

ARTIGO
ORIGINAL

UM ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA ONCOLÓGICA NA ULS DE CASTELO BRANCO MEDIANTE A APLICAÇÃO DO SF-36

A Longitudinal Study of Quality of Life in Patients undergoing Surgical Oncology at ULS Castelo Branco by applying the SF-36

Sara MORGADO NUNES¹, Ana MONTEIRO², Luísa RATO³

SUMÁRIO

Uma necessidade que surge com frequência em estudos de Qualidade de Vida é a detecção de alterações ocorridas ao nível da auto-percepção dos pacientes ao longo do tempo. Avaliar a percepção que pacientes oncológicos possuem sobre a sua Qualidade de Vida é muitas vezes difícil já que, juntamente com as alterações reais, os pacientes alteram muitas vezes a sua escala de medida (recalibração), as suas prioridades (repriorização) ou, inclusivamente, o que antes entendiam por Qualidade de Vida (reconceptualização). Com este estudo pretende-se avaliar a Qualidade de Vida em pacientes com diversos tipos de neoplasias a ser seguidos na ULS de Castelo Branco. Em particular pretende-se estudar a ocorrência de alterações ao nível da auto-percepção destes pacientes durante os meses subsequentes à cirurgia. Detectaram-se alterações ao nível das dimensões Dor Corporal, Funcionamento Físico e Desempenho Físico.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, *Response Shift*, SF-36 e Cancro.

ABSTRACT

A question that arises frequently in Quality of Life studies is the detection of changes in self-perceived health related quality of life. To evaluate the perception that cancer patients have about their Quality of Life is often a difficult task because, beyond the real changes, patients change their internal standards (recalibration), values (reprioritization), or how they define Quality of Life (reconceptualization). The objective of this study is to assess changes in self-perceived health related quality of life in a group of patients with various types of cancer followed in the ULS de Castelo Branco. We study the occurrence of changes in self-perception of these patients during months after surgery and we detected changes in the dimensions Body Pain, Physical Functioning and Role Physical.

Key-Words: Health Related Quality of Life, *Response Shift*, SF-36 and Cancer.

Correspondência do Autor: Sara Morgado Nunes
Email: sara@ipcb.pt

1. INTRODUÇÃO

Em geral, o conceito de Qualidade de Vida refere-se a noções como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, ou seja, tudo o que proporcione um quotidiano agradável. Para um paciente, Qualidade de Vida é um conceito relativo uma vez que se refere ao seu nível de satisfação em função das possibilidades actuais, comparadas com

aquelas que crê serem possíveis ou ideais⁽¹⁾. O conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é necessariamente diferente do conceito de Qualidade de Vida global. Ainda que cada paciente possua a sua escala de valores, é possível encontrar elementos comuns e construir um conceito operacional. Em realidade, não existe uma definição única de QVRS, no entanto podemos descrevê-la, de forma funcional, como a per-

¹ DOUTORADA EM ESTATÍSTICA APLICADA, PROFESSORA ADJUNTA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

² LICENCIADA EM ENFERMAGEM, A EXERCER FUNÇÕES NO SERVIÇO DE CIRURGIA - HOMENS DA ULS DE CASTELO BRANCO

³ LICENCIADA EM ENFERMAGEM, ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE CIRURGIA - HOMENS DA ULS DE CASTELO BRANCO



cepção dos pacientes sobre as suas capacidades em quatro dimensões importantes: bem-estar físico e actividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas². A QVRS é pois um conceito multidimensional, subjectivo e individual.

Nos últimos anos assistiu-se a um aumento significativo do número de estudos e publicações nos quais se considera a temática da QVRS. Em particular verifica-se um interesse crescente em medir QVRS em contextos de ensaios clínicos destinados a avaliar aspectos relacionados com uma determinada enfermidade ou com as consequências do seu tratamento, como ocorre, frequentemente, em estudos com pacientes de cancro que são submetidos a diversos tratamentos. Uma das razões que estimulou o rápido desenvolvimento de medidas de QVRS foi o reconhecimento crescente da importância de entender o impacto de intervenções relacionadas com cuidados de saúde na vida dos pacientes e não unicamente nos seus corpos. De facto, os avanços científicos possibilitaram, em muitos casos, obter a cura para muitas enfermidades e noutros estender a vida mais além do que se esperaria perante a história natural da enfermidade. A doença oncológica não é excepção e, para muitos pacientes, o cancro deixou de ser uma enfermidade rapidamente fatal, transformando-se numa enfermidade crónica que dura meses ou anos, com tratamentos complexos e muitas vezes tóxicos. Mais que estender o tempo de vida dos pacientes, a preocupação actual é melhorar a QVRS durante esse tempo³. Tal facto assume uma importância particular em pacientes com enfermidades crónicas, sem esperança de cura e em condições que têm impacto no seu bem-estar físico, psicológico e social⁴.

2. RESPONSE SHIFT EM QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Avaliar Qualidade de Vida em pacientes é muitas vezes difícil porque, juntamente com o “câmbio” real (“**câmbio**” *Alpha*), muitos pacientes aos quais é diagnosticado cancro, podem alterar os seus padrões internos de medida (**recalibração**), os seus valores (**repriorização**) ou, inclusivamente, **reconceptualizar** o que antes do diagnóstico entendiam por Qualidade de Vida (“**câmbios**” *Beta e Gamma*). Este fenómeno é denominado *Response Shift* e foi inicialmente referido por Howard & Dailey⁵ para descrever este fenómeno em indivíduos que

eram submetidos a uma auto-avaliação no contexto da Educação, após terem sido submetidos a um tratamento. Posteriormente, Sprangers & Schwartz⁶ utilizam este termo para abordar a problemática do “câmbio” associado à auto-percepção da QVRS, ainda que considerem componentes diferentes das consideradas por Howard & Dailey⁵. Segundo a concepção de Howard & Dailey⁵, *Response Shift* era equivalente ao conceito de recalibração e correspondia ao “câmbio” *Beta* descrito por Golembiewski *et al*⁷, enquanto para Sprangers & Schwartz⁶, o conceito tem três dimensões e tem paralelo com os “câmbios” *Beta* e *Gamma*. O fenómeno de *Response Shift* é entendido por muitos autores como um viés que deve ser eliminado antes de avaliar o verdadeiro “câmbio” devido a um tratamento. No entanto, em QVRS, este fenómeno pode ter interesse em si mesmo. Por exemplo, nas situações em que temos doentes terminais, induzir *Response Shift* pode ser algo que os ajuda a perceber a sua qualidade de vida de uma forma mais favorável.

Com o objectivo de detectar a ocorrência de “câmbio” e, em particular, avaliar o fenómeno de *Response Shift* em pacientes com cancro, desenvolveu-se um estudo longitudinal com pacientes a quem foi diagnosticado carcinoma e que foram submetidos a intervenção cirúrgica no Serviço de Cirurgia da ULS de Castelo Branco.

3. INSTRUMENTOS, MÉTODO E AMOSTRA

Instrumento para avaliar Qualidade de Vida

Além de um questionário que pretendia recolher informação sociodemográfica, os pacientes preencheram, em diferentes fases do processo, o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form* (SF-36)⁸. Este instrumento avalia conceitos genéricos de saúde e não se destina especificamente a um tipo de diagnóstico ou tratamento. O SF-36 contém 36 itens que se agrupam em 8 escalas: Funcionamento Físico (10 itens), Desempenho Físico (4 itens), Dor Corporal (2 itens), Saúde Geral (5 itens), Vitalidade (4 itens), Funcionamento Social (2 itens), Desempenho Emocional (3 itens), Saúde Mental (5 itens) e um item final que mede a percepção da alteração do estado de saúde. As quatro primeiras escalas avaliam a Componente Física e as restantes a Componente Mental. Os itens são pontuados de forma a que quanto mais elevada é a pontuação, melhor será a percepção relativa ao estado

Sexo	n	%
Masculino	26	61,9
Feminino	16	38,1
Idade	n	%
[40;50[3	7,1
[50;60[7	16,7
[60;70[13	31,0
[70;80[14	33,3
>=80	5	11,9
Estado Civil	n	%
Solteiro	1	2,4
Casado	30	71,4
Viúvo	11	26,2
Tem Filhos?	n	%
Sim	40	95,2
Não	2	4,8
Actividade Actual	n	%
Tempo Completo	7	16,7
Meio Tempo	2	4,8
Aposentado	33	78,6
Nível de Estudos	n	%
Sem Estudos	7	16,7
Estudos Primários	29	73,8
Estudos Secundários	4	9,5

Tabela 1. Informação sociodemográfica relativa à amostra em estudo

de saúde. Todos itens são medidos numa escala de Likert de 5 pontos, com excepção dos itens pertencentes à dimensão de Funcionamento Físico, cuja escala de resposta é de 3 pontos.

Método

Os pacientes preencheram o SF-36 antes e após a intervenção cirúrgica, e cerca de 3 meses após a intervenção. Na última etapa procedeu-se a uma aplicação convencional (*Post-Test*) e a uma aplicação retrospectiva em que se pediu aos pacientes que preenchessem os dois questionários reportando-se a como estavam antes da cirurgia (*Then-Test*), conforme descreve Howard *et al*⁹.

Amostra

Embora a amostra inicial fosse constituída por 47 pacientes, 5 destes abandonaram o estudo ou faleceram, tendo esta investigação sido realizada a partir de uma amostra de 42 pacientes com diagnóstico de carcinoma, submetidos a intervenção cirúrgica e seguidos na ULS de Castelo Branco entre Maio de 2008 e Agosto de 2009. Numa primeira fase os dados foram recolhidos no Serviço de Cirurgia e posteriormente em algum momento durante na fase de seguimento. Os pacientes foram informados acerca do objectivo do estudo no qual eram livres de participar, foi garantida a

confidencialidade da informação solicitada e preenchido o consentimento informado.

A Tabela 1 contém a distribuição percentual relativa às variáveis sociodemográficas mais relevantes na amostra em estudo. A maior parte dos pacientes que completou o estudo são homens (61,9%). No momento da primeira aplicação a idade média dos pacientes era de 67,86 anos (com um desvio padrão de 9,82 anos).

A maior parte dos pacientes era casado (71,4%), tinha filhos (95,2%), estava aposentado (78,6%) e tinha estudos primários (73,8%).

Registou-se a informação clínica elementar relativa aos pacientes em estudo, cuja síntese se apresenta na Tabela 2. Os diagnósticos de doença oncológica mais frequentes foram neoplasias do cólon ou recto (61,9%) e gástricas (31%), havendo casos de outros tipos de neoplasias como as localizadas no útero ou tiróide. A maior parte dos tumores diagnosticados era local (54,8%) e na maior parte dos casos o peso era estável (42,9%). A terapêutica inicial mais comum foi unicamente a cirurgia (85,7%), embora numa fase posterior à cirurgia 31% dos pacientes tenham sido submetidos a quimioterapia.

Apurou-se ainda que 11,9% dos pacientes já tinha rea-



lizado algum tipo de tratamento no passado, 4,8% tinha diagnósticos psiquiátricos anteriores, 40,5% afirma já ter contactado com alguém com cancro e apenas 7,1% tem acompanhamento psicológico durante o processo de doença.

A amostra em estudo é integrada por pacientes com diferentes diagnósticos e submetidos a distintos tratamentos. No entanto, tendo em conta que o objectivo deste trabalho se centra em avaliar alterações ao nível da autopercepção destes pacientes ao longo do processo de tratamento e dado o tremendo impacto produzido pela doença oncológica e seu tratamento, consideramos que a heterogeneidade da amostra em estudo não compromete a fiabilidade desta investigação. Neste sentido trabalharam também Echteld *et al*¹⁰, Oort *et al*¹¹, Visser *et al*¹² e Winter *et al*¹³, entre outros.

4. RESULTADOS OBTIDOS

A análise estatística dos dados obtidos, realizou-se com a versão 17.0 do *software* SPSS. O estudo realizado permitiu confirmar que o SF-36 é um instrumento válido para avaliar a percepção que os pacientes em estudo possuem da sua QVRS.

Numa apreciação dos resultados obtidos, iniciou-se com o cálculo dos valores estandardizados para cada

uma das subescalas de ambos os instrumentos. No entanto, o objectivo do presente estudo não foi tanto comparar *ratios* de resposta mas sim detectar a ocorrência de *Response Shift*, medindo alterações ao longo do tempo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A análise desenvolvida passou pela comparação das pontuações obtidas nas várias dimensões da seguinte forma:

- em primeiro lugar procedeu-se à comparação das pontuações obtidas na 1ª Aplicação e no *Then-Test* de forma a identificar “câmbios” *Beta* ou *Gamma*;
- só depois de descartada a ocorrência de “câmbios” *Beta* ou *Gamma* se compararam as pontuações relativas à 1ª Aplicação e *Post-Test* de forma a identificar “câmbios” *Alpha*, dado que a ocorrência de “câmbios” *Beta* ou *Gamma* pode mascarar a detecção de “câmbios” *Alpha*.

Na Tabela 3 encontram-se as pontuações médias obtidas em cada uma das subescalas do SF-36.

Comparando os resultados obtidos na 1ª Aplicação e no *Then-Test* (o qual se reportava precisamente ao momento da 1ª Aplicação), verifica-se que as pontuações médias obtidas no *Then-Test* são superiores às da 1ª Aplicação para todas as subescalas, com excepção das dimensões Vitalidade e Saúde Mental. Exceptuando as duas dimensões referidas, estes resultados indiciam que, olhando para trás e reportando-se ao

Neoplasia	n	%
Cólon/Recto	26	61,9
Gástrico	13	31,0
Outras	3	7,1
Estadio	n	%
Local	23	54,8
Loco - regional	14	33,3
Metástases	5	11,9
Peso	n	%
Estável	18	42,9
Perdeu menos de 5kg	8	19,0
Perdeu entre 5kg e 10 kg	9	21,4
Perdeu mais de 10kg	7	16,7
Terapêutica	n	%
Cirurgia	36	85,7
Cirurgia + Quimioterapia	5	11,9
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	1	2,4

Tabela 2. Informação clínica relativa à amostra em estudo.

Subescala	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento Físico (1ª Aplicação)	42	80,00	21,67	30,00	100,00
Funcionamento Físico (Post-Test)	40	70,50	24,49	10,00	100,00
Funcionamento Físico (Then-Test)	41	81,71	22,15	15,00	100,00
Desempenho Físico (1ª Aplicação)	41	59,30	36,90	,00	100,00
Desempenho Físico (Post-Test)	42	46,13	33,59	,00	100,00
Desempenho Físico (Then-Test)	41	62,20	34,99	,00	100,00
Dor Corporal (1ª Aplicação)	40	68,13	32,14	,00	100,00
Dor Corporal (Post-Test)	41	77,74	29,65	,00	100,00
Dor Corporal (Then-Test)	40	76,88	34,27	,00	100,00
Saúde Geral (1ª Aplicação)	40	57,50	17,32	5,00	90,00
Saúde Geral (Post-Test)	41	60,00	18,57	20,00	95,00
Saúde Geral (Then-Test)	41	59,15	20,09	,00	100,00
Vitalidade (1ª Aplicação)	35	85,36	25,27	12,50	100,00
Vitalidade (Post-Test)	36	82,29	23,79	25,00	100,00
Vitalidade (Then-Test)	35	84,64	24,46	12,50	100,00
Funcionamento Social (1ª Aplicação)	39	58,49	21,58	12,50	100,00
Funcionamento Social (Post-Test)	41	55,79	24,42	12,50	100,00
Funcionamento Social (Then-Test)	41	60,52	25,21	,00	100,00
Desempenho Emocional (1ª Aplicação)	40	68,75	27,91	,00	100,00
Desempenho Emocional (Post-Test)	42	62,50	31,36	,00	100,00
Desempenho Emocional (Then-Test)	42	71,63	31,62	,00	100,00
Saúde Mental (1ª Aplicação)	38	64,87	21,07	20,00	100,00
Saúde Mental (Post-Test)	40	63,00	22,78	20,00	100,00
Saúde Mental (Then-Test)	41	63,90	22,40	15,00	100,00

Tabela 3. Pontuações estandardizadas obtidas nas oito subescalas do SF-36.

momento anterior à cirurgia, os pacientes tendem a perceber agora como mais positiva a sua QVRS do que percebiam nesse instante. O Teste de Wilcoxon permitiu identificar a existência de diferenças estatisticamente significativas para a dimensão Dor Corporal ($p=0,030$). Talvez a experiência da cirurgia tenha levado estes pacientes a perceber de outra forma o verdadeiro significado da “dor”. Estes resultados indicam a ocorrência de “câmbios” *Beta* e/ou *Gamma*, traduzindo uma recalibração na escala de medida, uma repriorização ou inclusivamente uma reconceptualização do conceito de QVRS para esta dimensão. Os pacientes percebem agora de forma diferente a dimensão Dor Corporal e tendem a consi-

derar que se encontravam melhor antes da cirurgia do que efectivamente referiram nesse momento. Ao confrontar os resultados obtidos na 1ª Aplicação e *Post-Test*, verifica-se uma diminuição do nível de QVRS para todas as subescalas, com excepção das dimensões de Dor Corporal e Saúde Geral, indicando que, de um modo geral, os pacientes percebem um nível mais baixo de qualidade de vida três meses depois da cirurgia, comparativamente ao que acontecia antes da cirurgia. Por outro lado, para as dimensões Dor Corporal e Saúde Geral obtêm-se pontuações médias mais elevadas no *Post-Test*, indicando que a qualidade de vida percebida é superior depois da cirurgia. O Teste de Wilcoxon permitiu identificar



diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas na 1ª Aplicação e *Post-Test* para as dimensões Funcionamento Físico ($p=0,001$), Desempenho Físico ($p=0,043$) e Dor Corporal ($p=0,036$). Note-se porém que se tinha identificado a possível ocorrência de “câmbios” *Beta* ou *Gamma* precisamente para a dimensão Dor Corporal, pelo que o “câmbio” *Alpha* agora identificado não poderá ser considerado como tal. Por outro lado, uma vez que, para as dimensões Funcionamento Físico e Desempenho Físico, já tinha sido descartada a ocorrência de “câmbios” *Beta* ou *Gamma*, este resultado indicia a presença de um “câmbio” *Alpha*, ou seja, regista-se uma variação real nesta dimensão, que indica uma diminuição significativa do nível da QVRS percebida para estas dimensões.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cancro difere, em muitos aspectos, de outras doenças crónicas, afectando fortemente o bem-estar físico, psicológico e social do paciente. O choque provocado pelo diagnóstico, a dor, o stress resultante dos tratamentos, as restrições ao desempenho físico e intelectual, as limitações na actividade diária, o estigma social, a vivência de situações que colocam em risco a vida ou que diminuem a esperança de vida são factores inerentes à doença oncológica. Neste contexto, é extremamente importante que, além da avaliação clássica, se avalie a percepção que estes pacientes possuem da sua qualidade de vida ao longo do processo de doença, detectando alterações.

Avaliar a auto-percepção que os pacientes oncológicos possuem sobre a sua QVRS é muitas vezes difícil porque, em muitos pacientes, ocorre o fenómeno de *Response Shift* que confunde as alterações reais. Este estudo permitiu confirmar a validade do SF-36 na avaliação da percepção da QVRS num grupo de pacientes oncológicos a ser seguidos na ULS de Castelo Branco. Numa aplicação três meses após a cirurgia, destaca-se que estes pacientes possuem uma percepção mais negativa da sua QVRS. Estes resultados apontam para a ocorrência de um “câmbio” *Alpha* ao Nível das dimensões Funcionamento Físico e Desempenho Físico. Por outro lado, uma avaliação retrospectiva (*Then-Test*) mostra que três meses depois, os pacientes tendem a considerar que antes da cirurgia se encontravam menos limitadas em termos de Dor Corporal do

que tinham referido naquele momento. Regista-se pois uma alteração no que diz respeito à dimensão Dor Corporal que se pode traduzir numa recalibração da escala de medida, numa repriorização ou inclusivamente numa reconceptualização do conceito de QVRS para esta dimensão (“câmbios” *Beta* e/ou *Gamma*).

REFERÊNCIAS

- [1] Cella, D.F. & Cherin, E.A. (1988). Quality of Life during and after cancer treatment. *Compr Ther*, **14**(5), 69-75.
- [2] Pimentel, F.L. (2004). *Qualidade de Vida em Oncologia*, Lisboa: Permanyer Portugal.
- [3] Froberg, D.G. & Kane, R.L. (1989). Methodology for Measuring Health-State Preferences-IV: Progress and a Research Agenda. *J. Clin. Epidemiol.*, **42**(7), 675-685.
- [4] Addington-Hall, J. & Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *British Medical Journal*. **322**(9), 1417-1420.
- [5] Howard, G.S., & Dailey, P.R. (1979). Response shift bias: a source of contamination of self-report measures. *Journal of Applied Psychology*, **64**, 144-150.
- [6] Sprangers, M.A. & Schwartz, C.E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine*, **48**, 1507-1515.
- [7] Golembiewski, R.T., Billingsley, K. & Yeager, S. (1976). Measuring change and persistence in human affairs: types of change generated by OD designs. *Journal of Applied Behavioural Science*, **12**, 133-157.
- [8] Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, **30**, 473-83.
- [9] Howard, G.S.; Ralph, K.M.; Gulanick, N.A.; Maxwell, S.E.; Nance, D. & Gerber, S.K. (1979). Internal invalidity in pretest-posttest self-reporting evaluations and a re-evaluation of retrospective pretests. *Applied Psychological Measurement*, **3**, 1-23.
- [10] Echteld, M.A.; van Zuylen, L.; Bannink, M.; Witkamp, E. & der Rijt, C.C. (2007). Changes in and correlates of individual quality of life in advanced cancer patients admitted to an academic unit for palliative care. *Palliative Medicine*, **21**, 199-205.
- [11] Oort, F.J.; Visser, M.R.M. & Sprangers, M.A.G. (2005). An application of structural equation modeling to detect response shifts and true change in quality of life data from cancer patients undergoing invasive surgery. *Quality of Life Research*, **14**, 599-609.
- [12] Visser, M.R.M.; Oort, F.J. & Sprangers, M.A.G. (2005). Methods to detect response shift in quality of life data: A convergent validity study. *Quality of Life Research*, **14**, 629-639.
- [13] Winter, L.; Moss, M.S. & Hoffman, C. (2009). Affective Forecasting and Advance Care Planning: Anticipating Quality of Life in Future Health Statuses. *Journal of Health Psychology*, **14**(3), 447-456.
- [14] Vicente-Galindo, P. (2003). *Contribuciones al Análisis de Datos de Calidad de Vida relacionada con la Salud*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- [15] Galindo, P. & Vicente-Galindo, P. (2004) Calidad de Vida Relacionada con la salud: un constructo multidimensional dinámico. *Metodología de las Ciencias del comportamiento - Suplemento 2004*, 219-227.
- [16] Nunes, S.M. (2009). *Evaluación del Cambio en Pacientes Oncológicos: Un Enfoque Estadístico*. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca: Salamanca.