

**IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA NA QUALIDADE DE VIDA:
COMPARAÇÃO ENTRE INDIVÍDUOS DA POPULAÇÃO
GERAL E DOENTES COM TUMOR DO
APARELHO LOCOMOTOR**

Tiago Paredes¹, Mário R. Simões², Maria Cristina Canavarro², Adriano Vaz Serra³,
Marco Pereira¹, Manuel João Quartilho³, Daniel Rijo², Sofia Gameiro¹ & Carlos Carona⁴

¹Bolseiro de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia;

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra – Portugal;

³Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – Portugal;

⁴Núcleo Regional do Centro da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (NRC-APPC),
Coimbra - Portugal

RESUMO: O diagnóstico de cancro, a própria doença e os seus tratamentos têm associadas implicações físicas, psicológicas e sociais que acarretam uma redução significativa da qualidade de vida dos doentes. Este estudo exploratório teve como objectivo avaliar o impacto de uma doença crónica específica – a patologia tumoral do aparelho locomotor – na qualidade de vida. Para o efeito, o WHOQOL-100 foi administrado a uma amostra constituída por 30 doentes com tumor do aparelho locomotor e a um grupo de controlo de 30 indivíduos saudáveis. Os resultados obtidos revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo de controlo, sugerindo o impacto negativo da patologia tumoral do aparelho locomotor na qualidade de vida global ($t=2,38$; $p<0,05$), nos domínios *físico* ($t=2,06$; $p<0,05$) e *nível de independência* ($t=6,51$; $p<0,001$) da qualidade de vida, e alertando para a necessidade de delinear intervenções multidisciplinares que ajudem a pessoa a lidar com esta doença e com os seus tratamentos, promovendo o seu bem-estar.

Palavras-chave: Doença oncológica, Tumor do aparelho locomotor, Qualidade de vida, WHOQOL-100, Avaliação psicológica.

**IMPACT OF CHRONIC ILLNESS ON QUALITY OF LIFE:
A COMPARISON BETWEEN INDIVIDUALS FROM THE GENERAL
POPULATION AND BONE AND SOFT TISSUE CANCER PATIENTS**

ABSTRACT: Cancer diagnosis and its treatments are associated with physical, psychological and social implications that cause a significant reduction in the patient's quality of life. The aim of this exploratory study was to assess the impact of a specific chronic illness – the bone and soft tissue cancer – on the quality of life. In this sense, a sample of 30 bone and soft tissue cancer patients and a control group of 30 healthy individuals responded to the WHOQOL-100. The results obtained evidence the statistical significant differences between the clinical and the control group, suggesting the negative impact of bone and soft tissue cancer on the global quality of life ($t=2.38$; $p<.05$) and on the *physical* ($t=2.06$; $p<.05$) and *level of independence* ($t=6.51$; $p<.001$) quality of life domains. This study evidence the need for multidisciplinary interventions that help the patient to cope better with this disease and its treatments, improving their well-being.

Key words: Cancer, Bone and soft tissue cancer, Quality of life, WHOQOL-100; Psychological assessment.

Recebido em 10 de Março de 2008 / aceite em 20 de Abril de 2008

O conceito de qualidade de vida subjectiva foi introduzido na pesquisa na área da saúde durante a década de 80 do século XX, com o principal objectivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Bowling, 1995; Fitzpatrick et al., 1992; Kilian, Matschinger, & Angermeyer, 2001). Simultaneamente, assistiu-se ao desenvolvimento de vários instrumentos destinados à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como a um aumento substancial de estudos que procuraram avaliar o impacto de doenças específicas na qualidade de vida subjectiva dos pacientes. Contudo, questões teóricas e metodológicas, como seja o facto de não existir uma definição unânime do conceito de qualidade de vida e o reconhecimento de que os instrumentos tradicionalmente utilizados não avaliam ainda este constructo de forma mais ampla, levaram um grupo internacional de investigadores da Organização Mundial de Saúde a desenvolver uma nova conceptualização teórica e metodológica na avaliação da qualidade de vida, com o intuito de obter uma clarificação teórica deste conceito e conduzir à elaboração de instrumentos de avaliação adequados (WHOQOL Group, 1994, 1995). Neste contexto, este grupo chegou à definição de qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, 1995). Tal definição considera que o significado de qualidade de vida vai muito para além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais, para a qualidade de vida subjectiva.

Recentemente tem sido reconhecido que o impacto da doença crónica deve ser avaliado em termos da sua influência na qualidade de vida dos sujeitos, em adição às medidas médicas mais tradicionais (Pibernik-Okanovic, 2001). Neste contexto, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem proporcionar novos “insights” relativos à natureza da doença, nomeadamente através da avaliação da forma como esta afecta o bem-estar subjectivo de uma pessoa nas diferentes áreas da sua vida. Este conhecimento compreensivo do impacto da doença crónica nos diferentes aspectos da vida do indivíduo apresenta-se como uma importante condição prévia quer para um tratamento mais eficaz, quer para a prestação de cuidados paliativos adequados.

No caso específico do cancro, a utilização de medidas de avaliação da qualidade de vida em estudos clínicos e na prática clínica em Oncologia é relativamente recente, tendo essa avaliação vindo a ganhar uma grande expansão (Osoba, 1991). Também ultimamente, tem surgido uma grande quantidade de estudos que procuram compreender os efeitos do cancro na qualidade de vida, tendo por base evidências do impacto significativo desta enfermidade e do seu tratamento no bem-estar dos pacientes (Avis, 1999, Carlson et al., 2001, cit. por Uzun, Aslan, Selimen, & Koç, 2004).

O cancro, juntamente com as doenças cardiovasculares e os acidentes, apresenta-se como uma das principais causas de morte na faixa etária dos 15 aos 55 anos, quer nos países desenvolvidos, quer nos países em vias de desenvolvimento, sendo considerado como um problema de saúde crucial nas regiões mais desenvolvidas

(Stjernsward & Teoh, 1991). Trata-se de uma doença cuja incidência global está a aumentar, tendo atingido proporções verdadeiramente preocupantes e tornando-se um dos principais problemas de saúde do século XX (Patrão & Leal, 2004). Em Portugal, a doença oncológica apresenta-se como uma importante causa de morbilidade e mortalidade, diagnosticando-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente. Tal como nos restantes países da UE, em Portugal o risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de cerca de 50% e a de este ser a causa de morte é de 25%. No nosso país, e contrariamente ao que acontece nos restantes países da UE, a mortalidade por cancro continua a aumentar mais de 6% por ano, tornando-se assim Portugal no país da UE que se encontra em pior situação neste aspecto (Pimentel, 2006).

O diagnóstico de cancro e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo doente como também pela sua família, como um momento de grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia. Ao longo da doença e do seu tratamento, o paciente vivencia perdas e sintomas adversos, os quais comprometem as suas habilidades funcionais, vocacionais e conduzem a uma incerteza quanto ao futuro.

De um modo geral, o doente oncológico sofre uma deterioração progressiva, limitações físicas, funcionais e psicológicas que aumentam diariamente e conduzem a uma dependência cada dia maior dos seus familiares, cuidadores e equipa de saúde hospitalar. De facto, as pessoas que sofrem de cancro relatam um impacto da sua doença na qualidade de vida. Esse impacto está relacionado com aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, os quais conduzem a uma redução significativa na qualidade de vida dos doentes e familiares, podendo afectar de forma adversa o seu tratamento e reabilitação.

Para além da própria doença em si, outros componentes podem afectar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, nomeadamente, a qualidade e rapidez dos cuidados de saúde prestados e a escolha dos tratamentos médicos. No que se refere aos tratamentos médicos para o cancro (cirúrgicos, quimioterapia/radioterapia, medicamentoso), embora possam ajudar na diminuição de certos sintomas, também podem conduzir a efeitos colaterais desagradáveis, com impacto no bem-estar dos doentes (Osoba, Aaronson, & Till, 1991). Assim sendo, os tratamentos médicos podem não contribuir necessariamente para uma melhoria da qualidade de vida do doente, em virtude das suas consequências físicas, psicológicas e também sociais.

Santos, Ribeiro e Lopes (2003) referem que a doença oncológica constitui uma experiência lesiva para o bem-estar e qualidade de vida, produzindo uma série de ameaças não só para o doente, mas afectando também, e de forma significativa, toda a família.

No que se refere particularmente ao tumor do aparelho locomotor (cancro dos ossos e tecidos moles), os pacientes diagnosticados com este tipo específico de patologia oncológica apresentam-se como um grupo especialmente debilitado e vulnerável ao desenvolvimento de dificuldades nas diversas áreas da vida (Felder-Puig et al., 1998). Na verdade, poucos pacientes com cancro dos ossos e tecidos moles têm uma vida normal, pelo que uma atenção especial deve ser dirigida à sua qualidade de

vida global (Gilbert et al., 1977). Para além do diagnóstico de cancro em si, o que já se revela bastante ameaçador para o doente, o facto de se tratar de um tumor dos ossos e tecidos moles impõe desde logo o risco de surgir uma restrição permanente na mobilidade, um funcionamento físico reduzido, a perda de um membro e, possivelmente, um desfiguramento físico (Felder-Puig et al., 1998). Assim, embora este tipo de tumor não envolva órgãos vitais, ele pode conduzir a consequências incapacitantes para os pacientes com uma sobrevivência prolongada. Por exemplo, uma dor crónica e intensa, fracturas dos ossos, défices neurológicos e uma actividade física reduzida, estão muitas vezes associadas a este tipo de cancro, daí resultando um compromisso global na qualidade de vida dos doentes (Davis et al., 1996; Mercadante, 1997).

Actualmente, com os progressos da quimioterapia e da radioterapia, tem-se assistido a um aumento da taxa de sobrevivência nos doentes com tumor do aparelho locomotor, o que melhora o panorama para estes pacientes. Para além do mais, as novas técnicas cirúrgicas entretanto desenvolvidas têm tornado possível salvar, em muitos casos, o membro afectado pelo tumor, pelo que a amputação é hoje em dia usada rara e selectivamente (DiCaprio & Friedlaender, 2003; Felder-Puig et al., 1998). No entanto, os tratamentos modernos que estão disponíveis para o cancro dos ossos e tecidos moles envolvem normalmente um longo período de internamento, uma cirurgia extensa, a perda temporária de mobilidade e programas de reabilitação complexos. Mesmo que os pacientes sejam submetidos a uma cirurgia conservadora do membro, eles não poderão ter a certeza de que o seu membro foi realmente salvo uma vez que existe sempre a possibilidade de surgirem infecções ou outras complicações pós-operatórias que exijam uma subsequente amputação (Felder-Puig et al., 1998). Postma e colaboradores (1992) referem que, quando esta ocorre, os pacientes tendem a desenvolver uma baixa auto-estima e isolamento social, em virtude da sua debilidade. Tais dificuldades e incertezas, associadas às consequências físicas que acompanham a patologia tumoral do aparelho locomotor, tornam assim estes doentes particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de problemas psicossociais com repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida (Felder-Puig et al., 1998).

A literatura no domínio da oncologia indica que o primeiro passo no processo de prestação de cuidados apropriados aos doentes com cancro, consiste em compreender os efeitos da doença na qualidade de vida (Martin & Stockler, 1998). Esta compreensão e conhecimento do impacto de determinados tipos de cancro e seu tratamento em diferentes aspectos da qualidade de vida é um passo importante na definição de estratégias visando a melhoria do bem-estar dos doentes.

Por sua vez, a medida da qualidade de vida deve também ser incluída na avaliação dos resultados do tratamento para o cancro, em complemento às medidas médicas mais tradicionais – resposta objectiva ao tumor e sobrevivência (Cheng et al., 2000, Greenfield, 1989, Kassirer, 1993, Spilker, 1992, cit. por Ribeiro, 1994, 2002; Fairclough, 2002).

Em suma, a avaliação da qualidade de vida em doentes oncológicos é fundamental na medida em que permite, entre outros aspectos, conhecer o impacto da

doença e do seu tratamento em diversas áreas de vida do doente, avaliar a eficácia dos tratamentos, aceder melhor ao doente, à sua evolução e adaptação à doença, melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos, definir e desenvolver estratégias e potenciar recursos pessoais com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes, facilitar a sua reabilitação e proporcionar informação prognóstica relevante quer para a resposta ao tratamento, quer para a sobrevivência.

Tendo subjacente o que até aqui foi mencionado, este estudo teve como principal objectivo avaliar o impacto de uma doença crónica específica – a patologia tumoral do aparelho locomotor – na qualidade de vida dos doentes.

Na base desta investigação foram colocadas as seguintes hipóteses acerca do impacto do tumor do aparelho locomotor nos diferentes domínios da qualidade de vida:

- 1) O tumor do aparelho locomotor tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida global;
- 2) Tratando-se de uma doença crónica somática, o tumor do aparelho locomotor tem um impacto negativo significativo no *domínio físico* e no *domínio psicológico* da qualidade de vida;
- 3) O tumor do aparelho locomotor tem um impacto negativo significativo no *domínio nível de independência* da qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo comparativo um grupo de 30 doentes oncológicos foi comparado com um grupo de 30 indivíduos da população geral (indivíduos saudáveis). A amostra utilizada ficou assim constituída por um grupo clínico de 30 indivíduos com tumor do aparelho locomotor (cancro do osso e tecidos moles), recrutados da Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor (U.T.A.L – Serviço de Ortopedia B – Bloco de Celas - Hospitais da Universidade de Coimbra) e por um grupo de controlo de 30 indivíduos saudáveis recrutados da população geral. O grupo de controlo constitui uma amostra intencional e emparelhada com características sociodemográficas idênticas às do grupo clínico, tendo os sujeitos que o compõem respondido negativamente às seguintes três questões: (a) tem alguma doença crónica?; (b) toma alguma medicação de forma regular? e (c) consultou um médico ou profissional de saúde no último mês (excepção feita às consultas de prevenção, e.g., consultas de rotina em ginecologia)?

As características sociodemográficas da amostra e as características clínicas do grupo clínico encontram-se descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Variáveis sociodemográficas	Grupo clínico (n=30)		Grupo controlo (n=30)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	18	60	18	60
Feminino	12	40	12	40
Idade				
18-39	12	40	12	40
40-59	11	36,7	12	40
60-80	7	23,3	6	20
Habilitações Literárias*				
1º Ciclo do Ensino Básico	13	44,8	13	43,3
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	6	20,7	6	20
Ensino Secundário	5	17,2	5	16,7
Estudos Superiores	5	17,2	6	20
Estado Civil				
Solteiro	10	33,3	9	30
Casado	20	66,7	21	70
Variáveis clínicas				
Regime de Tratamento				
Internamento	21	70	---	---
Consulta externa	9	30	---	---
Duração da Doença**				
≤ 18 meses	13	46,4	---	---
> 18 meses	15	53,6	---	---

*missing = 1 **missing = 2

Material

Para a recolha dos dados relativos à qualidade de vida dos sujeitos da amostra, foi utilizada a versão em português de Portugal do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100).

O instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-100, foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde através de um projecto em que colaboraram 15 centros de investigação mundial, sendo que a versão original se encontra actualmente traduzida e disponível em 40 idiomas diferentes (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998).

Trata-se de uma medida genérica, multidimensional e multicultural para uma avaliação subjectiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis («sem doença»).

Como instrumento multidimensional, a estrutura do WHOQOL-100 assenta nos seguintes 6 domínios: *físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos de espiritualidade/religião/crenças pessoais*. Cada um destes domínios é constituído por facetas da qualidade de vida que sumarizam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. Por sua vez, cada uma das facetas é avaliada por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 100 ques-

tões organizadas em 24 facetas específicas e numa faceta geral de avaliação global da qualidade de vida (*cf.* Figura 1) (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998).

No WHOQOL-100 é pedido aos sujeitos para fazerem julgamentos acerca da sua qualidade de vida nas duas últimas semanas, sendo que valores mais elevados neste instrumento indicam uma melhor qualidade de vida. Neste questionário, é possível obter ainda informação sociodemográfica e informação respeitante ao estado de saúde actual do sujeito.

Na versão em português de Portugal (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006), desenvolvida de acordo com as directrizes da Organização Mundial de Saúde no que respeita aos critérios para novas questões do WHOQOL, metodologia de tradução e metodologia para desenvolvimento das escalas de avaliação, foi acrescentada uma nova faceta à versão original. Esta faceta, que surge como uma faceta independente dos domínios existentes, constitui-se assim como uma faceta adicional nacional, relativa ao poder político e designada por FP25. *Poder Político*, sendo avaliada também por quatro questões (questões adicionais nacionais).

Domínio I – Domínio Físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II – Domínio psicológico

1. Sentimentos positivos
2. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
3. Auto-estima
4. Imagem corporal e aparência
5. Sentimentos negativos

Domínio III – Nível de independência

1. Mobilidade
2. Actividades da vida quotidiana
3. Dependência de medicação ou de tratamentos
4. Capacidade de trabalho

Domínio IV – Relações Sociais

1. Relações pessoais
2. Suporte social
3. Actividade sexual

Domínio V – Ambiente

1. Segurança física e protecção
2. Ambiente no lar
3. Recursos financeiros
4. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
5. Oportunidade de adquirir novas informações e competências
6. Participação em/e oportunidades de recreio/lazer
7. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)
8. Transporte

Domínio VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
-

Figura 1 - Domínios e Facetas do Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)

Procedimento

A versão em português de Portugal do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) foi administrada aos 30 doentes com tumor do aparelho locomotor, da Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, e a 160 indivíduos saudáveis, recrutados da população geral. Dos 160 indivíduos saudáveis, foram seleccionados 30 sujeitos com características sociodemográficas «comparáveis» às do grupo clínico.

A todos os sujeitos foi fornecida informação acerca dos motivos e objectivos do estudo, bem como acerca da confidencialidade dos dados, tendo os mesmos assinado o consentimento informado de participação.

Os entrevistadores eram estudantes do último ano de Psicologia e alunos de mestrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, previamente treinados para a aplicação do questionário.

Embora tratando-se de um instrumento de auto-avaliação, o questionário WHOQOL-100 pode ser administrado de 3 formas distintas: i) quando o entrevistado apresenta uma boa capacidade de compreensão, entende o significado das perguntas e apresenta condições de ler e responder ao questionário, é o próprio que o preenche sem auxílio do entrevistador (aplicação auto-administrada); ii) quando o entrevistado não entende o significado de alguma pergunta, o entrevistador relê a pergunta de forma lenta, evitando contudo a modificação do sentido original da questão (aplicação assistida pelo entrevistador); iii) quando o entrevistado não apresenta condições de ler e responder ao questionário, em virtude das suas condições de saúde ou de alfabetização, o questionário é lido e preenchido pelo entrevistador (aplicação administrada pelo entrevistador).

Análises Estatísticas

O SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0, foi utilizado para a análise estatística dos dados recolhidos. Foram calculadas estatísticas descritivas para caracterizar os dados sociodemográficos e clínicos dos sujeitos da amostra. Para a análise da comparabilidade entre o grupo clínico e o grupo de controlo em termos das variáveis sociodemográficas, foi utilizado o teste qui-quadrado. O teste t de student para amostras independentes foi utilizado para a comparação das médias obtidas pelo grupo clínico e pelo grupo de controlo nos vários domínios do WHOQOL-100 e na faceta de avaliação global da qualidade de vida.

RESULTADOS

Análise da comparabilidade entre o grupo clínico e o grupo de controlo

No Quadro 2 apresentam-se os resultados do teste qui-quadrado para a análise da comparabilidade entre o grupo clínico e o grupo de controlo em termos das variáveis sociodemográficas. Os resultados obtidos indicam que os valores de χ^2 não são estatística-

mente significativos, pelo que o grupo clínico e o grupo de controlo apresentam características sociodemográficas «comparáveis». Assim sendo, as diferenças encontradas entre os dois grupos em termos de avaliação subjectiva da qualidade de vida nos diferentes domínios do WHOQOL-100, não deverão ser atribuídas às variáveis sociodemográficas.

Quadro 2 - Análise da comparabilidade entre o grupo clínico e o grupo de controlo

Variáveis sociodemográficas	Grupo clínico (n=30)		Grupo controlo (n=30)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	18	60	18	60	0,00	1,00
Feminino	12	40	12	40		
Idade						
18-39	12	40	12	40	0,12	0,94
40-59	11	36,7	12	40		
60-80	7	23,3	6	20		
Habilitações Literárias*						
1º Ciclo do Ensino Básico	13	44,8	13	43,3	0,07	0,99
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	6	20,7	6	20		
Ensino Secundário	5	17,2	5	16,7		
Estudos Superiores	5	17,2	6	20		
Estado Civil						
Solteiro	10	33,3	9	30	0,08	0,78
Casado	20	66,7	21	70		

Impacto da doença oncológica (tumor do aparelho locomotor) na qualidade de vida

No Quadro 3 é apresentada a síntese dos resultados das comparações de médias entre o grupo de controlo e o grupo clínico, nos vários domínios do WHOQOL-100 e na faceta geral de avaliação global da qualidade de vida.

Quadro 3 - Impacto da doença oncológica na qualidade de vida (síntese dos resultados das comparações de médias entre o grupo de controlo e o grupo clínico)

DOMÍNIOS	Grupo Controlo	Grupo Clínico	t	p
	M	M		
Domínio 1 (Físico)	59,79	51,04	2,06	0,04
Domínio 2 (Psicológico)	65,75	69,42	-1,28	0,21
Domínio 3 (Nível de independência)	74,90	43,80	6,51	0,0001
Domínio 4 (Relações sociais)	68,96	70,00	-0,36	0,72
Domínio 5 (Meio-ambiente)	61,93	61,30	0,21	0,83
Domínio 6 (Espiritualidade)	67,08	69,79	-0,70	0,49
QOL Geral	68,33	58,84	2,38	0,02

Pela análise dos resultados é possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo clínico no *domínio físico* ($t=2,06$; $p<0,05$) e no *domínio nível de independência* ($t=6,51$; $p<0,001$) da qualidade de vida, bem como na faceta geral de avaliação global da qualidade de vida ($t=2,38$; $p<0,05$). Para os restantes domínios da qualidade de vida, não se constatam diferenças estatisticamente significativas entre as médias do grupo de controlo e as médias do grupo clínico. Nos domínios *físico* e *nível de independência da qualidade de vida*, bem como na faceta geral de avaliação global da qualidade de vida, o grupo clínico obtém, em média, resultados inferiores aos do grupo de controlo, o que sugere que o primeiro apresenta uma qualidade de vida significativamente mais baixa que o segundo, nos dois domínios referidos, assim como uma pior qualidade de vida global.

DISCUSSÃO

Os resultados do teste t de student para a comparação de médias entre o grupo clínico e o grupo de controlo nos vários domínios da qualidade de vida, corroboram, parcialmente, as hipóteses de estudo formuladas inicialmente. Nomeadamente, esses resultados demonstram o impacto negativo significativo do tumor do aparelho locomotor na qualidade de vida, especificamente nos domínios *físico* e *nível de independência* da qualidade de vida e na *qualidade de vida global*. Contudo, para o *domínio psicológico* da qualidade de vida não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupo clínico e grupo de controlo, sugerindo que, na nossa amostra clínica, a patologia tumoral do aparelho locomotor não parece ter um impacto negativo significativo ao nível psicológico da qualidade de vida, ao contrário do que era esperado.

Tratando-se de uma doença crónica somática, a qual tem associada consequências físicas que podem incluir dor violenta, dificuldades respiratórias, vômitos, insónias, perda do controlo dos intestinos e da bexiga, perda de apetite, entre outras (Cartwright, Hockey, & Anderson, 1997), e cujo tratamento pode conduzir a efeitos colaterais desagradáveis para o doente, dor intensa, eventual comprometimento do funcionamento de órgãos vitais e a uma eventual amputação, o seu impacto negativo no *domínio físico* da qualidade de vida é compreensível e esperado.

Tendo em conta a natureza específica deste tipo de patologia oncológica – tumor do aparelho locomotor (ossos e tecidos moles) – a qual envolve, em muitos casos, uma eventual amputação de membros do aparelho locomotor, a capacidade do doente para se deslocar e movimentar por si próprio e para realizar as suas actividades da vida quotidiana, bem como a sua capacidade de trabalho, podem estar seriamente comprometidas. Por sua vez, e como acontece em qualquer tipo de doença oncológica, o doente com patologia tumoral do aparelho locomotor encontra-se dependente de medicação ou de tratamentos, os quais pretendem reduzir os sintomas físicos as-

sociados ao cancro e/ou ao seu tratamento, e conduzir a uma boa resposta ao tumor. Assim sendo, é de esperar que o tumor do aparelho locomotor tenha um impacto negativo significativo no *domínio nível de independência* da qualidade de vida, hipótese que é corroborada pelos resultados deste estudo.

Dadas as consequências físicas, psicológicas e até mesmo sociais que acompanham o cancro, é de esperar que a qualidade de vida global dos doentes oncológicos se encontre seriamente comprometida. Os resultados do nosso estudo vêm ao encontro desta hipótese, demonstrando que o cancro do aparelho locomotor, enquanto doença oncológica, tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida global destes doentes.

Embora vários estudos realizados com diferentes tipos de cancro, e utilizando quer os instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS, quer outras medidas de avaliação da qualidade de vida, tenham demonstrado o impacto negativo da doença oncológica no domínio psicológico da qualidade de vida (Fang, Tsai, Chien, Chiu, & Wang, 2004; Kilian et al., 2001; Northouse et al., 2002), no nosso estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo de controlo neste domínio. Vários factores podem explicar esta aparente inexistência de um impacto negativo do tumor do aparelho locomotor no *domínio psicológico* da qualidade de vida. Assim, por um lado, o tamanho reduzido da nossa amostra clínica e a fraca representatividade da mesma podem comprometer a compreensão e o conhecimento do real impacto deste tipo específico de cancro na qualidade de vida dos doentes. Por outro lado, a existência de um serviço/gabinete de apoio psicossocial aos utentes da Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor e a sensibilidade de alguns dos médicos e enfermeiros desta unidade para as consequências psicológicas do cancro, privilegiando as intervenções multidisciplinares, garantem um apoio e acompanhamento psicossocial aos doentes aquando do diagnóstico e ao longo da evolução da doença. Tal apoio poderá assim minimizar o impacto negativo da doença oncológica ao nível emocional destes doentes. Na verdade, este aspecto tem sido considerado por alguns autores (*cf.* Felder-Puig et al., 1998) um possível factor explicativo do bom ajustamento psicossocial manifestado por doentes com cancro do aparelho locomotor.

Ainda a respeito das implicações psicológicas do cancro, é consensualmente aceite que apenas cerca de 20% a 30% dos doentes oncológicos manifestam problemas psicológicos clinicamente significativos, os quais habitualmente ocorrem no quadro de um distúrbio de ajustamento, perturbação depressiva major ou distúrbio de ansiedade (Bishop, 1994; Holland, Greenberg, & Hughes, 2006; Moorey & Greer, 2002; Ogden, 1999; Spiegel & Classen, 2000). Deste modo, a maioria dos doentes com cancro apresenta respostas emocionais adversas que são esperadas e até mesmo adaptativas (Fawy & Fawzy, 1994; Holland et al., 2006) e que podem ser consideradas como fazendo parte de um processo normal de ajustamento (Bishop, 1994). Ou seja, para grande parte dos pacientes, tais respostas emocionais tendem a ser transitórias, não evoluindo para sintomas psicológicos significativos. No mesmo sentido, alguns estudos têm mesmo evidenciado que existem poucas diferenças entre doentes oncológicos e outros indivíduos com doenças

benignas ou controlos da população geral no que respeita a medidas de ajustamento psicossocial e de *distress* emocional (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993; Andrykowski, Bruch, Brady, & Henslee-Downey, 1995; Cella & Tross, 1986; Van't Spijker, Trijsburg, & Duivenvoorden, 1997; Vinokur, Threath, Caplan, & Zimmerman, 1989). Outras pesquisas indicam que a maioria dos doentes, após a “cura”, estão bem adaptados quer a nível psicológico, quer a nível social (Anderson, Anderson, & deProse, 1989; Brown, Butow, Culjak, Coates, & Dunn, 2000). Aliás, tem sido sugerido que a incidência de morbilidade psicopatológica em doentes com cancro parece ter sido sobrestimada em estudos iniciais, principalmente devido a limitações metodológicas e de diagnóstico.

Por tudo isto, e como sugere uma vasta literatura, o impacto psicossocial do cancro não deve ser sobrestimado na medida em que a maioria dos doentes oncológicos manifesta reacções emocionais que, embora negativas e adversas, são esperadas, transitórias e não clinicamente significativas, pelo que acabam por se adaptar relativamente bem à sua doença em termos psicossociais. Assim sendo, o cancro pode afectar menos os domínios psicológico e social da qualidade de vida do que geralmente se pensa, pelo que os resultados encontrados neste estudo podem deste modo ser compreensíveis.

Importa considerar, igualmente, a possibilidade de este tipo específico de doença oncológica afectar essencialmente outros domínios da qualidade de vida, e não propriamente o domínio psicológico.

Algumas investigações realizadas com diferentes tipos de cancro apontam no mesmo sentido dos nossos resultados, na medida em que também nesses estudos os doentes oncológicos relatam um ajustamento psicológico relativamente bom (Ganz, Haskell, Figlin, LaSota, & Siau, 1988; Hagle, 1990; Lopes, Ribeiro, & Leal, 1999; Schipper, Clinch, MsMurray, & Levitt, 1984).

Ao evidenciarem o impacto negativo do tumor do aparelho locomotor na qualidade de vida dos doentes, os resultados do presente trabalho, apontam para a necessidade de as estratégias de intervenção não se limitarem aos resultados médicos tradicionais (sobrevivência e resposta ao tumor), sendo essencial elaborar, delinear e aplicar programas de intervenção multidisciplinares que ajudem o doente no seu processo de adaptação ao cancro e que possibilitem uma melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida, nos seus diferentes aspectos.

Importa contudo notar que esta investigação apresenta algumas limitações. Nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra e a sua fraca representatividade podem comprometer os resultados encontrados e a generalização dos mesmos para uma população mais ampla de doentes com tumor do aparelho locomotor. Neste sentido, e tendo em conta que este estudo levanta hipóteses e fornece informação para investigações futuras, será importante desenvolver pesquisas que, utilizando amostras maiores e mais representativas da população de doentes com patologia tumoral do aparelho locomotor, permitam replicar os resultados aqui encontrados e a generalização dos mesmos. Tais estudos poderão ainda ajudar a determinar efeitos específicos das variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida deste grupo de doentes oncológicos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Dra. Cármen Cruz, Dr. José Portela, Prof. Doutor José Casanova, Dr. António Laranjo, D^a Lurdes e D^a Paula, da Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia B, Hospitais da Universidade de Coimbra, toda a contribuição, disponibilidade e experiência partilhada ao longo do estudo. Agradecemos ainda a todos os doentes que responderam ao protocolo de investigação a preciosa contribuição para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Andersen, B., Andersen, B., & deProsse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with breast cancer. II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 692-697.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology, 2*, 261-276.
- Andrykowski, M. A., Bruch, S., Brady, M. J., & Henslee-Downey, P. J. (1995). Physical and psychosocial status of adults one-year after bone marrow transplantation: A prospective study. *Bone Marrow Transplantation, 15*, 837-844.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bowling, A. (1995). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brown, J. E., Butow, P. N., Culjak, G., Coates, A. S., & Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of outcome: time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *British Journal of Cancer, 83*(11), 1448-1453.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 15-23.
- Cartwright, A., Hockey, L., & Anderson, J. L. (1973). *Life Before Death*. London: Routledge.
- Cella, D., & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 616-622.
- Davis, A. M., Wright, J. G., Williams, J. I., Bombardier, C., Griffin, A., & Bell, R. S. (1996). Development of a measure of physical function for patients with bone and soft tissue sarcoma. *Quality of Life Research, 5*(5), 508-516.
- DiCaprio, M. R., & Friedlaender, G. E. (2003). Malignant bone tumors: Limb sparing versus amputation. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 11*(1), 25-37.
- Fairclough, D. L. (2002). *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials*. New York: Chapman & Hall/CRC.

Fang, F., Tsai, W., Chien, C., Chiu, H., & Wang, C. (2004). Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 34(11), 641-646.

Fawzy, I. F., & Fanzly, N. (1994). A Structured Psychoeducational Intervention for Cancer Patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 14-192.

Felder-Puig, R., Formann, A., Mildner, A., Bretschneider, W., Bucher, B., Windhager, R., et al. (1998). Quality of life and psychosocial adjustment of young patients after treatment of bone cancer. *Cancer*, 83, 69-75.

Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305, 1074-1077.

Ganz, P., Haskell, C., Figlin, R., LaSota, N., & Siau, J. (1988). Estimating the quality of life in a clinical trial of patients with metastatic lung cancer using the Karnofsky Performance Status and the Functional Living Index – Cancer. *Cancer*, 61, 849-856.

Gilbert, H., Kagan, A., Nussbaum, H., Rao, A., Satzman, J., Chan, P., et al. (1977). Evaluation of radiation therapy for bone metastases: Pain relief and quality of life. *American Journal of Roentgenology*, 129, 1095-1096.

Hagle, M. (1990). Cancer patient's experiences with portable chemotherapy pump. *Dissertation Abstracts International*, 50, 5547.

Holland, J. C., Greenberg, D. B., & Hughes, M. K. (2006). *Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management*. IPOS Press.

Kilian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2001). Assessment the impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213.

Lopes, H. B., Ribeiro, J. L., & Leal, I. P. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 483-497.

Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in healthcare research and practice. *Evaluation & The Health Professions*, 21, 141-156.

Mercadante, S. (1997). Malignant bone pain: Pathophysiology and treatment. *Pain*, 69 (1-2), 1-18.

Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People With Cancer*. Oxford: Oxford University Press.

Northouse, L., Mood, D., Karshaw, T., Schafenadoer, A., Mellon, S., Walker, J., et al. (2002). Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (20), 4050-4064.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Osoba, D. (1991). Measuring the effect of cancer on quality of life. In D. Osoba (Ed.), *Effect of Cancer on Quality of Life*. (pp. 25-40). Florida: CRC Press, Inc.

Osoba, D., Aaronson, N., & Till, J. (1991). A practical guide for selecting quality of life measures in clinical trials and practice. In D. Osoba (Ed.), *Effect of Cancer on Quality of Life* (pp. 89-104). Florida: CRC Press, Inc.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.

Pibernik-Okanovic, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 51, 133-143.

Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Postma, A., Kingma, A., De Ruitter, J., Schraffordt, K., Veth, R., Goeken, L., et al. (1992). Quality of life in bone tumor patients comparing limb salvage and amputation of the lower extremity. *Journal of Surgical Oncology*, 51(1), 47-51.

Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.

Ribeiro, J. L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., et al. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.

Santos, C. S., Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.

Schipper, H., Clinch, J., MsMurray, A., & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index – Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.

Spiegel, D., & Classen, C. (2000). *Group Therapy for Cancer Patients: A Research-based Handbook of Psychosocial Care*. New York: Basic Books.

Stjernsward, J., & Teoh, N. (1991). Perspectives on quality of life and the global cancer problem. In D. Osoba (Ed.). *Effect of Cancer on Quality of Life* (pp. 1-5). Florida: CRC Press, Inc.

The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.

Uzun, O., Aslan, F., Selimen, D., & Koç, M. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 207-213.

Van't Spijker, A., Trijsburg, R., & Duivenvoorden, H. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

Vinokur, A. D., Threatt, B. A., Caplan, R. D., & Zimmerman, B. (1989). Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. *Cancer*, 63 (2), 394-405.