

Percepção da qualidade de vida de pacientes oncológicos: um estudo transversal

Perception of quality of life in cancer patients: a cross section epidemiological study

DOI:10.34119/bjhrv4n5-165

Recebimento dos originais: 05/08/2021

Aceitação para publicação: 30/09/2021

Rafael Almeida Rocha

Mestre em Clínica Odontológica FO/UFJF
Faculdade Pitágoras – Governador Valadares
Av. Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35010-173
E-mail: rafuufjf@gmail.com.br

Carla de Souza Oliveira

Doutora em Clínica Odontológica FO/UFMG
Rua São Paulo, 745, no Centro de Governador Valadares.
Universidade Federal de Juiz de Fora/ Campus GV – UFJF/GV – Governador Valadares
– MG - Brasil
E-mail: carla.souza@ufjf.edu.br

Noéli Boscato

Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – Pelotas – RS - Brasil
E-mail: noeliboscato@gmail.com

Marília Goettens

Universidade Federal de Pelotas – UFPEL – Pelotas – RS - Brasil
E-mail: mariliagoettens@hotmail.com

Maria das Graças Afondo de Miranda Chaves

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora – MG - Brasil
E-mail: duque05@gmail.com

Fernanda de Oliveira Bello Corrêa

Universidade Federal de Juiz de Fora/ Campus GV – UFJF/GV – Governador Valadares
– MG - Brasil
E-mail: fernandabello@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Averiguar o impacto de fatores socioeconômicos e psicossociais na qualidade de vida de pacientes oncológicos.

MÉTODOS: 100 indivíduos aceitaram participar do estudo no período de agosto/2015 a fevereiro/2016. Foram aplicados questionários para coleta de dados socioeconômicos, qualidade de vida(WHOQOL-*bref*), senso de coerência (SOC), autopercepção de felicidade e ansiedade e depressão (HADS).Foi utilizado o teste ANOVA para associação dos dados sociodemográficos com os sitios do tumores e os domínios do WHOQOL-*bref* além dos outros itens estudados.

RESULTADOS: A amostra foi composta por 57 homens e 43 mulheres, com idade média de 59,11 anos. Entre todos os domínios do WHOQOL-bref (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), a renda familiar baixa e o câncer de cabeça e pescoço influenciaram para pior percepção de qualidade de vida. No domínio psicológico e meio ambiente, o sexo masculino ($p=0,04$) demonstrou pior qualidade de vida. Os indivíduos idosos (60-82 anos, $p=0,008$) e solteiros ou divorciados ($p=0,0008$) apresentaram pior qualidade de vida no domínio social. O baixo do senso de coerência revelou pior percepção de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL ($p<0.001$). A auto percepção de felicidade, no domínio físico, psicológico e ambiente evidenciou diferença estatística significativa ($p=0.004, p=0.001, p=0.002$). A avaliação da ansiedade e depressão em todos os domínios do WHOQOL, demonstrou prevalência normal na amostra ($p<0.001$).

CONCLUSÕES: Os indivíduos com câncer em região de cabeça e pescoço e os fatores como baixa renda familiar, sexo masculino, estado civil e idade avançada tiveram maior impacto e influenciaram negativamente na percepção de qualidade de vida geral. O senso de coerência baixo reflete um forte impacto negativo na qualidade de vida. A autopercepção de felicidade, expressou alta qualidade de vida. Em relação a ansiedade e depressão o nível normal prevaleceu em todos os domínios do WHOQOL evidenciando melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Neoplasia de cabeça e pescoço, Fatores Socioeconômicos, Oncologia

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the impact of socioeconomic and psychosocial factors on the quality of life of cancer patients.

METHODS: 100 subjects accepted to participate in the study from August / 2015 to February / 2016. Questionnaires were used to collect socioeconomic data, quality of life (WHOQOL-bref), sense of coherence (SOC), self-perception of happiness and anxiety and depression (HADS). The ANOVA test was used to associate sociodemographic data with Tumors and the WHOQOL-bref domains in addition to the other items studied.

RESULTS: The sample consisted of 57 men and 43 women, with a mean age of 59.11. In all domains of the WHOQOL-bref (physical, psychological, social relations and environment), low family income and head and neck cancer influenced poorer perception of quality of life. In the psychological domain and environment, the male sex ($p = 0.04$) showed worse quality of life. Older individuals (60-82 years old, $p = 0.008$) and single or divorced ($p = 0.0008$) presented worse quality of life in the social domain. The low sense of coherence revealed a worse perception of quality of life in all WHOQOL domains ($p < 0.001$). The self-perception of happiness in the physical, psychological and environmental domain showed a statistically significant difference ($p = 0.004, p = 0.001, p = 0.002$). The evaluation of anxiety and depression in all WHOQOL domains showed normal prevalence in the sample ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Individuals with cancer in the head and neck region and factors such as low family income, male gender, marital status and old age had a greater impact and negatively influenced the perception of general quality of life. The low sense of coherence reflects a strong negative impact on quality of life. Self-perception of happiness, expressed high quality of life. Concerning depression anxiety, the normal level prevailed in all WHOQOL domains, evidencing a better quality of life.

Keywords: Quality of Life, Head and Neck Neoplasms, Socioeconomic Factors, Oncology

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde define-se como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade(1).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(2).

O termo câncer engloba diversas doenças, com diferentes expressões clínicas, sendo uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro(3)(4).

O câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo. Nas últimas décadas, sua incidência e prevalência cresceu por toda parte na lista de estatística de morbidade e mortalidade em todos os continentes. O Instituto Nacional do Câncer afirma que para o ano de 2018 existam 18 milhões de casos novos no mundo com o diagnóstico de câncer. No Brasil, no triênio 2020-2022 espera-se o aparecimento 625 mil novos casos, tornando esta enfermidade umas das quatro principais causa de morte prematura no país (4)(5)(6).

Este crescimento exponencial pode ser explicado, em parte, pelo “envelhecimento” da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente. Houve uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas, como o câncer, como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira(3)(5).

Atualmente, os tratamentos convencionais contra o câncer buscam aumentar os índices de sobrevida, além de conseguir elevados índices de cura para tumores diagnosticados em fases iniciais, associado a bom controle e acompanhamento da progressão doença(4)(6).

O tratamento do câncer pode ser composto por várias modalidades: abordagem cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e imunoterapia. A particularidade do caso ditará a abordagem terapêutica a ser executada, entretanto o tratamento é sempre multidisciplinar, formada por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e odontólogos) visando um tratamento integral aos pacientes(7).

O estudo da qualidade de vida se torna uma parte cada vez mais importante em muitos programas de pesquisa e ensaios clínicos associados ao câncer. Conhecer o paciente oncológico e os impactos que a doença e o tratamento revelam pode desempenhar um papel de grande importância para a gestão do melhor tratamento e abordagem para estes pacientes. A qualidade de vida relacionada a saúde proporciona informações de prognóstico se associados com os dados socioeconômicos e clínicos, além de ajudar a prever a sobrevida em pacientes com câncer(8).

Diante da complexidade deste contexto, o objetivo deste trabalho foi averiguar o impacto de fatores socioeconômicos e psicossociais na qualidade de vida de pacientes oncológicos.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, com a finalidade de investigar diferentes desfechos relacionados a saúde e bem estar de pacientes em tratamento oncológico. Para participar deste estudo foram convidados todos os pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço (CRCP) e demais regiões do corpo (CDRC), tratados respectivamente na Clínicas NEO e Oncoleste, no período compreendido entre agosto/2015 e fevereiro/2016 em Governador Valadares - MG. Porém, somente foram avaliados aqueles que aceitaram participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, totalizando 50 pacientes com CRCP e 50 com CDRC. Um único examinador treinado coletou os dados sociodemográficos (gênero, idade, estado civil e renda familiar)(9) e aplicou os questionários: WHOQOL-BREF, senso de coerência, autopercepção de felicidade e ansiedade e depressão. A amostra foi por conveniência, não probabilística.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o número 1.150.340/ CAAE: 44108115.0.0000.5147

A análise dos dados empregou o software Stata 14.0. Inicialmente foi feita a análise descritiva da população. A associação entre as variáveis independentes (gênero,

idade, estado civil e renda familiar), e os escores globais e por domínio, obtidos para o WHOQOL-bref e demais questionários foram comparados utilizando-se análise de variância (ANOVA).

2.1 DADOS SOCIOECONÔMICOS

No questionário de dados socioeconômicos foram coletadas informações como nome, endereço, idade, renda média domiciliar(9), estado civil, tempo de tratamento e local do tumor primário.

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (OMS/WHOQOL-BREF)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de Qualidade de Vida está diretamente relacionado a questões de saúde, bem-estar e sentimentos positivos. Assim, foi desenvolvido um instrumento para avaliação de Qualidade de Vida, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). Por se tratar de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, este foi aplicado aos pacientes oncológicos antes de consultas ambulatoriais a versão abreviadada do WHOQOL, denominada WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a auto-avaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-bref foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas. É composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-Ambiente(10).

2.3 SENSO DE COERÊNCIA (SC)

O instrumento de avaliação do Senso de Coerência foi intitulado por Antonovski de Questionário de Avaliação para a Vida (*Orientation to Life Questionnaire*), mas tem sido referido na literatura como Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky(11). Trata-se de um questionário fechado e sistematizado com 29 itens distribuídos segundo três componentes: onze itens investigam o componente da compreensão (maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada - questões 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26), dez itens relacionam-se ao manuseio (indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos/questões 2,6,9,13,18,20,23,25,27,29) e oito

itens com o componente significado (exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - questões 4,7,8,11,14,16,22,28). A pontuação de cada uma das sub-escalas obtêm-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20,23, 25, 27 a inverter. O valor Senso de Coerência é o resultado da soma de todos os itens.

2.4 AUTO PERCEPÇÃO DE FELICIDADE

A fim de obter o perfil da população em estudo, em relação ao sentimento de felicidade, utilizou-se a escala de autopercepção de felicidade. Este parâmetro avaliou através de uma pergunta acompanhada por uma escala de faces, em que se consideram felizes as pessoas que apontaram as faces A e B(12).

2.5 NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A escala de ansiedade e depressão avaliou o desfecho qualidade de vida relacionada a saúde geral. A escala HADS, contém sete questões relacionadas à ansiedade (HADSa) e sete relacionadas à depressão (HADSd)(13). Existem quatro escolhas de resposta para cada questão, com escores que podem variar de 0 à 3. O total de escores deste questionário (HADS) podem variar de 0 à 21 pontos (0-21 para ansiedade e 0-21 para depressão). Para a análise estatística do nível de ansiedade foi considerado em tercís: 1(escore de 0 a 8, interpretados como não havendo caso de ansiedade e depressão = normal); 2 (escores de 9 a 10 serão interpretados como havendo casos de leve ansiedade e depressão); 3 (escores de 11 à 21 serão interpretados como havendo casos de alta ansiedade e depressão = alta). Para avaliação de ansiedade e depressão, o número e a frequência de respostas positivas foram utilizados para categorizar o nível de ansiedade e depressão em normal, moderado e alto.

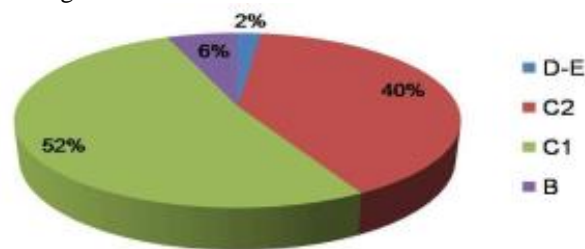
3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE DESCRITIVA E ESTRATO SOCIOECONÔMICO

A análise descritiva dos dados revelou que dos 100 pacientes entrevistados, 57 eram do sexo masculino e 43 do sexo feminino. A idade média da população foi de 59,11 anos.

Na amostra da clínica Oncoleste, 52% dos pacientes se enquadra na categoria C1 que possui renda de até R\$ 2409,01. Já na população estudada na clínica Neo, 44% da amostra encontra-se na categoria C2 com renda de até R\$ 1446,24. Numa visão geral da amostra, 42% situa-se na classe C e A-B (figura 1).

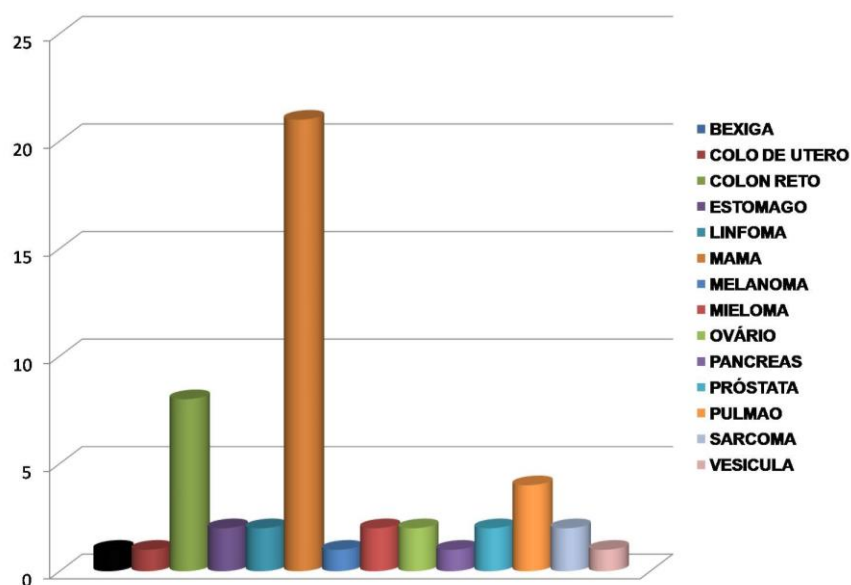
Figura 1 – Estrato Socioeconômico da amostra



Critério ABEP 2015. Fonte: Próprio autor

Referente a localização dos sítios dos tumores distribuídos por sexo, na Oncoleste foram entrevistados 36 mulheres, sendo que 21 apresentavam câncer de mama, e 14 homens, sendo 4 deles diagnosticados com câncer de cólon e reto (figura 2).

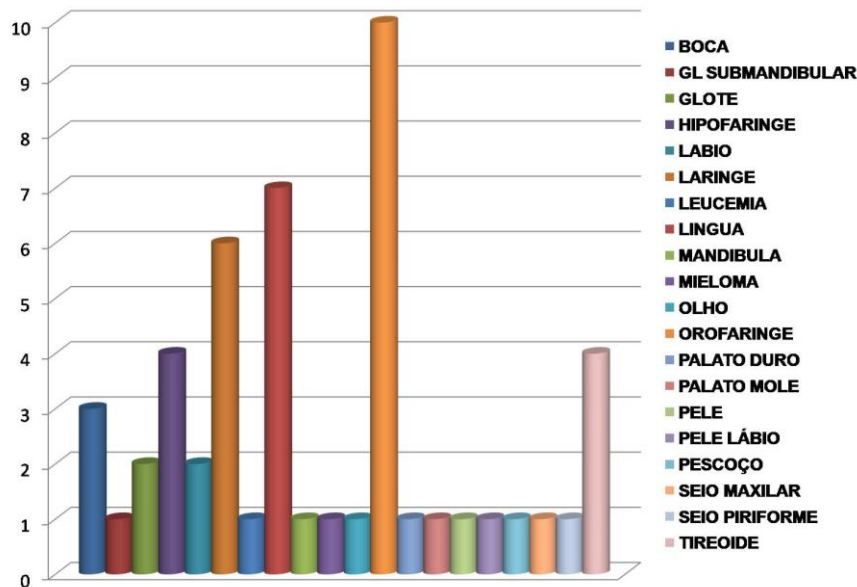
Figura 2 – Localização das neoplasias ONCOLESTE



Incidência e sítios de tumores clínica ONCOLESTE. Fonte: Próprio autor

Na clínica NEO 43 pacientes avaliados eram homens, desses 10 apresentavam câncer em orofaringe, e das 7 mulheres, os tumores mais representativos foram em tireóide e língua (figura 3).

Figura 3 – Localização das neoplasias NEO



Incidência e sítios de tumores clínica NEO. Fonte: Próprio autor

3.2 RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE DADOS SOCIOECONÔMICOS, PSICOSSOCIAIS E SÍTIOS DE CÂNCER RELACIONADOS COM OS DOMÍNIOS ESPECÍFICOS DO WHOQOL-BREEF

Para a análise dos dados obtidos a amostra foi agrupada em sistemas do corpo humano.

Neste instrumento, quanto maior as médias encontradas em cada domínio, melhor será a qualidade de vida do grupo avaliado. Os resultados dos domínios de cada grupo estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição simples e análise univariável entre dados sociodemográficos, psicossociais e sítios de câncer relacionados com os domínios específicos do WHOQOL-BREF(media±DP). Governador Valadares, 2015 (n=100).

Variáveis	Valor %	Físico media±DP	Psicológico media±DP	Social media±DP	Ambiente media±DP
Sociodemográfico					
<i>Sexo</i>		P=0.0613	0.0402*	0.0668	0.0003
Masculino	57 (57%)	57.02 (13.78)	66.23 (14.70)	63.89 (13.93)	67.27 (11.30)
Feminino	43 (43%)	62.37 (14.31)	72.48 (15.13)	70.15 (19.86)	76.23 (12.54)
<i>Renda Familiar</i>		P< 0.0000*	< 0.00001*	0.0027*	<0.0000
Classe D-E	16 (16%)	45.76 (14.06)	53.90 (14.94)	55.21 (10.92)	57.23 (7.80)
Classe C	42 (42%)	57.48 (11.72)	68.45 (14.84)	65.67 (18.05)	69.87 (10.69)
Classe A-B	42 (42%)	66.32 (12.30)	75.10 (11.14)	71.82 (15.61)	77.68 (11.23)
<i>Idade da amostra</i>		P=0.7918	0.8303	0.0084*	0.9028
até 59	48 (48%)	58.92 (14.90)	68.58 (16.42)	71.18 (17.61)	70.96 (12.31)
60-82	52 (52%)	59.68 (13.65)	69.23 (14.00)	62.34 (15.26)	71.27 (12.98)
<i>Estado civil</i>		P=0.8562	0.2507	0.0008*	0.6215
Casado/ União estável	68 (68%)	59.45 (12.88)	69.85 (13.24)	70.83 (15.41)	71.60 (12.13)
Solteiro/ Divorciado	22 (22%)	58.11 (17.40)	64.39 (17.85)	56.82 (16.19)	68.89 (13.06)
Viúvo	10 (10%)	61.07 (16.36)	72.05 (20.05)	59.17 (18.61)	72.81 (15.38)
<i>Sítios do câncer</i>		P=0.0274*	0.0018*	0.0001*	<0.0001
Cabeça e Pescoço	49 (49%)	53.93 (12.67)	62.24 (14.14)	59.52 (12.95)	63.97 (8.58)
Sistema Respiratório	4 (4%)	59.82 (22.28)	69.79 (26.43)	66.67 (28.05)	70.31 (20.65)
Sistema Digestivo	12 (12%)	63.99 (7.37)	71.18 (10.43)	77.08 (14.70)	76.56 (10.62)
Sistema Urinário	1 (1%)	57.14 (0.0)	75.00 (0.0)	66.67 (0.0)	68.75 (0.0)
Sistema Endócrino	23 (23%)	65.99 (16.04)	76.08 (12.82)	77.17 (17.08)	80.16 (12.01)
Sistema Esquelético	2 (2%)	71.43 (5.05)	83.33 (5.90)	62.5 (17.68)	84.37 (0.0)
Sistema Tegumentar	1 (1%)	50 (0.0)	70.83 (0.0)	25 (0)	71.87 (0.0)
Sistema Linfático	5 (5%)	62.14 (14.85)	76.66 (14.31)	68.33 (12.36)	74.37 (13.51)
Sistema Reprodutor	3 (3%)	67.86 (10.71)	87.50 (7.22)	72.22 (4.81)	84.37 (6.25)
Características Psicossociais					
<i>Senso de coerência</i>		P<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Baixo	52 (52%)	51.85 (13.40)	60.89 (14.05)	57.05 (13.74)	65.62 (11.51)

Alto	48 (48%)	67.41 (10.03)	77.60 (10.96)	76.90 (13.77)	77.08 (11.00)
Felicidade		P=0.004	<0.001	0.098	0.002
Alto	68 (68%)	62.02 (12.73)	73.10 (12.26)	68.50 (16.65)	73.71 (11.44)
Baixo	32 (32%)	53.57 (15.58)	60.02 (16.92)	62.50 (17.06)	65.62 (13.35)
Ansiedade		P<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Normal	67 (67%)	65.45 (10.90)	75.56 (10.87)	72.01 (14.55)	75.69 (11.26)
Baixo/Alto	33 (33%)	46.86 (11.80)	55.42 (13.60)	55.55 (16.22)	61.83 (9.84)
Depressão		P<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Normal	81 (81%)	63.27 (11.75)	73.14 (12.02)	70.16 (15.24)	73.57 (11.95)
Baixo/Alto	19 (19%)	42.48 (11.16)	50.87 (13.92)	51.31 (15.53)	60.69 (9.84)

$p < 0.05$ - Teste ANOVA; DP=desvio padrão.

Em todos os domínios do WHOQOL-*bref* (físico, psicológico, social e do ambiente) o sítio do tumor e a renda familiar influenciaram, estatisticamente, na percepção de qualidade de vida. Os pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço e renda familiar baixa apresentaram pior percepção de qualidade de vida.

Nos domínios psicológico ($p=0.04$) e ambiental ($p=0,0003$), o sexo masculino demonstrou pior qualidade de vida.

No domínio social, a faixa etária de 60-82 anos ($p=0,008$), bem como o estado civil ($p=0,0008$) influenciaram na percepção de qualidade de vida, sendo que os indivíduos idosos (60-82 anos), solteiros ou divorciados, apresentaram pior qualidade de vida.

Pacientes que apresentaram baixo senso de coerência demonstraram pior percepção de qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL ($p<0.001$).

Em relação auto percepção de felicidade, no domínio físico, psicológico e ambiente demonstraram diferença estatística significativa ($p=0.004, p=0.001, p=0.002$). Da amostra estudada 68% relataram estar felizes apesar do enfrentamento e tratamento da doença.

Ao avaliar a presença e ausência de ansiedade e depressão, e o nível desta, sensação (baixo e alto), em todos os domínios do WHOQOL, os pacientes demonstraram ansiedade e depressão de forma normal com maior prevalência ($p<0.001$).

4 DISCUSSÃO

A localização e classificação do câncer manifestam forte impacto na qualidade de vida de pacientes acometidos por esta doença(14–17). Os resultados do presente estudo afirmam que os pacientes com tumores em região de cabeça e pescoço apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-*bref*, comparados com indivíduos com câncer nas demais regiões do corpo. O câncer oral é o único que causa dor intensa no sítio primário e prejudica seriamente a fala, deglutição, mastigação e funções do sistema estomatognático(18,19), interferindo nas dimensões da dor física, limitação funcional e deficiência física(20), com impacto na qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, o processo do tratamento e suas sequelas interferem com forte impacto na baixa qualidade de vida destes pacientes, visto que mutilações, xerostomia e outras complicações são pertinentes ao tratamento.

Em concordância com os nossos achados, Barrios *et al.* (2015)(21) demonstraram que pacientes com câncer oral e em orofaringe expressaram pior qualidade de vida no

domínio físico do WHOQOL-*bref*. No trabalho de Pereira *et al.* (2015)(22) os pacientes com câncer apresentaram baixos valores nos domínios Social e Ambiente e em qualidade de vida geral. A explicação para os fatos expostos podem ser pelo desconforto perante ao tratamento do câncer, e as consequências que são conhecidas, promovem mudanças na integridade física e emocional, perda de auto-estima e redução na qualidade de vida.

Sob outra perspectiva, o tipo de tratamento cirúrgico e o sítio do tumor primário não influenciou significativamente na qualidade de vida(23). O estadiamento do tumor (TMN) foi o principal preditor de qualidade de vida neste estudo. A comparação entre os pacientes com câncer na cavidade oral e pacientes com câncer em orofaringe não demonstraram diferenças estatísticas significativas.

Na estimativa de novos casos de câncer segundo o gênero para 2020, o Instituto Nacional do Câncer(24), divulgou que nas mulheres as neoplasias mais prevalentes serão por ordem decrescente mama e cólon e reto, corroborando com os resultados deste estudo, em que no total de 43 mulheres avaliadas, 21 apresentaram câncer de mama e 4 apresentaram no cólon e reto. Na amostra investigada, a prevalência de tumores na região de cabeça e pescoço foi maior no gênero masculino (86%), concordando com os estudos de Barrios *et al.* (2014)(20) (63,2%) e Barrios *et al.* (2015)(21) (64,1%). Esse resultado vai ao encontro das estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2020(24), no qual o câncer de cavidade oral nos homens será o 5º mais prevalente, enquanto entre as mulheres aparece como 13º mais prevalente na região Sudeste. Isso pode se justificar no fato que os homens procuram menos o atendimento médico, deixando a doença progredir seu curso natural, levando a um diagnóstico mais tardio e com pior prognóstico. O imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele se cuide menos e se exponha mais a situações de risco. Por outro lado, as mulheres são mais vigilantes e cuidadosas com sua saúde e estão mais atentas a qualquer alteração manifestada(25).

Ao analisar a associação entre gênero e qualidade de vida dos pacientes oncológicos, observou-se que os homens apresentaram pior qualidade de vida em todos os domínios, com evidência estatisticamente significativa nos domínios psicológico e do ambiente, do questionário WHOQOL-*bref*. Estes resultados foram encontrados ao entrevistar pacientes com cancer oral no hospital das clínicas de São Paulo, utilizando o questionário UW-QOL, versão 3(14).

A relação entre qualidade de vida e renda familiar, demonstrou que quanto maior a renda familiar, melhor a qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-*bref*.

Similarmente, Ashing-Giwa e Lim (2009)(26) revelaram em seu estudo que todos os indicadores socioeconômicos interferem significativamente na saúde física e mental de pacientes com câncer de mama na Califórnia - EUA. Os grupos com melhor nível socioeconômico expressam melhor qualidade de vida. Isto pode estar relacionado ao fato que indivíduos com um nível econômico mais favorável, tem mais oportunidades de tratamento e acompanhamento, além de buscar novos procedimentos e ter acessos a medicamentos e tecnologias mais eficazes.

A idade influenciou significativamente na percepção de qualidade de vida. Indivíduos mais idosos, entre 60 a 82 anos, exibiram no domínio ambiente do WHOQOL pior escore, evidenciando pior qualidade de vida. Dessa forma, fica evidente que o aumento da idade pode levar a incapacidade funcional. A incapacidade funcional geralmente está associada à aspectos de saúde. Sendo assim a doença exige necessidade de cuidado (dependência) interferindo na autonomia e bem-estar do indivíduo(27)(28).

O senso de coerência é definido pela capacidade de uma pessoa responder a situações estressantes. É utilizado como uma ferramenta de orientação para o indivíduo ver o mundo e o ambiente em que vive como compreensível, gerenciável e significativo, alegando que a maneira como as pessoas vêem sua vida tem uma influência positiva sobre a sua saúde(11). Neste trabalho verificou-se que pacientes com baixo senso de coerência demonstram pior qualidade de vida, visto que enfrentar sua doença causa grande impacto em sua qualidade de vida. Estimar o senso de coerência pode servir como um fator de proteção psicológica na adaptação de processos saúde e doença dos pacientes(29).

Ao avaliar a autopercepção de felicidade deve-se entender como um construto semelhante à satisfação de vida: “o grau, segundo o qual uma pessoa avalia positivamente a qualidade global de sua vida como um todo, no presente”(30). Os resultados deste estudo expressaram que a maior parte da amostra apresentou alta percepção de felicidade apresentando melhor qualidade de vida. Durante o tratamento oncológico que o indivíduo se submete no momento presente, surgem influências na vida e em perspectivas futuras como não saber se vai ficar curado ou a gravidade de sua doença. Entretanto, estar feliz é uma condição associada a desfechos positivos em saúde, como aceitar e enfrentar bem o tratamento, sentir acolhido e amparado e ter esperança de que vai ser curado(12).

O sofrimento psicológico gerado pela doença oncológica pode tomar várias formas que vai desde o medo, a preocupação e a tristeza até problemas incapacitantes como a depressão, o pânico, a ansiedade ou o isolamento(31). Nesta pesquisa constatou-se que os pacientes manifestaram a ansiedade e depressão em nível normal

evidenciando melhor qualidade de vida. O doente enfrenta, a partir do momento do diagnóstico, um conjunto de mecanismos e de tarefas de adaptação à doença e suas circunstâncias. O enfrentamento da doença, o tratamento e a incerteza do futuro são fatores que interferem diretamente nas sensações de ansiedade e depressão, causando oscilações que podem levar ao isolamento e até pessimismo quanto ao quadro de sua saúde(31). Entretanto, o fato de que as características pessoais, as atitudes e os conhecimentos dos cuidadores, assim como o local onde os cuidados são ministrados podem ter um efeito tranquilizante, além da esperança, na expectativa da cura.

Como limitação desta pesquisa, neste estudo o desenho transversal pode ser apontado como uma limitação uma vez que, não permite acompanhar a evolução do impacto do tratamento multidisciplinar na qualidade de vida dos indivíduos com câncer. O WHOQOL-*bref* pode ser benéfico em termos de comparações de amostras definidas, mas a sua utilização não exclui a possibilidade de que os impactos na qualidade de vida observados podem ser devido a outras condições sistêmicas, não apenas devido ao câncer ou seu tratamento.

Sugerem-se novos estudos com avaliação clínica odontológica como forma complementar aos resultados obtidos, e também pesquisas longitudinais para verificar a variação do impacto do tratamento antineoplásico nos pacientes com neoplasias em região de cabeça e pescoço.

O estudo da qualidade de vida é uma fragmento importante nas pesquisas e ensaios clínicos associados a oncologia. A peculiaridade do paciente oncológico deve ser vista de forma ampla, entender suas necessidades, desejos e esperança. Buscar um tratamento de forma cada vez mais integral e multiprofissional. Este trabalho buscou apresentar a amostra de pacientes estudada revelando suas características de forma ampla e como é sua qualidade de vida em determinado momento do tratamento oncológico.

5 CONCLUSÃO

Dentro dos limites desse estudos, pode-se concluir que:

- Indivíduos com neoplasia em região de cabeça e pescoço demonstram pior qualidade de vida, quando comparados àqueles com neoplasias em demais regiões do corpo.
- A renda familiar é um fator de alto impacto na percepção de qualidade de vida.

- Os indivíduos do sexo masculino apresentam pior percepção de qualidade de vida, principalmente nos domínios psicológico e do ambiente.
- Estado civil e a faixa etária dos indivíduos são fatores com impacto negativo na percepção de qualidade de vida ao considerar o domínio social.
- O senso de coerência baixo reflete um forte impacto negativo na qualidade de vida.
- A percepção de felicidade, no domínio físico, psicológico e ambiente expressou alta qualidade de vida.
- Em relação aos níveis de ansiedade de depressão a amostra demonstrou nível normal em todos os domínios do WHOQOL, evidenciando melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Ribeiro JLP. Educação para a Saúde. *Psicol Saúde Doenças*. 2015;16(1):3–9.
- 2 Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 22º ed. São Paulo: Edições EACH; 2012. 142 p.
- 3 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. 6. ed. rev. 2020. 114 p. Available at: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>
- 4 Cristiana de Lima Tavares de Queiroz Marques. Câncer 360o orientações para uma vida melhor - pacientes, familiares, cuidadores. 1º ed. RECIFE: carpe diem edicoes; 2014. 1085 p.
- 5 INCA. ESTIMATIVA 2020 - Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. 2019. p. 120. Available at: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- 6 Vargas H, Enfermagem B. Câncer de Próstata : Retrato de uma realidade dos pacientes , a importância e o preconceito com o toque retal Prostate Cancer : Portrait of a patients ' reality , the importance and the prejudice with the rectal touch. *Brazilian J Heal Rev* [Internet]. 2021;14551–61. Available at: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/32375/pdf>
- 7 Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *J Can Dent Assoc* [Internet]. outubro de 2003;69(9):585–90. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14653934>
- 8 Dzebo S, Mahmutovic J, Erkocevic H. Quality of Life of Patients with Oral Cavity Cancer. *Mater Socio Medica* [Internet]. 2017;29(1):30. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402360/>
- 9 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015 [Internet]. 2014. p. 1–6. Available at: www.abep.org
- 10 Pedrosa B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 1 de julho de 2010;2(1):31–6. Available at: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>
- 11 Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460–6.
- 12 Scalco DL, Araújo CL, Bastos JL. Autopercepção de felicidade e fatores associados em adultos de uma cidade do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Psicol*

Reflexão e Crítica [Internet]. 2011;24(4):648–57. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica* [Internet]. outubro de 1995;29(5):359–63. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=pt&tlng=pt

14. Andrade FP De, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer bucal no Brasil. *Braz Oral Res* [Internet]. 2006;20(4):290–6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-83242006000400002&script=sci_abstract&tlng=pt

15. Borggreven PA, Verdonck-De Leeuw IM, Muller MJ, Heiligers MLCH, De Bree R, Aaronson NK, et al. Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: Pretreatment values of a prospective study. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2007;264(6):651–7.

16. Genden EM, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen RP, et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* [Internet]. 13 de julho de 2010;267(7):1001–17. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s00405-010-1206-2>

17. Goiato MC, Haddad MF, dos Santos DM, Pesqueira AA, Filho HG, Pellizzer EP. Incidents Malignant Neoplasias Maxillofacial Area. *J Craniofac Surg*. 2009;20(4):1210–3.

18. Luo J, Wu J, Lv K, Li K, Wu J, Wen Y, et al. Analysis of Postsurgical Health-Related Quality of Life and Quality of Voice of Patients With Laryngeal Carcinoma. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. janeiro de 2016;95(1):e2363. Available at: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005792-201601050-00021>

19. Viet CT, Schmidt BL. Biologic mechanisms of oral cancer pain and implications for clinical therapy. *J Dent Res*. 2012;91(5):447–53.

20. Barrios R, Tsakos G, García-Medina B, Martínez-Lara I, Bravo M. Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):2927–33.

21. Barrios R, Bravo M, Gil-Montoya JA, Martínez-Lara I, García-Medina B, Tsakos G. Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(1):9.

22. Pereira LJ, Braga Caputo J, Midori Castelo P, Francelino Andrade E, Silva Marques L, Martins de Paiva S, et al. Oral physiology and quality of life in cancer patients. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2161–6.

23. Pierre CS, Dassonville O, Chamorey E, Poissonnet G, Ettaiche M, Santini J, et al. Long-term quality of life and its predictive factors after oncologic surgery and microvascular reconstruction in patients with oral or oropharyngeal cancer. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(4):801–7.
24. INCA. Instituto Nacional do Cancer - Estimativa 2016. Ministério Da Saúde. 2016;51.
25. Gomes R, Nascimento EF Do, Araújo FC De. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007;23(3):565–74. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
26. Ashing-Giwa KT, Lim J. Examining the impact of socioeconomic status and socioecologic stress on physical and mental health quality of life among breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 1 de janeiro de 2009;36(1):79–88.
27. Ferreira AP. Avaliação do grau de dependência nas Atividades de Vida Diária em idosos no programa Clínica da Família, Jacarepaguá, RJ: estudo de caso. *Rev UNIANDRADE* [Internet]. 2014;15(1):51–64. Available at: <http://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/126/116>
28. Machado Luz FW, Ribeiro Silva AE, Perroni AP, Goettems ML, Boscato N. Impact of Seniors Centers on oral health-related quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 2020;54:1–10.
29. Rohani C, Abedi H-A, Sundberg K, Langius-Eklöf A. Sense of coherence as a mediator of health-related quality of life dimensions in patients with breast cancer: a longitudinal study with prospective design. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2015;13(1):195. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84952876500&partnerID=tZOtx3y1>
30. Veenhoven R. Advances in understanding happiness. *Rev Quebecoise Psychol*. 1997;18:29–74.
31. Cardoso G, Luengo A, Trancas B, Vieira C, Reis D. Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Rev do Serviço da Psiquiatria do Hosp Prof Doutor Fernando Fonseca* [Internet]. 2009;6(2). Available at: <http://hdl.handle.net/10400.10/429>