

Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio

Railda Fernandes Alves
Myriam de Oliveira Melo
Samkya Fernandes de Oliveira Andrade
Thiago Silva Fernandes
Deize Lima Gonçalves
Adriano Araújo Freire

Resumo: Este estudo teve como objetivo investigar a qualidade de vida em pessoas com câncer que buscam assistência em casas de apoio. A amostra foi composta por mulheres (82,5%) e homens (17,5%), (N=57). A metodologia foi quanti-qualitativa. Utilizou-se um questionário sócio demográfico, a escala de qualidade de vida geral EORTC QLC- 30 e uma entrevista em profundidade. As maiores incidências foram para os cânceres de mama 50%, e o de colo do útero 12,5%. A qualidade de vida foi verificada como positiva. O apoio foi relatado como fundamental para atravessar a fase crítica da doença e a reabilitação, melhorando a qualidade de vida. O câncer foi relacionado à morte e o diagnóstico implica abalo emocional para o doente e sua família. A quimioterapia traz sofrimento físico e psíquico.

Palavras-chave: Qualidade de vida; oncologia; casa de apoio.

The quality of life in patients with cancer in the care in support homes

Abstract: This study aimed to investigate the quality of life in people with cancer who are seeking assistance in support homes. The sample was composed mostly of women (82.5%) but also of men (17.5%) (N=57). The methodology was quantitative and qualitative. For the study we used a socio-demographic questionnaire, the scale of overall quality of life EORTC QLC-30 and an in-depth interview. The highest occurrences of the disease were for 50% of breast cancers, and uterine cervix: 12.5%. Quality of life was evaluated as positive. The support was reported as fundamental to cross the critical phase of the disease and rehabilitation, encouraging the development of the life quality. The cancer was initially associated to death and the diagnosis was received with much sadness and emotional shock both to the patient and their family. The treatment, particularly chemotherapy, brings much physical and mental suffering.

Keywords: Quality of life; oncology; support homes.

Introdução

O estudo proposto foi pensado na interface dos saberes da psicologia positiva, oncologia e qualidade de vida. Teve como objetivos verificar a qualidade de vida em pessoas com neoplasia, em tratamento e assistidas por uma casa de apoio; conhecer suas concepções sobre o diagnóstico e o tratamento; identificar o papel do apoio social nas estratégias de enfrentamento durante o processo da doença.

O câncer, doença crônico-degenerativa, é considerado na atualidade um problema de saúde pública. Vários aspectos como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação,

física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra esta doença. Os impactos da hipótese diagnóstica, a confirmação da doença e do seu tratamento, influem diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

O câncer, definido pelo INCA – Instituto Nacional do Câncer (2009) como um conjunto de neoplasias malignas, é considerado um problema de saúde pública, devido ao aumento da incidência em todo o mundo. O impacto global mais que dobrou em 30 anos e estimou-se que só no ano de 2008 ocorreria cerca de 12 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos, com uma tendência a aumentar nos anos seguintes.

As neoplasias ou tumores, como são popularmente conhecidas, são caracterizadas como uma forma de crescimento celular não controlado. Pérez-Tamayo (1985) as definem como uma proliferação anormal do tecido, que foge ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, causando efeitos agressivos sobre o hospedeiro.

No Brasil, segundo o INCA (2009), as estimativas para os anos de 2010 e 2011, apontaram para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer. Tais estimativas destacam que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

No que concerne ao sexo masculino, ainda de acordo com o INCA (2009), os tumores mais incidentes, serão decorrentes de câncer de pele não melanoma (53 mil casos novos), próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (13 mil). No tocante ao sexo feminino, os mais incidentes são os tumores de pele não melanoma (60 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil).

No Estado da Paraíba, considerando o sexo masculino, as estimativas de incidência com exceção do câncer de pele não melanoma, demonstram como mais incidente entre os homens os tumores de próstata (790), em seguida estômago (190), de cavidade oral (150), de pulmão (130), leucemias (90), de cólon e reto (80), de esôfago (80) e de pele melanoma (20). Em relação ao sexo feminino, exceto o câncer de pele não melanoma, aparece como possível mais incidente os tumores de mama (550), de colo de útero (300), de estômago (130), de cólon e reto (100), de pulmão (90), de cavidade oral (90), leucemias (80) e esôfago (50) (INCA, 2009).

Diante de dados tão alarmantes, a oncologia abre hoje um vasto campo para a atuação dos vários profissionais de saúde, dentre esses o psicólogo, que, segundo Cantone (2011) trabalhará os aspectos psicossociais, integrando a doença e o doente como uma unidade: mente, corpo e sentimento. A abordagem deve ser multidisciplinar e extensiva a todos os níveis de intervenção em saúde da atenção primária (prevenção) à alta complexidade (combate à doença).

Psicologia Positiva

A Psicologia Positiva é definida como a ciência que estuda a experiência subjetiva positiva, as potencialidades e virtudes humanas, e as instituições que promovem a qualidade de vida, contribuindo para a compreensão e desenvolvimento dos fatores que permitem a prosperidade dos indivíduos e comunidades (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ela surge como resultado da crítica à visão patogênica da psicologia clínica.

Segundo Paludo e Koller, (2007), a crítica direciona-se à ideia reducionista dos tratamentos dos transtornos mentais clássicos fato que impede o avanço em identificar e fortalecer os aspectos positivos existentes no homem.

Ao concentrar-se na saúde e no bem-estar psicológico, a Psicologia Positiva não pressupõe ausência de sofrimento, mas sim participação ativa no mundo, sentido e propósito na vida, conexão com pessoas e objetos além de si mesmo (Garrett, 2010). A proposta maior da Psicologia Positiva é mostrar que o saber e as intervenções psicológicas não abarcam tão somente o lado negativo e patológico do homem, mas também o seu bem-estar subjetivo, suas emoções positivas (o amor, a esperança, o otimismo, o altruísmo, e até mesmo a transcendência e a espiritualidade). Tal característica facilita as ações de promoção à saúde, prevenção de enfermidades bem como a abordagem dos estudos em qualidade de vida.

Qualidade de vida (QV)

De acordo com Pais-Ribeiro (2009) o termo qualidade de vida foi naturalizado e tem sido amplamente usado tanto pelas pessoas comuns como por especialistas. Tal amplitude fez com que houvesse uma disseminação do conceito levando à sua diversificação e à falta de consenso, características que se tornaram um empecilho à discussão científica. Ainda com Pais-Ribeiro (2009) qualidade de vida, bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida são sinônimos usados para indicar uma boa vida em geral.

O estudo da QV é perpassado por duas vertentes: uma identificada com um conceito mais genérico e a outra relacionada à saúde, (Zandonai, Cardozo, Nieto & Sawad, 2010). Segundo Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), a expressão qualidade de vida foi utilizada inicialmente no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar do trabalhador. Nos idos anos 60 foram incorporados indicadores como educação, crescimento econômico, saúde e bem-estar (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007), e as primeiras investigações focavam a experiência de vida das pessoas, ou seja, o que elas sentiam, pensavam ou como percebiam suas vidas.

Sirgy (2002) inclui o conceito de QV dentro de bem-estar subjetivo e afirma que este seria utilizado para expressar os aspectos subjetivos como felicidade, satisfação com a vida e a qualidade de vida percebida. Muito embora alguns autores privilegiem os aspectos subjetivos da QV, não há atualmente na literatura uma definição consensual. O consenso se dá em relação às suas características que são: a subjetividade, relacionada às respostas que devem ser do próprio indivíduo e dependem de sua experiência de vida; valores e cultura; a multidimensionalidade, que se caracteriza pelos vários domínios que envolvem a avaliação de QV (Machado & Sawada, 2008). Portanto, a concepção de qualidade de vida é diferente entre os indivíduos, locais e períodos de tempo.

Os domínios, referentes à multidimensionalidade, como educação, saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual, por exemplo, foram identificados como decisivos para a QV. Cada domínio pode ser estudado separadamente, como é o caso da QV na saúde. No campo da saúde o conceito é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor. Destaca a percepção

dos efeitos do estado de saúde na capacidade para viver uma vida plena. Na definição de Cleary, Wilson e Fowler (1995), a QV “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida” (pág. 191).

No sentido genérico, destaca-se a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em que afirma que QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck *et. al.*, 2000, p. 179). Os estudos que partem de tal concepção são aqueles que incluem pessoas saudáveis da população, sem incluir na amostra pessoas portadoras de alguma doença específica.

A mensuração de QV do paciente oncológico é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. O monitoramento dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a QV dos afetados pelo câncer.

Método

O estudo foi transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por pessoas diagnosticadas como portadoras de neoplasia (N=57). O campo de investigação corresponde a três casas de apoio, duas em Campina Grande e uma localizada na cidade de Queimadas. As duas cidades estão localizadas no Estado da Paraíba.

A primeira casa de apoio é responsável por acolher pacientes em tratamento quimioterápico ou radioterápico, tanto homens quanto mulheres, residentes em outras cidades. A segunda casa proporciona assistência a pacientes da própria cidade, oferecendo cursos de crochê, artesanatos, tricô e atividades de fisioterapia e educação física. E a terceira é uma casa criada para atender aos cidadãos portadores de câncer, da cidade de Queimadas – PB.

Foram incluídos na pesquisa os maiores de 18 anos, residentes ou não nas cidades pesquisadas, seguindo o critério de aceitabilidade e disponibilidade. Foram excluídos os pacientes com elevado grau de comprometimento da saúde. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um questionário sócio demográfico (Rea & Parker, 2000), a escala de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 (Silva, 2008) e uma entrevista em profundidade (Duarte, 2005). Para limitar o número de entrevistas (N=27) foi utilizado o critério de saturação. A coleta de dados foi realizada nas casas de apoio, no período de fevereiro a junho de 2012.

Os dados quantitativos foram analisados mediante o uso da estatística descritiva. E os qualitativos através da análise da enunciação (Bardin, 1977). Para dar visibilidade aos resultados foram produzidas árvores de associação de sentidos, propostas por Spink e Lima (1999).

A orientação ética da pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se o termo de Consentimento Livre Esclarecido resguardando-se as prerrogativas previstas no item IV.2.d., da referida Resolução.

Resultados e discussões

Perfil

A amostra (N=57) foi formada por 47 (82,5%) mulheres e 10 (17,5%) homens, com idades que variaram de 18 a mais de 67 anos (média de 55,9 anos e desvio padrão de 2,17). Dados do INCA (2006) mostram que as mulheres são mais acometidas pela neoplasia, embora o seja com um percentual mais baixo quando comparado com a presente pesquisa.

A maior prevalência do câncer encontra-se no intervalo de 58 e 67 anos (26,3%) e 48 e 57anos (24,6%), respectivamente, confirmando que a incidência de neoplasia é crescente conforme o aumento da idade. Resultado consonante com os dados do INCA (2011). O envelhecimento natural do ser humano com as mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna, somado ao fato de que as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente em pessoas mais velhas (INCA, 2011).

A escolaridade da amostra é baixa. Os escores concentram-se no ensino fundamental incompleto 26 (45,6%) e na não alfabetização 14 (24,6%). A renda familiar é igualmente baixa. As profissões/ocupações indicadas, a saber: dona de casa não remunerada (22 – 38,6%) e aposentados (15 – 26,3%), compõem mais da metade da população estudada. O que leva a inferência de uma amostra com baixa renda. Além disso, as casas de apoio privilegiam o atendimento de pessoas com baixa renda e conseqüentemente baixa escolaridade, visto que tais variáveis apresentam correlações positivas. Pesquisadores como Mascarello, Silva, Piske, Viana, Zandonade e Amorim (2012) mostraram claramente a existência de uma correlação positiva entre incidência de câncer, baixa escolaridade e baixa renda familiar.

É importante ressaltar que estudos do INCA (2011) mostram que a incidência de câncer tem também grande relação com a soma de causas externas (substâncias químicas, vírus, irradiação e fatores comportamentais) e internas (hormônios, condições imunológicas e fatores genéticos). Isto significa dizer que independente da escolaridade pode haver a predisposição para o aparecimento do câncer.

As religiões predominantes dos entrevistados são católica 41 (71,9%) e evangélica 11 (19,3%). Todos os entrevistados (100%), religiosos ou não, afirmaram que possuem fé. Resultados encontrados na pesquisa de Fornazari e Ferreira (2010) revelou que 100% dos participantes apresentaram características de espiritualidade, embora nem todos professassem uma religião. A fé se constitui para os pacientes oncológicos um importante suporte frente ao diagnóstico, visto que, de acordo com Fornazari e Ferreira (2010), o diagnóstico do câncer pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente. Costa e Leite (2009) afirmam que o envolvimento religioso e espiritual tem sido associado de forma positiva ao enfrentamento da doença crônica, à medida que propiciam menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e aumento da qualidade de vida.

Quanto aos tipos de cânceres a grande predominância foi para o câncer de mama com 28 casos, correspondendo a 50% de toda a amostra. Estatística que se confirma através de outras pesquisas como a realizada pelo INCA (2006), que mostra que entre os anos de 1979 e 2004, houve um aumento significativo com crescimento de 76% nos casos de câncer de mama aqui no Brasil. O câncer de colo do útero ocupa o segundo lugar da amostra, correspondendo a sete casos (12,5%) da população estudada.

Escala de qualidade de vida (EORTC QLQ– C30)

O instrumento Eortc (QLQ-C30) possui 16 domínios, distribuídos em 30 questões, formando assim 4 escalas: Escala de Estado de Saúde Global (1 domínio; 2 itens); Escala Funcional (5 domínios; 15 itens); Escala de Sintomas (9 domínios; 12 itens) e Escala de dificuldades financeiras (1 domínio; 1 item). As questões de 1 a 28 do questionário são colocadas em escala do tipo Likert de quatro pontos e as questões 29 e 30 são demonstradas em escala do tipo Likert de sete pontos (Correia, 2012). Para verificar a confiabilidade do instrumento nessa amostra, foi realizado o teste *Alfa de Cronbach* que obteve o resultado de 0,86 demonstrando que o instrumento é confiável e válido para a amostra estudada.

Silva (2008) ao descrever as escalas específicas do instrumento explica que na escala da Saúde global e funcional quanto maior a pontuação (com média mais próxima de 100), melhor a qualidade de vida. No entanto, na escala referente aos sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas e consequentemente pior a qualidade de vida dos sujeitos.

Tabela 1 – Escala de Qualidade Vida (EORTC QLQ – C30).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Saúde Global	57	16,67	100,00	77,19	18,99
Saúde Funcional	57	6,67	97,78	66,19	18,99
Sintomas	57	,00	89,74	28,29	21,45
TOTAL			57		

A tabela 1 mostra que as 3 escalas de saúde global, funcional e de sintomas apresentaram resultados positivos. A Saúde Global, referente aos aspectos da saúde e da qualidade de vida no sentido geral, foi avaliada positivamente com escore de 77,19 (+/-18,99). O que indica boa condição física e satisfatória qualidade de vida (Correia, 2012). A saúde funcional, que diz respeito aos aspectos físicos, emocionais, cognitivo, funcional e social, também foi analisada positivamente, com escore de 66,2 (+/-18,99). Apesar de os participantes apresentarem alguma limitação na realização de suas atividades diárias, ainda assim podiam executá-las.

A escala de sintomas que se refere a questões sobre fadiga, dor, insônia, enjoo e outros sintomas, apresentou escore de 28,3 (+/-21,45). Demonstrando que os participantes da pesquisa não tiveram dificuldades significativas referentes a este item (Correia, 2012).

Referente à escala funcional (tabela 2) apesar de os sujeitos apresentarem algumas dificuldades, no âmbito geral, os participantes não apresentaram limitações significativas que comprometessem a sua qualidade de vida. Apenas nos itens 1 e 2 do domínio da função física (dificuldade para fazer grandes esforços e longa caminhada), os escores foram negativos. As razões para estes resultados relacionam-se ao critério de exclusão da pesquisa que estabeleceu a não participação de pacientes com elevado grau de comprometimento da saúde; e, também, ao apoio recebido pelos familiares e nas casas de apoio. O contato com outros pacientes em situação semelhante, com funcionários das casas, familiares e amigos, significou um suporte social positivo e atuou favorecendo a qualidade de vida dos doentes.

Tabela 2 – Domínios da Escala Funcional.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Função física	57	1,00	3,60	1,94	0,58
Desempenho de papéis	57	1,00	4,00	1,83	0,88
Função emocional	57	1,00	4,00	2,32	0,87
Função cognitiva	57	1,00	4,00	2,06	0,85
Função social	57	1,00	4,00	1,69	0,98
TOTAL			57		

A tabela 3, diz respeito aos dados da Escala de Sintomas e seus domínios. Os dados apontam para a ausência da representatividade dos sintomas nos participantes da pesquisa. Tal fenómeno se justifica pelo fato de que uma parcela significativa dos pacientes entrevistados estarem apenas em acompanhamento, realizando exames periódicos. Ou seja, tinham superado a fase do tratamento com quimioterapia e radioterapia que são, de acordo com o INCA (2012), os principais responsáveis pelos sintomas que limitam as atividades diárias do paciente, provocam dores e prejudicam sua qualidade de vida.

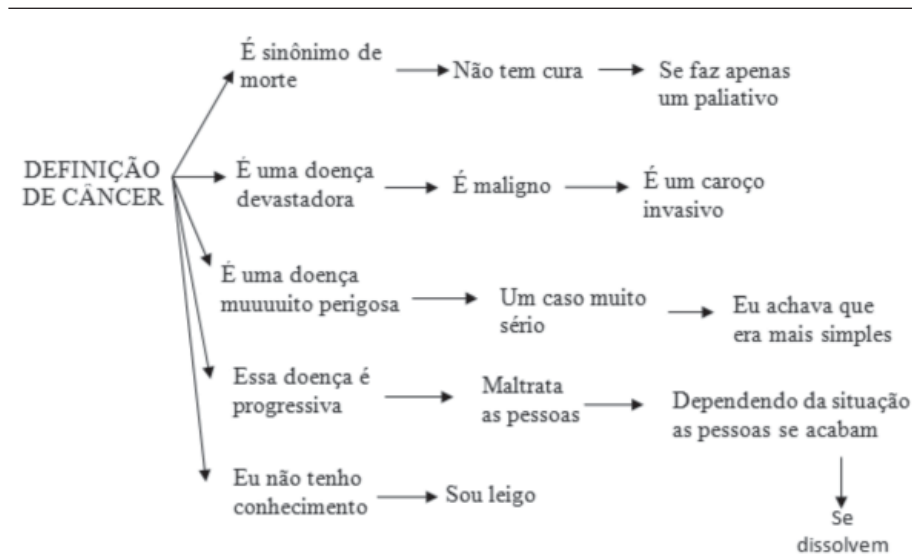
Tabela 3 – Domínios da Escala dos Sintomas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fadiga	57	1,00	4,00	1,98	0,87
Náusea e vômito	57	1,00	4,00	1,63	0,89
Dor	57	1,00	4,00	1,92	0,93
Dispneia	57	1,00	4,00	1,45	0,82
Insônia	57	1,00	4,00	2,19	1,25
Perda de apetite	57	1,00	4,00	2,01	1,23
Constipação	57	1,00	4,00	2,19	1,18
Diarreia	57	1,00	4,00	1,40	0,84
Dificuldades financeiras	57	1,00	4,00	2,19	1,18
TOTAL			57		

Análise dos dados qualitativos

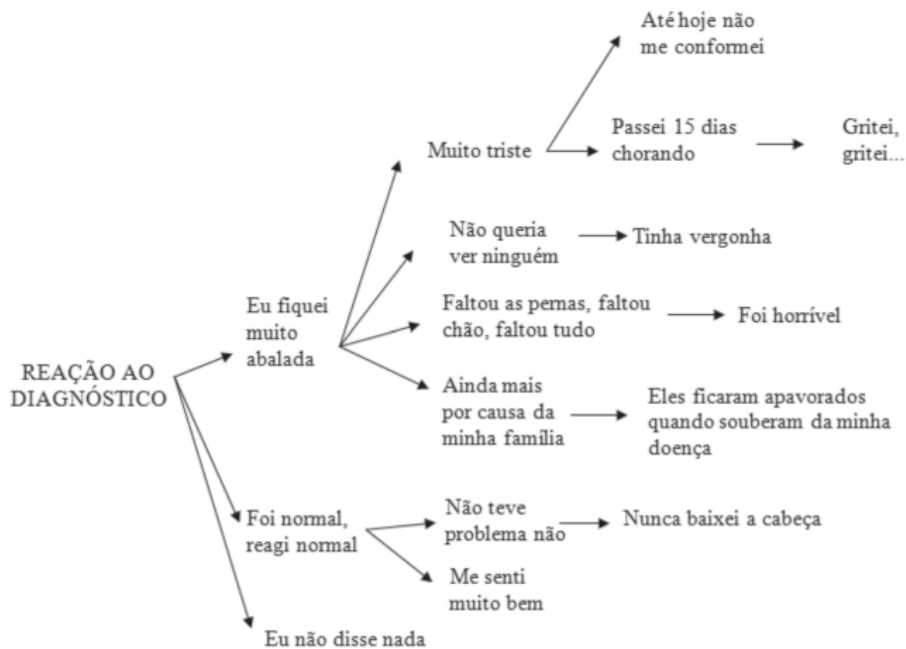
Os dados a seguir se referem às análises de 27 entrevistas (47,3%), aplicadas aos portadores de algum tipo de neoplasia.

Figura 1 – Definição de câncer.



A figura 1 expõe os discursos dos entrevistados acerca do câncer. A análise mostra a proximidade entre o termo câncer e morte e a visão intensamente negativa da doença. De acordo com Araújo e Fernandes (2008) tal dado é justificado, pois diante do diagnóstico de câncer os sentimentos de desesperança, de angústia e de medo são comuns, em decorrência dos efeitos biopsicossociais que afetam significativamente a vida do paciente. Esse resultado é associado à representação do câncer, que embora existam atualmente muitos tratamentos e bons prognósticos, ainda é associado à doença incurável, que evidencia a proximidade da morte (Guererro, Zago, Sawada & Pinto, 2011).

Figura 2 – Reação ao diagnóstico.

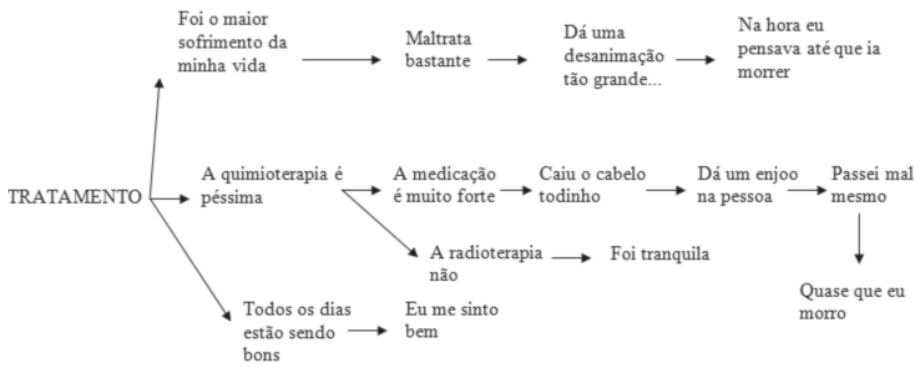


A figura 2 corresponde à reação dos pacientes ao receberem o diagnóstico do câncer. A maioria dos entrevistados citou o momento como triste ou um momento de profundo abalo emocional. Segundo Scott (1991), após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. O câncer desencadeia reações devastadoras tanto no campo orgânico quanto no emocional, provocando desequilíbrios e conflitos internos, podendo resultar em desorganização psíquica.

Diante o sentimento de tristeza ou incapacidade alguns entrevistados descreveram que preferiam o isolamento social, por sentir vergonha do seu estado de fragilidade. Gimenes (2000) afirma que o câncer possui uma história repleta de imagens da vergonha, pois se converte num dos piores flagelos do mundo contemporâneo. Tal vergonha tende a transformar os doentes nos únicos responsáveis por seus próprios sofrimentos e, assim, os modos de enfrentamento do câncer permanecem, muitas vezes, limitados ao silêncio.

A reação ao diagnóstico é realçada também por provocar o sofrimento da família do doente. Segundo Maluf (2006), o apoio emocional recebido dos familiares e amigos cumpre um papel fundamental nesta fase da doença, porém, algumas vezes, isto se torna difícil em virtude dos fortes laços que unem estas pessoas e pelo desconhecimento da evolução e do tratamento da doença.

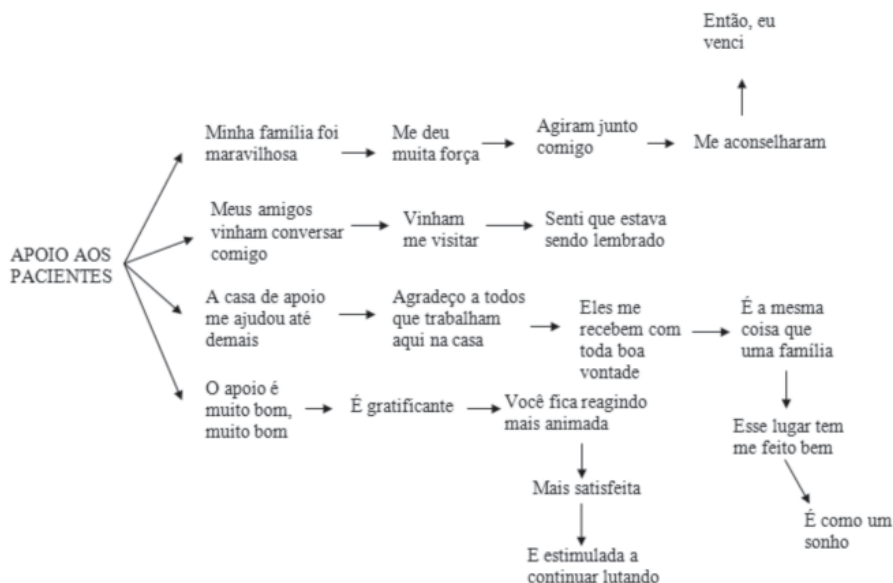
Figura 3 – Tratamento.



A figura 3 mostra as reações ao tratamento destacando os sintomas desgastantes e o maltrato físico e psicológico. Segundo Infante (2011), nem todas as dores são atribuíveis à doença, algumas se relacionam com os cuidados e procedimentos invasivos, realizados pelos profissionais.

Os resultados mostraram que a quimioterapia, apesar de recebida com resignação, é muito difícil de ser enfrentada, já que seus efeitos colaterais promovem sintomas gastrointestinais como: náuseas, vômitos, estomatites, diarreias, entre outros, que não fazem parte do quadro clínico do câncer. Diante dessa realidade é possível observar que mesmo com o avanço tecnológico na otimização do tratamento do câncer e o aumento da sobrevida, o tratamento ainda é penoso e gera nos pacientes sentimentos conflitivos: visto que embora represente temor, desconforto físico, psicológico e restrições, representa também esperança de cura.

Figura 4 – Apoio aos pacientes.



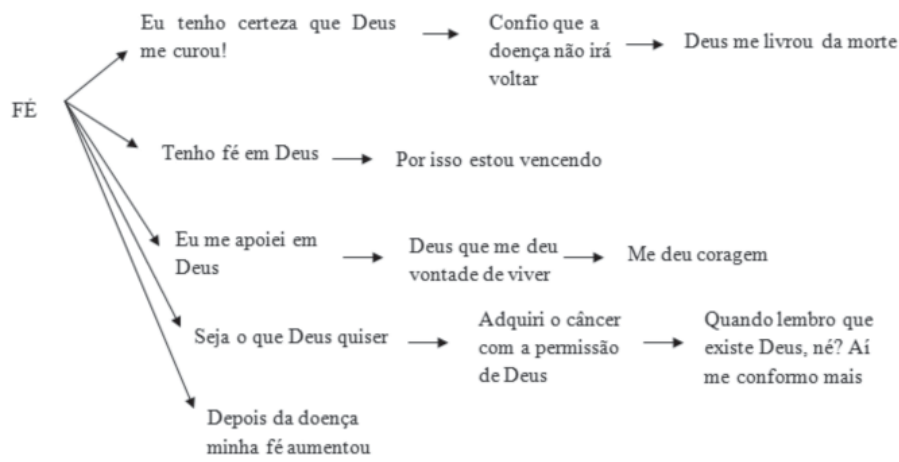
A figura 4 refere-se ao apoio que os pacientes receberam durante o tratamento do câncer. O apoio foi explicado como auxílio, força, companhia, aconselhamento, ajuda em todo o processo desde o momento em que a doença é informada até o tratamento posterior. Esse discurso concorda com os achados de Garriga-Garcia, Galavis, Garriga-Michelena e Lugo (1995), que verificaram que os doentes receptores de apoio geralmente apresentam uma melhor reabilitação.

Os discursos são dirigidos em primeiro lugar ao apoio recebido dos familiares, em seguida ao dos amigos e, por último, ao dos funcionários das casas de apoio. Bergamasco e Angelo (2001) afirmam que a família, com sua ajuda material e emocional, é considerada um apoio fundamental para os pacientes darem continuidade ao tratamento, já que funciona como suporte importante aumentando a adesão e as expectativas para se chegar até o fim do mesmo. Os pacientes sentiam-se bem quando amigos próximos vinham visitá-los, sentiam-se lembrados, mesmo nos momentos difíceis.

Outro resultado relevante é associado às casas de apoio. O paciente oncológico é submetido a tratamentos longos, que exigem cuidados intensos. Muitos pacientes necessitam sair de seus municípios para realizar esses tratamentos, devido à falta de centros oncológicos especializados em suas cidades, o que agrava ainda mais o enfrentamento da doença, além do desgaste físico, financeiro e emocional. Assim, as casas de apoio, são equipamentos de fundamental importância para acolher essas pessoas que estão vivenciando uma situação de maior vulnerabilidade emocional e física. Logo, elas são citadas na pesquisa como fontes de apoio, onde os pacientes encontram em outros membros ali presentes, semelhanças entre as situações, o que lhes ajudam a suportar o

tratamento e a diminuir o isolamento. De um modo geral o apoio é um diferencial na qualidade de vida do doente.

Figura 5 – A fé em Deus como suporte ao enfrentamento da doença.



A figura 5 mostra a utilização da fé como suporte à dor do diagnóstico e o sofrimento do tratamento. Para Gomes (2008), religiosidade e espiritualidade têm sido acessadas, ao longo dos séculos, na busca de consolo, força e sentido para a vida, e isto influencia na forma de suportar os sofrimentos, a dor e os sintomas.

No âmbito dessa pesquisa constatou-se que a vivência da espiritualidade está atrelada à religião, pois a grande maioria dos participantes demonstrou viver a sua espiritualidade através da religião judaico-cristã. Em uma pesquisa com idosos com câncer, Teixeira e Lefevre (2008) encontraram resultados semelhantes, onde o discurso coletivo enaltece a fé religiosa, tendo como resultado a esperança, o equilíbrio e o fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença.

A fé é uma das formas utilizadas para o enfrentamento da doença, pois se constitui um modo de pensar construtivo. A fé em Deus é um sentimento arraigado na cultura ocidental e é tão necessária quanto outros modos de enfrentamento (Costa & Leite, 2009). Neste sentido, a fé torna-se central para o enfrentamento da enfermidade, sendo para o paciente uma aliada ao tratamento. A cura foi atribuída a Deus pois há uma forte ligação da fé com a recuperação, mesmo nos casos que tinham sido desenganados pelos médicos. Para Moreira-Almeida e Koenig (2006), embora não haja estudos suficientes sobre a religião que comprovem, com eficácia, a sua participação contundente no processo de cura, é inegável a significativa influencia no bem estar e na melhora da qualidade de vida.

Por fim, verificou-se que a fé dos pacientes oncológicos aumentou consideravelmente após o diagnóstico do câncer. Em uma pesquisa a fim de verificar se há influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos, Geronasso e Coelho (2012)

obtiveram resultados parecidos ao concluírem que os pacientes, na busca de alívio e conforto, intensificaram a fé e as práticas religiosas após o diagnóstico da neoplasia.

Considerações finais

Os dados finais apontam conclusões significativas para o estudo da qualidade de vida de pessoas com câncer. Em relação ao perfil da amostra é possível confirmar a consonância com outras importantes pesquisas e principalmente os dados do INCA (2011) quanto a maior incidência de neoplasia no sexo feminino.

A neoplasia com maior incidência entre a população pesquisada é o câncer de mama, que é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. A incidência do câncer associada à faixa etária mais elevada da população também foi confirmada. A literatura mundial já denuncia que quanto maior a faixa etária da população maior é esta chance.

A amostra estudada possui pouca escolaridade e baixa renda familiar. A literatura revisada mostra claramente a existência de uma correlação positiva entre incidência de câncer, baixa escolaridade e baixa renda familiar. Tais elementos parecem interferir no que se refere às medidas de prevenção, ao tratamento e às estratégias de enfrentamento da doença.

No que se refere à religião os interlocutores denominaram-se cristãos e 100% da amostra afirmou ter fé em Deus. De modo que a fé é um fator que ajuda no enfrentamento das dificuldades e sofrimentos relacionados à luta contra o câncer. Ela atua como alívio, conforto e consolo nos momentos difíceis de enfrentamento de doença e é acionada para auxiliar no processo de superação das situações desestabilizadoras e traumáticas. Nesse sentido, a espiritualidade, a religiosidade e a fé têm sido consideradas como fatores de saúde mental, porque ajudam a pessoa a transcender, a enxergar além da adversidade.

A análise do instrumento de medida da qualidade de vida permite afirmar que os participantes possuem de uma forma geral boa qualidade de vida. As escalas de saúde global, funcional e de sintomas apresentaram escores positivos. Tais resultados se justificam porque os participantes não estavam em tratamento quimioterápico, que é o mais agressivo e provoca mais sintomas que a própria doença.

A análise da escala funcional também apontou resultados positivos. Resultado influenciado pela exclusão da amostra dos pacientes com elevado grau de comprometimento da saúde. Na função social os participantes descreveram não ter dificuldades quanto ao contato social. Sugere-se que o apoio recebido dos familiares, amigos e das casas justifique tal resultado, já que os grupos indicados suprem a função de suporte social necessária ao aumento da qualidade de vida desses.

No tocante à análise dos discursos foi possível concluir que os doentes relacionam câncer à morte. Tal percepção influencia a recepção do diagnóstico que é recebido com muita tristeza e profundo abalo emocional. As entrevistas ratificaram a importância do apoio como fundamental no enfrentamento da fase crítica da doença e no processo de reabilitação.

A utilização da fé como suporte à dor do diagnóstico, o sofrimento do tratamento e o enfrentamento da doença, foi confirmada também pela análise dos discursos. Ela

foi descrita como um modo de pensar construtivo que eleva o aumento da esperança na cura.

O presente trabalho cumpriu seu papel no sentido de investigar a qualidade de vida de doentes oncológicos. Compreender a capacidade de se sobrepor e superar os problemas e dificuldades, as percepções sobre o câncer, o diagnóstico e suas vivências, a relação do câncer como a espiritualidade/religiosidade, podem auxiliar a melhorar a relação entre a doença, o tratamento e a cura, levando ao aumento da qualidade de vida dos afetados e à promoção de bem-estar do doente. Tal conhecimento ajuda os profissionais de saúde a identificarem nos doentes as estratégias de enfrentamento da neoplasia.

Apontando para o futuro de novas investigações é importante associar aos estudos sobre a qualidade de vida em pessoas com câncer à discussão sobre tratamento x sobrevida do paciente x qualidade de vida. Há que se estudar de maneira mais aprofundada o impacto dos tratamentos de câncer na vida das pessoas. Neste estudo a qualidade de vida de pessoas com câncer fora do tratamento de quimioterapia, foi percebida como positiva.

Referências

- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico de câncer para os entrevistados. *Pesquisa Research – Investigación*, 12(4), 664-671.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bergamasco, R., & Angelo M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Bras Cancerol*, 47(3), 227-82.
- Cantone, A. D. (2011). Psicooncologia: a linguagem do corpo no adoecer Parte I. Disponível em: <<http://www.cepps.com.br/artigos.asp>> Acessado em <Dezembro de 2012>.
- Cleary, P. D., Wilson P. D., & Fowler F. J. (1995). Health – related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. Em Dimsdale J. E, Baum, A, (Ed.), *Quality of life in behavioral medicine research*. (pp. 191-204). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Correia, F. R. (2012). Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS). Dissertação (Mestre em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto.
- Costa, P., & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras, *Revista brasileira de cancerologia*, 55(4), 355-364.
- Duarte, J. (2005). Entrevista em profundidade. Em Duarte, J, Barros, A (org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação* (pp. 62-64). São Paulo: Atlas.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*. Porto Alegre, 34(2), 178-183.
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265–272.

- Garrett, A. F. A. (2010). *A Influência da Religião/Espiritualidade na Saúde: apoio social e estratégias de coping como variáveis mediadoras*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Garriga-Garcia, E., Galavis, V., Garriga-Michelena, E., & Lugo, J. (1995) Impacto de La Laringectomia en Los Pacientes. *Revista Venezolana de Oncologia*, 7(1), 89-93.
- Geronasso, M. C. H., & Coelho, D. (2012). A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde e Meio Ambiente*, 1(1), 173-187.
- Gimenes, M. G. G. (2000). *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno.
- Gomes, D. M. (2008). Religiosidade como Fonte de Resiliência em Psicoterapia. Em Brusca, C., Savio, A., Fontes, F., & Gomes, D. M. *Religiosidade e psicoterapia*. São Paulo: Roca.
- Guerrero, G. P., Zago, F. G., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 64(1) 53-59.
- Infante, A. C. S. (2011). Dor iatrogênica em oncologia e sua prevenção. *Revista Dor*, São Paulo, 12(1), 54-57.
- Instituto Nacional do Câncer (2006). *A Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro.
- Instituto Nacional do Câncer (2009). *Estimativa 2010: A incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acessado em: <19 Junho 2011>.
- Instituto Nacional do Câncer (2011). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer*. – Rio de Janeiro: Inca.
- Instituto Nacional do Câncer (2012). Perguntas e respostas sobre quimioterapia. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/eab1bc8043b01c65a185ad3a98a55b50/perguntas_qt.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=eab1bc8043b01c65a185ad3a98a55b50> Acessado em: <20 de agosto de 2012>.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de Vida: Aspectos Conceituais. *Revista Salus*. Guarapuava, 1(1), 13-15.
- Machado, S. M., & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto contexto – enfermagem*, 17(4), 750–757.
- Maluf, M. F. (2006). *Mastectomia radical e sexualidade feminina*. São Paulo: Livraria Médica Paulista.
- Mascarello, K. C., Silva, N., F., Piske, M. T., Viana, K. C. G., Zandonade, E., & Amorim, M. H. C. (2012). Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3), 417-426.
- Moreira-Almeida, A. N., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 28(3), 242-250.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Em J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Paludo, S. S., Koller, S. H. (2007). *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. Paideia, 17(33), 9-20.

- Perez-Tamayo, R. (1985) *Mechanisms of Disease; Introduction to Pathology*. 2nd. ed. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago.
- Rea, I. M., & Parker, R. A. (2000). *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira.
- Scott, J. (1991). Cancer patients. Em J. Scott, J. M. G. Williams & A. T. Beck (Orgs.). *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. New York: Routledge.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 1(23). 55, 5-14.
- Silva, F. A. (2008). Validação, reprodutibilidade, aceitação e compreensão de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama (IBCSG, EORTC-C30, EORTC-BR23, FACT-B+4). São Paulo: Fundação Antônio Prudente.
- Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academic Press.
- Spink, M. J., & Lima, H. (1999). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. Em Spink, M. J. (org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. (pp. 93-122) São Paulo: Cortez.
- Teixeira, J. J. V., & Lefevre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 13(4), 1247-1256.
- Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6(1), 3-12.
- Zandonai, A. P, Cardozo, F. M. C, Nieto, I. N. G., & Sawad, N. O. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf.* 12(3), 554-61.

Recebido em janeiro de 2013

Aceito em julho de 2013

Railda Fernandes Alves: Psicóloga, Doutora, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Myriam de Oliveira Melo: Psicóloga, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Samkya Fernandes de Oliveira Andrade: Psicóloga, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Thiago Silva Fernandes: Estudante de graduação em psicologia, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Deize Lima Gonçalves: Estudante de graduação em psicologia, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Adriano Araújo Freire: Estudante de graduação em psicologia, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Endereço para contato: raildafernandesalves@gmail.com