade, estado civil e ocupação.

Para avaliar a saúde e deficiência foi utilizada a versão brasileira de 36 itens do *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0)⁵, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este é um instrumento genérico e fornece um método padronizado de mensuração da saúde e deficiência de forma transcultural. O WHODAS 2.0 avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida: cognição (compreensão e comunicação), mobilidade (movimentação e locomoção), autocuidado (lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho), relações interpessoais (interações com outras pessoas), atividades de vida (doméstica e trabalho) e participação (participar em atividades comunitárias e na sociedade). As pontuações do WHODAS 2.0 variam de 0 a 100, sendo as pontuações maiores indicadores de maiores deficiências. Para a pontuação foi utilizado o método de pontuação complexo baseado na “teoria-item resposta”⁵.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário *Medical Outcome Survey Short-Form 36* (SF-36), traduzido e validado para a língua portuguesa⁹. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual o “0” corresponde ao pior estado geral de saúde e “100”, ao melhor estado geral de saúde¹⁰.

Análise estatística

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva. Para as pontuações do domínio “atividades de vida”, foram consideradas apenas as atividades domésticas, pois poucos indivíduos relataram atividade de trabalho (apenas nove indivíduos responderam as questões referentes a atividade de trabalho). As pontuações totais do WHODAS 2.0 foram agrupadas de acordo com a localização do tumor, tempo de diagnóstico e idade dos pacientes. Como os dados não apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn, considerando-se significativo $p < 0,05$ para verificar se ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

Para verificar a correlação entre estado de saúde e deficiência (WHODAS 2.0) com a qualidade de vida (SF-36) foi realizada a análise de correlação de Spearman. Segundo Hinkle et al., como citado por Mukaka¹¹, valores de correlação entre 0,90 e 1,00 (-0,90 e -1,00) são interpretados como correlação positiva (negativa) muito alta; entre 0,70 e 0,90 (-0,70 e -0,90) indicam alta correlação positiva (negativa); entre 0,50 e 0,70 (-0,50 e -0,70) indicam correlação moderada positiva (negativa); entre 0,30 e 0,50 (-0,30 e -0,50) são interpretados como baixa correlação positiva (negativa); e valores entre 0,00 e 0,30 (0,00 e -0,30) indicam que não há correlação.

As análises foram realizadas nos softwares GraphPad InStat versão 3.05 e Statistical Package for the Social Sciences versão 19.

RESULTADOS

Foram abordados 117 indivíduos e todos se enquadraram nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. As características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas

Idade (anos), média ± DP	56,3±12,6
Escolaridade (anos) ± DP	7,2±4,5
Sexo, n (%)	
Feminino	69 (59,0)
Masculino	48 (41,0)
Estado civil, n (%)	
Nunca se casou	14 (12,0)
Atualmente casado(a)	63 (53,8)
Separado(a)	12 (10,3)
Divorciado(a)	7 (6,0)

(continua)

Tabela 1. Continuação

Viúvo(a)	18 (14,5)
Mora junto	3 (2,6)
Condição em que vive, n (%)	
Independente na comunidade	81 (69,2)
Vive com assistência	29 (24,8)
Hospitalizado	1 (0,9)
Não informado	6 (5,1)
Atividade de trabalho, n (%)	
Trabalho remunerado	8 (6,8)
Autônomo(a)	4 (3,4)
Dona de casa	5 (4,3)
Aposentado(a)	35 (29,9)
Desempregado(a) (por problemas de saúde)	17 (14,5)
Desempregado(a) (por outras razões)	6 (5,1)
Outros (auxílio saúde/benefício)	42 (35,9)
Tempo de diagnóstico (meses), (mín-máx)	2-320
Localização do tumor, n (%)	
Mama	34 (29,1)
Gastrointestinal	31 (26,5)
Pulmão	12 (10,3)
Hematológico	11 (9,4)
Geniturinário	10 (8,5)
Ginecológico	9 (7,7)
Cabeça e pescoço	6 (5,1)
Ósseo	3 (2,6)
Pele	1 (0,9)

DP: desvio-padrão; mín: valor mínimo identificado; máx: valor máximo identificado.

Na análise do WHODAS 2.0, observou-se maior deficiência no domínio “atividade de vida doméstica” e menor comprometimento no domínio “relações interpessoais”. Considerando-se as médias e as medianas das pontuações de cada domínio do WHODAS 2.0, é possível notar que os maiores comprometimentos foram nas atividades de vida, tanto a doméstica quanto a de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2. Pontuações do WHODAS 2.0

	WHODAS 2.0	Média ± DP	Mediana	mín-máx
Domínios	Cognição	16,67±21,28	10,0	0-95
	Mobilidade	29,38±30,39	18,8	0-100
	Autocuidado	20,77±27,67	10,0	0-100
	Relações interpessoais	11,68±14,48	8,3	0-92
	Atividades de vida Doméstica	42,22±37,81	30,0	0-100
	Trabalho	32,54±36,09	35,7	0-100
	Participação	28,31±19,22	25,0	0-83
	Pontuação total	22,85±17,37	21,7	0-80

DP: desvio-padrão; mín: valor mínimo identificado; máx: valor máximo identificado.

Conforme a Tabela 1, quanto à localização do tumor, foram identificados 10 grupos: mama (n=34, 29,1%), gastrointestinal (n=31, 26,5%), pulmão (n=12, 10,3%), hematológico (n=11, 9,4%), geniturinário (n=10, 8,5%), ginecológico (n=9, 7,7%), cabeça e pescoço (n=6, 5,1%), ósseo (n=3, 2,6%) e pele (n=1, 0,9%). Não foram observadas diferenças significativas nas pontuações por domínio e pontuação total do WHODAS 2.0 quando os indivíduos foram classificados de acordo com a localização do tumor (p>0,05).

O tempo de diagnóstico influenciou os domínios “autocuidado” e “pontuação total” quando comparou os indivíduos com menos de 6 meses de diagnóstico com aqueles com diagnóstico entre 6 e 12 meses (Tabela 3). A idade, por sua vez, influenciou mais o domínio “cognição” de indivíduos entre 30-39 anos do que o de indivíduos de 40-49 anos e de 70-79 anos (Tabela 4).

Quanto à correlação entre a saúde e deficiência (WHODAS 2.0) com a qualidade de vida (SF-36), foram observadas poucas correlações e, sendo a maioria baixa e moderada (Tabela 5).

Tabela 3. Perfil de domínio do WHODAS 2.0 por grupos de acordo com o tempo de diagnóstico / mediana (mínimo-máximo)

	≤6 meses (n=41)	>6≤12 meses (n=31)	>12 meses (n=45)	valor-p
Cognição	5,0 (0,0-80,0)	5,0 (0,0-80,0)	15,0 (0,0-95,0)	0,2922
Mobilidade	31,3 (0,0-100,0)	12,5 (0,0-100,0)	18,8 (0,0-100,0)	0,0497
Autocuidado	20,0 (0,0-100,0) ^a	0,0 (0,0-100,0)	10,0 (0,0-100,0)	0,0374
Relações interpessoais	8,3 (0,0-50,0)	8,3 (0,0-41,7)	8,3 (0,0-91,7)	0,8677
Vida doméstica	40,0 (0,0-100,0)	10,0 (0,0-100,0)	40,0 (0,0-100,0)	0,1911
Participação	29,2 (0,0-70,8)	16,7 (0,0-62,5)	25,0 (0,0-83,3)	0,2715
Pontuação total	23,9 (0,9-62,0) ^a	14,2 (0,0-64,1)	21,7 (0,0-80,4)	0,0307

Diferença significativa na comparação entre pares no pós-teste de Dunn (p>0,05) ^a≤6 meses × >6≤12 meses.

Tabela 4. Perfil de domínio do WHODAS 2.0 por grupos de acordo com a idade/mediana (mínimo-máximo)

	20-29 anos (n=3)	30-39 anos (n=10)	40-49 anos (n=19)	50-59 anos (n=28)	60-69 anos (n=42)	70-79 anos (n=15)	valor-p
Cognição	0,0 (0,0-35,0)	0,0 (0,0-5,0) ^{a,b}	15,0 (0,0-80,0)	2,5 (0,0-80,0)	10,0 (0,0-80,0)	20,0 (0,0-65,0)	0,0162
Mobilidade	18,8 (0,0-31,3)	18,8 (0,0-100,0)	18,8 (0,0-81,3)	15,6 (0,0-93,8)	15,6 (0,0-100,0)	25,0 (12,5-100,0)	0,4618

(continua)

Tabela 4. Continuação

	20-29 anos (n=3)	30-39 anos (n=10)	40-49 anos (n=19)	50-59 anos (n=28)	60-69 anos (n=42)	70-79 anos (n=15)	valor-p
Autocuidado	0,0 (0,0-20,0)	35,0 (0,0-80,0)	10,0 (0,0-100,0)	5,0 (0,0-100,0)	0,0 (0,0-100,0)	20,0 (0,0-100,0)	0,1748
Relações interpessoais	8,3 (0,0-16,7)	0,0 (0,0-16,7)	8,3 (0,0-50,0)	0,0 (0,0-5,0)	8,3 (0,0-50,0)	16,7 (0,0-25,0)	0,2803
Vida doméstica	0,0 (0,0-5,0)	100,0 (0,0-100,0)	50,0 (0,0-100,0)	40,0 (0,0-100,0)	30,0 (0,0-100,0)	30,0 (0,0-100,0)	0,4325
Participação	16,7 (12,5-25,0)	39,6 (4,2-66,7)	25,0 (8,3-45,8)	20,8 (0,0-70,8)	18,8 (0,0-70,8)	37,5 (0,0-62,5)	0,0542
Total	14,1 (5,4-21,7)	28,3 (1,1-56,5)	21,7 (4,4-64,1)	20,1 (0,0-60,9)	17,4 (0,0-60,9)	27,2 (6,5-62,0)	0,1649

Diferença significativa na comparação entre pares no pós-teste de Dunn ($p > 0,05$): *30-39 anos × 40-49 anos; †30-39 anos × 70-79 anos.

Tabela 5. Correlação entre a versão Brasileira do WHODAS 2.0 e o SF-36

	Domínios do WHODAS 2.0						Pontuação total
	Cognição	Mobilidade	Autocuidado	Relações interpessoais	Vida doméstica	Participação	
SF-36							
Capacidade funcional	-0,321*	-0,806*	-0,638*	-0,247*	-0,699*	-0,564*	-0,782*
Aspectos físicos	-0,223**	-0,398*	0,381*	-0,216**	-0,479*	-0,562*	-0,561*
Dor	0,235**	0,548*	0,441*	0,113	0,576*	0,546*	0,615*
Estado geral de saúde	0,037	0,164	-0,081	0,070	0,208**	0,163	0,132
Vitalidade	0,047	-0,051	-0,067	-0,085	0,029	-0,004	-0,008
Aspectos sociais	-0,088	-0,117	-0,123	-0,024	-0,122	-0,127	-0,143
Aspectos emocionais	-0,258*	-0,273*	-0,175	-0,268*	-0,296*	-0,471*	-0,402*
Saúde mental	-0,185**	-0,120	0,019	-0,162	-0,023	-0,207**	-0,166

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar o estado de saúde e deficiência em pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia e identificar se a gravidade do comprometimento, a localização do tumor, o tempo de diagnóstico e a idade influenciam no estado e saúde e deficiência destes indivíduos. Além disso, foi verificada a correlação entre o estado de saúde e deficiência com a qualidade de vida destes pacientes.

Para o domínio “cognição” do WHODAS 2.0, os pacientes relataram comprometimentos em diversas magnitudes, variando de 0 a 95, numa escala de 0 a 100. Porém, quando considerada a mediana observada (10,0), o comprometimento neste domínio foi pequeno. A literatura a área relata um resultado diferente, informando que existe um comprometimento importante na cognição de pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia¹². Estima-se que 13 a 70% dos pacientes que recebem quimioterapia tenham o domínio cognitivo comprometido, o qual pode permanecer por longos períodos, mesmo após

o término do tratamento¹². Durante a quimioterapia, pode ocorrer diminuição da atenção e da concentração, dificuldade com a pesquisa focada, problemas com a filtragem de informações relevantes e conclusão das tarefas¹². Embora não estejam claros os mecanismos do comprometimento cognitivo decorrente do tratamento, o déficit de atenção sustentada, memória de curto prazo e planejamento parecem ocorrer devido à neurotoxicidade, consequências da quimioterapia¹³. Isso pode levar a um impacto negativo sobre a rotina diária, qualidade de vida e capacidade de trabalhar entre os pacientes com câncer¹⁴.

Em relação à mobilidade, a mediana 18,8 demonstra um baixo grau de comprometimento na amostra. O câncer e seu tratamento podem gerar alterações sensoriais que não favorecem a coordenação e precisão do movimento, embora não o impeçam de ser feito¹⁵. Além da dor e da diminuição da qualidade de vida e da capacidade de resistência aeróbica, os pacientes com câncer frequentemente encontram limitações na função neuromuscular¹⁶. Pacientes submetidos à quimioterapia recente (nos últimos 12 meses) apresentam déficits de

equilíbrio, comprometimento da força de membros inferiores e aumento da frequência de queda. O risco de quedas parece se correlacionar com números crescentes de ciclos de quimioterapia. Pacientes com câncer de mama em tratamento com quimioterapia apresentam redução da força dos membros inferiores e da estabilidade postural quando comparados com indivíduos sem câncer¹⁶. Aqueles que sobrevivem ao câncer experimentam efeitos colaterais relacionados ao tratamento, incluindo perda de massa muscular e fadiga. Acredita-se que essas condições estejam associadas aos prejuízos no desempenho físico e na funcionalidade⁶.

Além disso, o déficit de mobilidade reduz as chances de conseguir um emprego, o que está intimamente ligado aos aspectos avaliados no domínio de atividades de vida⁶. Observou-se que a maior mediana (35,7) e, conseqüentemente, pior desempenho dos participantes foi no domínio referente ao trabalho. O câncer e seus tratamentos podem interferir no desenvolvimento de seus papéis ocupacionais, comprometendo a qualidade e a organização das atividades de vida cotidiana, laboral e familiar⁷. O tratamento oncológico, por ser bastante complexo e longo, pode ser responsável por afastar o paciente de suas funções (atividades básicas e /ou instrumentais de vida diária, trabalho e lazer) por um período temporário ou definitivo¹⁷. Um estudo finlandês descobriu que 26% dos pacientes com câncer relataram deterioração da capacidade de trabalho físico e 19% deterioraram a capacidade de trabalho mental, dois a seis anos após o diagnóstico⁸. A maioria (60%) dos sobreviventes de câncer têm suas necessidades não satisfeitas. Tal fato pode ser justificado pelas limitações do trabalho, pois 75% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço foram afastados do trabalho após o diagnóstico, e 52% reduziram suas horas de trabalho. Apenas metade dos pacientes relatou retornar ao trabalho após o tratamento⁶. Outros até vivem bem, embora possam continuar a ter problemas duradouros, como fadiga, dor e depressão. Portanto, entende-se que o câncer é uma causa importante de ausência no trabalho, desemprego e aposentadoria precoce.

O domínio das atividades de vida doméstica foi o que apresentou segunda maior mediana (30,0). Zhao et al.¹⁸ relataram que este foi um dos mais comprometidos em pacientes chineses com câncer de mama que recebiam quimioterapia. O impacto gerado pelo diagnóstico e as implicações dos tratamentos dificultam a realização das atividades cotidianas e acarretam ao indivíduo várias mudanças relativas à sua autonomia e independência, de modo que a dependência e a perda da identidade geram

angústias e medos, o que prejudica a função emocional e a qualidade de vida¹⁹.

Notou-se também indivíduos com baixo comprometimento no domínio autocuidado (mediana 10,0). A fadiga relacionada à doença é relatada por até 90% dos pacientes oncológicos, sendo que, além da diminuição de energia e do senso de perda na capacidade física, também ocorre uma diminuição no autocuidado e na autoestima²⁰⁻²².

No domínio “relações interpessoais” observou-se a menor mediana (8,8), demonstrando que quase não há comprometimento neste domínio. Fato positivo, pois indica que a interação social não foi afetada de forma significativa. Contudo, ressalta-se que a literatura mostra evidências de isolamento social e diminuição da interação. Segundo Fangel et al.¹⁹, pacientes com câncer quase sempre realizam as atividades de lazer com familiares ou isoladamente, em ambiente domiciliar, de modo que não interagem socialmente com pessoas estranhas. O diagnóstico de câncer força uma reestruturação das expectativas e da vida diária, causando mudanças nos relacionamentos interpessoais e na percepção que o indivíduo tem de si mesmo. O paciente passa a experimentar o medo da dor, da mutilação corporal, do futuro e da morte e seu equilíbrio psicológico passa a ser ameaçado pelas mudanças ocorridas no decorrer da progressão da doença e dos tratamentos²³, predispondo-o ao isolamento social¹⁹.

Em relação ao domínio “participação”, observou-se uma mediana (25,0) mais elevada em comparação com os outros, mas que também não indica um grau significativo de comprometimento. Diferentemente do presente estudo, um estudo chinês, utilizando o WHODAS 2.0, concluiu que este domínio é um dos mais comprometidos em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico¹⁸. A redução das atividades diárias, depressão, ansiedade e deterioração da vida social, diminuição da capacidade física e mental podem ser conseqüências das síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao tratamento do câncer²⁴. Lee et al.⁶ relataram que os domínios “relações interpessoais” e “participação” apresentaram os maiores comprometimentos. Os autores justificam que a participação na vida social e a manutenção de relações cordiais geralmente requerem capacidade suficiente para falar, ouvir e escrever, além de autoconfiança, mas elas são parcialmente deterioradas pela doença ou por efeitos secundários relacionados com o tratamento⁶.

Por fim, este estudo também pretendeu verificar a existência de correlação entre saúde e deficiência, avaliada

por meio do WHODAS 2.0, e a qualidade de vida, avaliada por meio do SF-36. A maioria dos domínios do WHODAS 2.0 apresentou correlação apenas com os domínios “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “dor” e “aspectos emocionais” do SF-36. Não foram observadas correlações com os domínios “vitalidade” e “aspectos sociais”. Segundo Silva et al.²⁵ o SF-36 é um dos instrumentos utilizados no processo de validação do WHODAS 2.0. E, embora estes instrumentos apresentem similaridade de constructos, pois qualidade de vida e funcionalidade são vistos como constructos intercambiáveis, o WHODAS 2.0 mede o desempenho objetivo, enquanto a qualidade de vida se refere a uma avaliação de bem-estar subjetiva⁵. Assim, sugere-se a aplicação dos dois instrumentos: o SF-36, para avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida; e o WHODAS 2.0, para uma medir objetivamente a incapacidade.

Em relação às limitações deste estudo, primeiramente, não foram registrados o número de sessões de quimioterapia realizadas nem a ocorrência de eventos adversos. Outra limitação foi o fato do estudo ser realizado apenas em um único centro de quimioterapia de uma única cidade da região sul do Brasil. Portanto, resultados distintos podem ser encontrados em outros países ou regiões. Uma terceira limitação foi a inclusão de pacientes com diferentes estadiamentos, os quais podem apresentar níveis funcionais diferentes. Além destas, a inclusão de pacientes com várias faixas etárias, de ambos os sexos e com diferentes topografias tumorais torna a população extremamente heterogênea e de difícil comparação.

CONCLUSÃO

A amostra avaliada apresentou baixo comprometimento na saúde e deficiência relatada. Estes comprometimentos não foram influenciados pela localização do tumor, tempo de diagnóstico e idade do paciente. Além disso, há correlação baixa e moderada entre a funcionalidade e a qualidade de vida e apenas nos domínios capacidade funcional e aspectos físicos.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2019 [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Oliveira PF, Oliveira CS, Andrade JS, Santos TF, Oliveira-Barreto AC. Cancer treatment in determination of hearing loss. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(1):65-9. doi: 10.1016/j.bjorl.2014.12.010.
- Elias TC, Mendes LC, Soares MBO, Haas VJ, Silva SR. Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres em tratamento quimioterápico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(4):571-7. doi: 10.5935/1414-8145.20150076.
- Postolica R, Iorga M, Petrariu FD, Azoicai D. Cognitive-behavioral coping, illness perception, and family adaptability in oncological patients with a family history of cancer. *Biomed Res Inter*. 2017;2017:8104397. doi: 10.1155/2017/8104397.
- Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, editors. Avaliação de saúde e deficiência: manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. [cited 2018 Jan 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=F9953BA75B007B4CC21C6BB1B730EC35?sequence=19
- Lee YH, Chang KH, Escorpizo R, Chi WC, Yen CF, Liao HF, et al. Accuracy of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) score as an objective assessment tool for predicting return-to-work status after head and neck cancer in male survivors. *Support Care Cancer*. 2019;27(2):433-41. doi: 10.1007/s00520-018-4322-y.
- Silva ACA, Lindolpho CR, Toscano JL, Terra LN, Andrade LCTO. Avaliação, adequação e treino de atividades de vida diária e atividades instrumentais. In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR, editors. Manual de reabilitação em oncologia do ICESP. Barueri: Manole; 2014. p. 93-9.
- de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD007569. doi: 10.1002/14651858.CD007569.pub3.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quresma M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
- Mukaka MM. Statistics corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012;24(3):69-71.
- Pendergrass JC, Targum SD, Harrison JE. Cognitive impairment associated with cancer: a brief review. *Innov Clin Neurosci*. 2018;15(1-2):36-44.
- Dutta V. Psychostimulants for chemotherapy induced cognitive changes in cancer. Ockham's razor, anyone? *J Cancer Res Ther*. 2011;7(3):264-9. doi: 10.4103/0973-1482.87008.
- Janelsins MC, Kesler SR, Ahles TA, Morrow GR. Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(1):102-13. doi: 10.3109/09540261.2013.864260.
- Silva ACA, Lindolpho CR, Andrade LCTO. Tratamento da disfunção sensorial. In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR, editors. Manual de reabilitação em oncologia do ICESP. Barueri: Manole; 2014. p. 100-5.

16. Niederer D, Schmidt K, Vogt L, Egen J, Klingler J, Hübscher M, et al. Functional capacity and fear of falling in cancer patients undergoing chemotherapy. *Gait Posture*. 2014;39(3):865-9. doi: 10.1016/j.gaitpost.2013.11.014.
17. Lindolpho CR, Andrade LCTO, Aguiar TG. Ergonomia nas atividades cotidianas e retorno ao trabalho. In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR, editors. *Manual de reabilitação em oncologia do ICESP*. Barueri: Manole; 2014. p. 541-9.
18. Zhao HP, Liu Y, Li HL, Ma L, Zhang YJ, Wang J. Activity limitation and participation restrictions of breast cancer patients receiving chemotherapy: psychometric properties and validation of the Chinese version of the WHODAS 2.0. *Qual Life Res*. 2013;22(4):897-906. doi: 10.1007/s11136-012-0212-9.
19. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):93-100. doi: 10.1590/S0103-21002013000100015.
20. Velar CM, Brito CMM, Reis F, Andrade LCTO, Almeida MMFA, Santos PC. Protocolo de tratamento da fadiga oncológica. In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR, editors. *Manual de reabilitação em oncologia do ICESP*. Barueri: Manole; 2014. p. 456-68.
21. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, del Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):211-9. doi: 10.1590/S0104-42302011000200021.
22. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso brasileiro de fadiga. *Rev Bras Cuidados Paliativos*. 2010;3(2):3-31.
23. Souza JR, Araújo TCCF. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estud Psicol (Campinas)*. 2010;27(2):187-96. doi: 10.1590/S0103-166X2010000200006.
24. Silva ACA, Souza LPM, Canettieri MG, Andrade RG. Grupo de orientação para pacientes com dor crônica. In: Brito CMM, Bazan M, Pinto CA, Baia WRM, Battistella LR, editors. *Manual de reabilitação em oncologia do ICESP*. Barueri: Manole; 2014. p. 509-19.
25. Silva C, Coleta I, Silva AG, Amaro A, Alvarelhão J, Queirós A, et al. Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. *Rev Saude Publica*. 2013;47(4):752-8. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004374.