

Avaliação da qualidade de vida de pacientes com carcinoma pulmonar de células não pequenas em estágio avançado, tratados com carboplatina associada a paclitaxel*

Assessment of quality of life in patients with advanced non-small cell lung carcinoma treated with a combination of carboplatin and paclitaxel

Camila Uanne Resende Avelino, Rafael Marques Cardoso,
Suzana Sales de Aguiar, Mário Jorge Sobreira da Silva

Resumo

Objetivo: O carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP) é tipo mais comum de câncer de pulmão. Como a maioria dos pacientes é diagnosticada em estágio avançado, a quimioterapia paliativa é a única opção de tratamento. Este estudo avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com CPCNP avançado no decorrer da quimioterapia paliativa com carboplatina e paclitaxel. **Métodos:** Trata-se de um estudo de casos múltiplos de pacientes ambulatoriais com CPCNP em estágio avançado recebendo quimioterapia em um hospital público no Rio de Janeiro (RJ). Para a avaliação da QVRS, foram usados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* e seu módulo específico para câncer de pulmão. **Resultados:** Houve diferenças significativas na pontuação nas escalas de capacidade física e cognitiva durante a quimioterapia, indicando melhora e piora da QVRS, respectivamente. As diferenças na pontuação nos itens dor, perda de apetite, dor no tórax e dor no braço ou ombro indicaram melhora da QVRS. **Conclusões:** Observou-se que a quimioterapia melhora alguns aspectos da QVRS de pacientes com CPCNP avançado.

Descritores: Carcinoma pulmonar de células não pequenas; Qualidade de vida; Cuidados paliativos; Carboplatina; Paclitaxel.

Abstract

Objective: Non-small cell lung carcinoma (NSCLC) is the most common type of lung cancer. Most patients are diagnosed at an advanced stage, palliative chemotherapy therefore being the only treatment option. This study was aimed at evaluating the health-related quality of life (HRQoL) of advanced-stage NSCLC patients receiving palliative chemotherapy with carboplatin and paclitaxel. **Methods:** This was a multiple case study of advanced-stage NSCLC outpatients receiving chemotherapy at a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire was used in conjunction with its supplemental lung cancer-specific module in order to assess HRQoL. **Results:** Physical and cognitive functioning scale scores differed significantly among chemotherapy cycles, indicating improved and worsened HRQoL, respectively. The differences regarding the scores for pain, loss of appetite, chest pain, and arm/shoulder pain indicated improved HRQoL. **Conclusions:** Chemotherapy was found to improve certain aspects of HRQoL in patients with advanced-stage NSCLC.

Keywords: Carcinoma, non-small-cell lung; Quality of life; Palliative care; Carboplatin; Paclitaxel.

Introdução

Estima-se que a incidência de câncer de traqueia, pulmão e brônquios na população brasileira em 2015 seja de 27.330 casos.⁽¹⁾ As neoplasias pulmonares são os cânceres mais comuns do mundo, correspondendo a quase 15% de todos os cânceres; a taxa de mortalidade é

alta, e a taxa de sobrevivência em 5 anos é inferior a 15%.⁽²⁾

O carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP) tem a maior incidência de todas as neoplasias pulmonares, correspondendo a 80-85% de todos os casos de câncer de pulmão.⁽²⁾ A

*Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
Endereço para correspondência: Camila Uanne Resende Avelino. Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, Rua Silvio Pellico, 181, Alecrim, CEP 59040-150, Natal, RN, Brasil.
Tel: 55 84 4009-5689. E-mail: camila_uanne@hotmail.com
Apoio financeiro: Nenhum.
Recebido para publicação em 14/7/2014. Aprovado, após revisão, em 12/12/2014.

biologia do CPCNP e o diagnóstico tardio são os principais motivos pelos quais o CPCNP é a principal causa de morte por câncer em todo o mundo.⁽³⁾

Acredita-se que 70% dos pacientes apresentem doença avançada no momento do diagnóstico,⁽⁴⁾ e a quimioterapia paliativa é frequentemente indicada.⁽⁵⁾ Seu objetivo é controlar os sinais e sintomas da doença avançada, que podem afetar o *performance status* (estado de desempenho), a qualidade de vida e a sobrevida dos pacientes.^(4,6,7)

Atualmente, o tratamento paliativo do CPCNP em estágio avançado (IIIB e IV) frequentemente envolve o uso de associações medicamentosas entre compostos de coordenação de platina, tais como a carboplatina, e outros antineoplásicos, tais como o paclitaxel.⁽²⁾ No entanto, a literatura científica é inconclusiva a respeito do impacto desses medicamentos na qualidade de vida de pacientes com CPCNP em estágio avançado.^(6,8) Trata-se de um tema pouco explorado na prática clínica.

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode ser descrita como a percepção dos pacientes sobre seu próprio bem-estar físico, suas atividades diárias, seu bem-estar psicológico, suas relações sociais e os sintomas da doença.^(9,10) A avaliação dos pacientes com câncer de pulmão é de grande importância em virtude da grande morbidade e mortalidade do CPCNP.⁽¹¹⁻¹³⁾

Estudos indicam que a avaliação da qualidade de vida é o principal fator preditivo de sobrevida e um desfecho relevante no contexto da quimioterapia paliativa.^(4,13) O uso de questionários e a avaliação periódica da QVRS facilitam a comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes, otimizando o tratamento.⁽¹³⁾

Os objetivos do presente estudo foram avaliar a QVRS de pacientes com CPCNP em estágio avançado durante a quimioterapia paliativa com carboplatina-paclitaxel e promover uma discussão científica a respeito dessa questão, que é atualmente pouco explorada, especialmente no Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo de casos múltiplos com um desenho analítico descritivo prospectivo. O estudo foi realizado entre maio e julho de 2013, no ambulatório de quimioterapia para adultos de um hospital público de câncer na cidade do Rio de Janeiro (RJ). O estudo incluiu pacientes

com câncer de pulmão em estágio avançado que receberam quimioterapia com carboplatina (área sob a curva = 4-6) e paclitaxel (175 mg/m²), com um intervalo de 21 dias entre os ciclos. Pacientes com CPCNP em estágio IIIB ou IV foram sequencialmente incluídos no estudo. Pacientes com menos de 18 anos de idade foram excluídos, assim como o foram aqueles que haviam sido submetidos a quimioterapia há menos de 5 anos antes do estudo, aqueles com diagnóstico de um segundo tumor primário, aqueles que não foram capazes de responder às perguntas de maneira clara e aqueles que já estavam participando de outro protocolo de pesquisa.

Para a avaliação da qualidade de vida, os instrumentos usados foram o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e seu módulo suplementar específico para câncer de pulmão (QLQ-LC13),⁽¹⁴⁾ ambos os quais já haviam sido traduzidos para o português e validados para uso no Brasil.⁽¹²⁾ O EORTC QLQ-C30 consiste em cinco escalas funcionais que avaliam a capacidade física, funcional, emocional, cognitiva e social; estado geral de saúde/QoL; três escalas que avaliam sintomas (náusea/vômito, fadiga e dor) e 6 itens que avaliam a ocorrência e a gravidade de sintomas relacionados com o câncer e seu tratamento.^(4,11,12) O QLQ-LC13 consiste em 13 perguntas sobre os sintomas relacionados com o câncer de pulmão e as reações mais comuns ao tratamento do câncer de pulmão.

Todas as pontuações relativas à QVRS foram calculadas de acordo com as regras estabelecidas pela EORTC.⁽⁹⁾ Quanto maior a pontuação nas escalas funcionais e de qualidade de vida, melhor a QVRS; quanto maior a pontuação nas escalas de sintomas, pior a QVRS. Para melhor compreensão dos resultados, as escalas e os itens relativos a sintomas foram invertidos de modo que quanto maior a pontuação, menor o número de relatos de sintomas e melhor a qualidade de vida.⁽¹⁵⁾

Em cada ciclo de quimioterapia, todas as avaliações da QVRS foram usadas como uma unidade de análise. Os questionários foram preenchidos pelos próprios pacientes antes do 1º, 2º e 4º ciclos de quimioterapia, a fim de comparar a QVRS antes da quimioterapia, durante a quimioterapia e depois da quimioterapia. Quando lhe foi solicitado, o entrevistador leu as perguntas para os pacientes.

Foram coletados dados sobre as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas: idade; gênero; raça declarada pelo próprio paciente; estado civil; anos de estudo (0-7 anos ou ≥ 8 anos); ocupação; tipo histológico; estágio clínico; *performance status*; comorbidades; número de medicamentos usados (≤ 4 , 5-7 ou 8-10); alergias declaradas pelo próprio paciente; história familiar de câncer; tabagismo; consumo diário de cigarros (< 20 cigarros/dia, consumo baixo ou médio; ≥ 20 cigarros/dia, consumo elevado) e alcoolismo.

Para a análise estatística dos dados, foi usado o programa IBM SPSS Statistics, versão 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA). A análise estatística descritiva incluiu medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

A fim de avaliar a QVRS durante a quimioterapia, as médias da pontuação obtida nas escalas funcionais e de sintomas no 2º ciclo de quimioterapia foram subtraídas das médias da pontuação obtida no 1º ciclo; as médias da pontuação obtida no 4º ciclo foram subtraídas daquelas obtidas no 2º ciclo e as médias da pontuação obtida no 4º ciclo foram subtraídas daquelas obtidas no 1º ciclo. A fim de avaliar as alterações das médias da pontuação entre os ciclos, foi usado o teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, com nível de significância de $p < 0,05$. A fim de interpretar as alterações das médias da pontuação relativa à QVRS entre os ciclos de quimioterapia, foram usados os critérios propostos por Osoba et al.,⁽¹⁶⁾ isto é, alterações de 5-10 pontos na média da pontuação foram consideradas pequenas, alterações de 10-20 pontos foram consideradas moderadas e alterações de mais de 20 pontos foram consideradas grandes.

Foram seguidos todos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Protocolo nº CAEE 14472813.9.0000.5274).

Resultados

Um total de 18 pacientes completaram o EORTC QLQ-C30 e o QLQ-LC13 para a avaliação da QVRS antes do 1º ciclo de quimioterapia. Desses 18 pacientes, 2 foram excluídos durante o estudo (1 em virtude de uma alteração do protocolo de quimioterapia e 1 em virtude da interrupção do tratamento ambulatorial

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo.

Características dos pacientes	n	%
Idade, anos		
< 65	6	37,5
≥ 65	10	62,5
Gênero		
Masculino	9	56,3
Feminino	7	43,8
Raça		
Branca	9	56,3
Negra	3	18,8
Outras	4	25,0
Tipo histológico de CPCNP		
Adenocarcinoma	9	56,3
Outros	7	43,8
Estágio no momento do diagnóstico		
IIIB	6	37,5
IV	10	62,5
<i>Performance status</i>		
1	12	75,0
2	4	25,0
Comorbidades		
Sim	9	56,3
Não	7	43,8
Número de medicamentos usados		
< 4	1	6,3
5-7	9	56,3
8-10	6	37,5
História familiar de câncer		
Sim	8	50,0
Não	8	50,0
História de tabagismo		
Sim	13	81,3
Não	3	18,8
História de alcoolismo		
Sim	8	50,0
Não	8	50,0

CPCNP: carcinoma pulmonar de células não pequenas.

durante o 2º ciclo de quimioterapia). Portanto, 16 pacientes permaneceram no estudo. Em virtude de agravamento clínico, 3 pacientes não receberam o 4º ciclo de quimioterapia e, portanto, não completaram o EORTC QLQ-C30 e o QLQ-LC13 para a avaliação da QVRS.

A mediana da idade dos participantes foi de 63,7 anos (média de idade, $66 \pm 11,1$ anos), e 56,3% eram do sexo masculino. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e clínicas da população estudada.

Adenocarcinoma foi o tipo mais prevalente de CPCNP na população estudada; foi encontrado

em 56,3% dos participantes. Além disso, 62,5% apresentaram CPCNP em estágio IV.

A maioria (75%) dos participantes apresentou *performance status* = 1 antes do 1º ciclo de quimioterapia. Além disso, quase 56% apresentavam doenças crônicas diagnosticadas previamente e usavam polifarmácia (≥ 5 tipos diferentes de medicamentos).

Dos 16 participantes, 13 (81,3%) declararam ser fumantes ou ex-fumantes e 7 (53,9%) afirmaram que fumavam pelo menos 20 cigarros por dia. Além disso, 50% afirmaram que consumiam ou já haviam consumido bebidas alcoólicas.

As médias da pontuação nas escalas funcionais e de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 foram $\geq 59,8$. Isso indica que a pontuação relativa à QVRS dos participantes do estudo foi mais baixa no 1º ciclo de quimioterapia (Tabela 2).

A Figura 1 mostra uma comparação das médias da pontuação nas escalas funcionais do EORTC QLQ-C30 em cada ciclo de tratamento. Não houve diferenças significativas entre as pontuações, à exceção da pontuação relativa à capacidade física no 1º e 2º ciclos ($p = 0,002$; Figura 1A), revelando melhor QVRS no 2º ciclo de quimioterapia, e no 1º e 4º ciclos ($p = 0,028$; Figura 1C), revelando melhor QVRS no 4º ciclo de quimioterapia.

Com base nos critérios propostos por Osoba et al.⁽¹⁶⁾ para interpretar o significado das alterações das pontuações relativas à QVRS e no número diferente de pacientes em cada momento de avaliação, verificou-se uma alteração moderada (de 11,7 pontos) da pontuação obtida na escala de capacidade funcional entre o 1º e o 4º ciclo

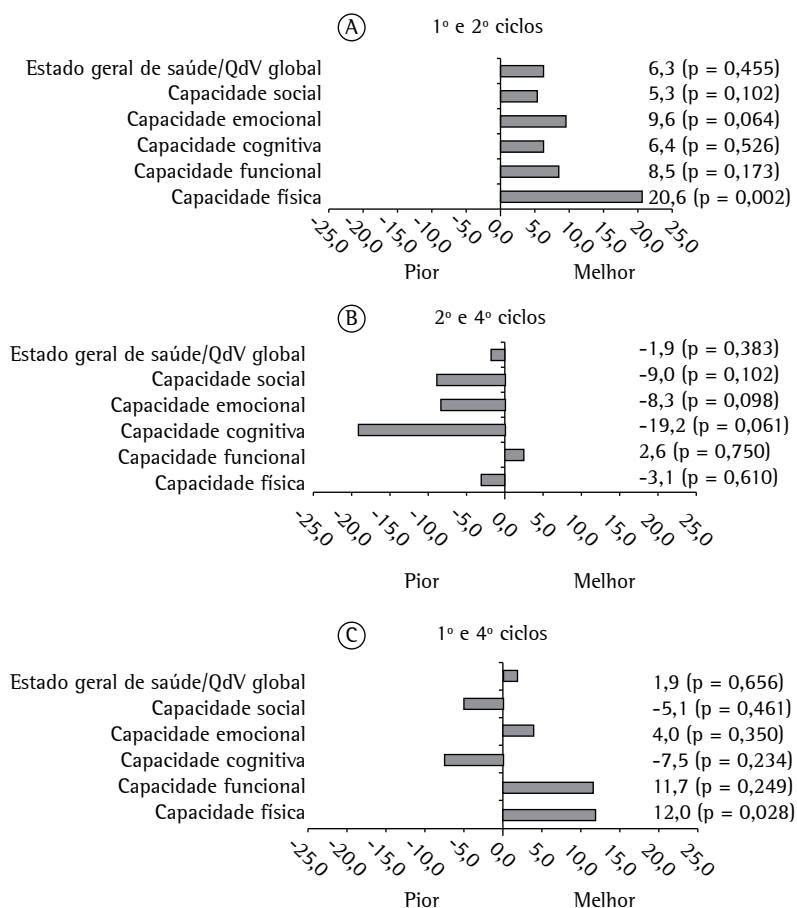


Figura 1 - Alterações das médias da pontuação nas escalas funcionais do *30-item European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30). Em A, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 1º e o 2º ciclo de quimioterapia ($n = 16$); em B, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 2º e o 4º ciclo de quimioterapia ($n = 13$) e, em C, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 1º e o 4º ciclo de quimioterapia ($n = 13$). QdV: qualidade de vida.

Tabela 2 - Média da pontuação no *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* e em seu módulo suplementar específico para câncer de pulmão, durante a quimioterapia.

Questionário	1º ciclo (n = 16)		2º ciclo (n = 16)		4º ciclo (n = 13)	
Módulo/Item	Média ± dp	Mediana	Média ± dp	Mediana	Média ± dp	Mediana
EORTC QLQ-C30						
Escala funcional						
Estado geral de saúde/QoL	67,2 ± 28,0	62,5	73,4 ± 21,6	79,2	77,6 ± 21,9	83,3
Capacidade física	59,8 ± 27,7	60,0	80,4 ± 18,6	83,3	81,5 ± 20,9	93,3
Capacidade funcional	70,7 ± 39,7	91,5	79,2 ± 34,2	100,0	91,0 ± 22,2	100,0
Capacidade cognitiva	79,0 ± 35,9	100,0	85,4 ± 24,2	100,0	73,1 ± 30,1	83,3
Capacidade emocional	63,9 ± 28,6	75,0	73,4 ± 25,5	75,0	66,0 ± 32,2	83,3
Capacidade social	91,6 ± 16,3	100,0	96,9 ± 12,5	100,0	91,0 ± 18,8	100,0
Escala de sintomas						
Fadiga	55,6 ± 36,7	66,7	69,5 ± 27,4	66,7	77,8 ± 20,8	88,9
Dor	60,4 ± 35,4	58,4	80,2 ± 28,0	81,7	78,2 ± 23,9	83,3
Dispneia	62,5 ± 40,1	66,7	75,0 ± 35,5	100,0	74,4 ± 38,9	100,0
Insônia	77,1 ± 35,9	100,0	72,9 ± 38,9	100,0	71,8 ± 38,1	100,0
Perda de apetite	41,7 ± 46,4	16,5	79,2 ± 40,1	100,0	79,5 ± 39,8	100,0
Náusea/vômito	91,7 ± 16,1	100,0	89,6 ± 21,0	100,0	92,3 ± 18,8	100,0
Constipação	47,9 ± 50,1	33,4	64,6 ± 44,7	100,0	76,9 ± 43,9	100,0
Diarreia	100,0 ± 0,0	100,0	91,7 ± 25,8	100,0	92,3 ± 27,7	100,0
Dificuldades financeiras	70,8 ± 41,9	100,0	83,3 ± 32,2	100,0	87,2 ± 25,6	100,0
QLQ-LC13						
Dispneia	68,8 ± 37,0	83,4	75,7 ± 32,5	88,9	86,3 ± 25,3	100,0
Tosse	47,9 ± 40,3	50,0	58,3 ± 35,5	66,7	48,7 ± 44,3	66,7
Hemoptise	93,8 ± 13,4	100,0	87,5 ± 24,0	100,0	94,9 ± 18,5	100,0
Dor na boca	89,6 ± 29,1	100,0	97,9 ± 8,3	100,0	94,9 ± 12,5	100,0
Disfagia	87,5 ± 24,0	100,0	93,8 ± 18,1	100,0	82,3 ± 27,7	100,0
Neuropatia periférica	83,3 ± 29,8	100,0	77,1 ± 39,8	100,0	76,9 ± 39,4	100,0
Alopecia	97,9 ± 8,3	100,0	22,9 ± 33,8	0,0	53,8 ± 51,9	100,0
Dor no tórax	58,3 ± 46,4	83,4	85,4 ± 27,1	100,0	82,1 ± 37,6	100,0
Dor nos braços/ombros	60,4 ± 45,9	83,4	81,3 ± 29,7	100,0	84,6 ± 29,2	100,0
Dor em outras partes do corpo	58,3 ± 49,4	100,0	77,1 ± 35,9	100,0	71,8 ± 42,7	100,0

EORTC QLQ-C30: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire*; e QLQ-LC13: módulo suplementar do EORTC QLQ-C30, específico para câncer de pulmão.

de quimioterapia (Figura 1C), um achado que mostra uma tendência de melhora na QVRS.

Não houve alterações na pontuação obtida na escala de qualidade de vida global/QoL entre o 2º e o 4º ciclo de quimioterapia. No entanto, houve uma pequena alteração (de 6,3 pontos) na pontuação obtida na escala de qualidade de vida global/QoL entre o 1º e o 2º ciclo de quimioterapia (Figura 1A).

A pontuação na escala de sintomas e nos itens que avaliam a ocorrência e gravidade dos sintomas relacionados com o câncer foi maior na primeira avaliação da qualidade de vida, à exceção da pontuação relativa ao sintoma diarreia. Isso

indica que a QVRS dos participantes do estudo era pior naquele momento (Tabela 2).

A Figura 2 mostra uma comparação das médias da pontuação relativa aos sintomas no EORTC QLQ-C30 em cada ciclo de quimioterapia. As pontuações pouco se alteraram ou não se alteraram durante a quimioterapia. Houve diferença significativa na pontuação relativa à dor entre o 1º e o 2º ciclo de quimioterapia ($p = 0,027$; Figura 2A), bem como na pontuação relativa à perda de apetite entre o 1º e o 2º ciclo ($p = 0,037$; Figura 2A) e entre o 1º e o 4º ciclo ($p = 0,026$; Figura 2C). Houve uma grande alteração da pontuação relativa à constipação entre o 1º e

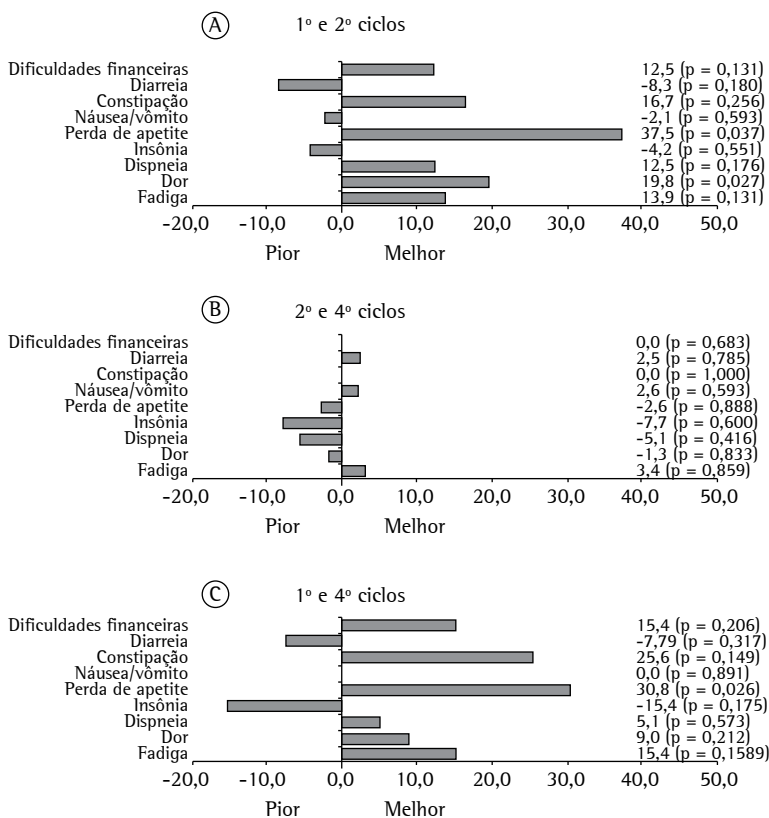


Figura 2 – Alterações das médias da pontuação relativa aos sintomas no *30-item European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30). Em A, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 1° e o 2° ciclo de quimioterapia (n = 16); em B, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 2° e o 4° ciclo de quimioterapia (n = 13) e, em C, diferenças nas médias da pontuação no EORTC QLQ-C30 entre o 1° e o 4° ciclo de quimioterapia (n = 13).

o 4° ciclo de quimioterapia (Figura 2C). Houve alterações moderadas da pontuação relativa à fadiga, insônia e dificuldades financeiras entre o 1° e o 4° ciclo de quimioterapia. Essas alterações sugerem que houve uma melhora em todos os aspectos da QVRS mencionados acima, à exceção da insônia, que foi relatada mais frequentemente no 4° ciclo de quimioterapia

A pontuação relativa aos sintomas dispneia, tosse, dor na boca, dor no tórax, dor nos braços/ombros e dor no corpo no QLQ-LC13 foi mais baixa na primeira avaliação da QVRS (isto é, no 1° ciclo de quimioterapia). Observou-se que a hemoptise e a alopecia foram mais comuns e mais graves na segunda avaliação da QVRS, ao passo que a disfagia e a neuropatia periférica foram piores no 4° ciclo de quimioterapia.

A Figura 3 mostra uma comparação das médias da pontuação no QLQ-LC13 em cada ciclo de quimioterapia. Houve uma melhora

significativa na dor no tórax entre o 1° e o 2° ciclo (p = 0,016; Figura 3A). Houve diferenças significativas na pontuação relativa à alopecia entre o 1° e o 2° ciclo e entre o 1° e o 4° ciclo. Houve alterações moderadas (de 10,4 e 18,8 pontos, respectivamente) da pontuação relativa aos sintomas tosse e dor em outras partes do corpo entre o 1° e o 2° ciclo de quimioterapia. Essas alterações indicam uma melhora nos supracitados aspectos da QVRS (Figura 3A).

Discussão

Na população estudada, houve uma predominância de homens brancos casados, fumantes ou ex-fumantes, com adenocarcinoma em estágio IV. A mediana da idade foi de 63,7 anos. Embora a logística e os aspectos operacionais da coleta de dados tenham limitado a seleção de participantes, as características

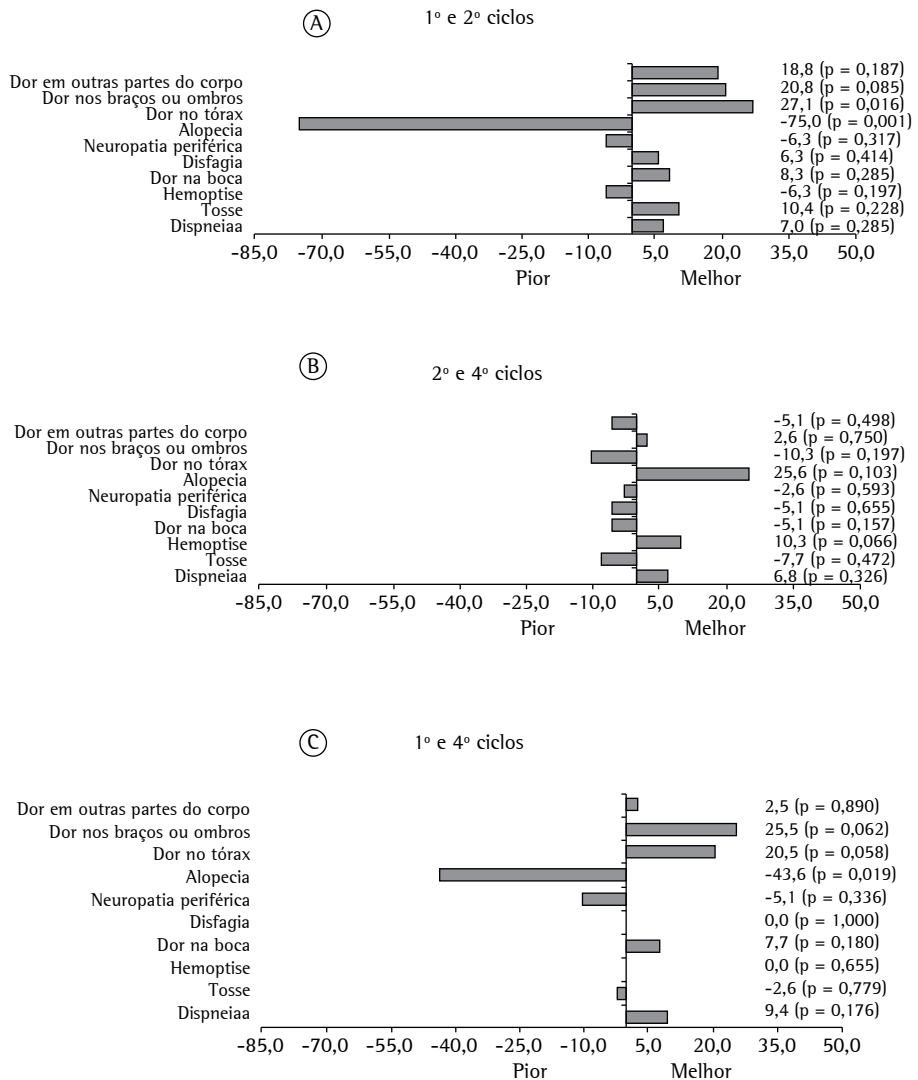


Figura 3 - Alterações das médias da pontuação no módulo suplementar do *30-item European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire*, específico para câncer de pulmão, com 13 itens (QLQ-LC13). Em A, diferenças nas médias da pontuação no QLQ-LC13 entre o 1º e o 2º ciclo de quimioterapia (n = 16); em B, diferenças nas médias da pontuação no QLQ-LC13 entre o 2º e o 4º ciclo de quimioterapia (n = 13) e, em C, diferenças nas médias da pontuação no QLQ-LC13 entre o 1º e o 4º ciclo de quimioterapia (n = 13).

clínicas e sociodemográficas dos participantes do estudo foram coerentes com as relatadas na literatura,^(2,17-21) garantindo a validade externa do estudo.

O uso de métodos estruturados para coletar dados e a interpretação dos dados conferiram validade interna a nossas conclusões, assim como o fizeram o uso de múltiplas fontes de evidências e a coerência entre as evidências e os resultados do estudo. A possibilidade de reprodução do presente estudo e o uso de análise estatística conferiram maior confiabilidade ao estudo e permitiram

inferências. Portanto, o presente estudo apresenta dados relevantes para a avaliação de pacientes oncológicos clínicos e levanta novas hipóteses sobre as possíveis conexões entre variáveis clínicas e sociodemográficas e a qualidade de vida de pacientes com CPCNP em estágio avançado.

No tocante à pontuação nas escalas funcionais do EORTC QLQ-C30, houve uma tendência à estabilidade em todos os momentos de avaliação. Wintner et al.⁽²²⁾ afirmaram que, isoladamente, a quimioterapia não teve impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer de pulmão,

independentemente do número de ciclos. Os autores constataram que a pontuação relativa à QVRS manteve-se inalterada durante todo o tratamento, um achado que é coerente com o nosso.

Apesar da tendência à estabilidade aqui demonstrada, houve uma diferença significativa no tocante à melhora da função física e à piora da função cognitiva. Braun et al.⁽²³⁾ demonstraram que a melhora da função física foi um preditor de sobrevida em pacientes com câncer de pulmão, confirmando que cada aumento de 10 pontos na função física está relacionado com um aumento de 10% no tempo de sobrevida. No entanto, as alterações nos aspectos supracitados podem ter sido influenciadas por fatores como o uso de agentes antineoplásicos e medicamentos para o tratamento dos sintomas, bem como por variáveis como idade, gênero, *performance status*, tipo histológico, estágio da doença e comorbidades pré-existentes.

Grønberg et al.⁽²⁴⁾ relataram que, em pacientes com CPCNP submetidos a quimioterapia com análogos da platina, complicações clínicas parecem ser mais comuns naqueles com comorbidades graves. Larsson et al.⁽²⁵⁾ demonstraram associações significativas entre a QVRS e *performance status*, idade, gênero e estágio da doença, bem como entre a QVRS e a pontuação relativa aos sintomas no EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13. Quinten et al.⁽²⁶⁾ encontraram uma correlação entre a função física relatada pelos pacientes e o *performance status*, levantando questões sobre a associação entre a qualidade de vida relatada pelos pacientes e a previsão de sobrevida. No entanto, mais estudos são necessários para confirmar essas hipóteses.

No presente estudo foram encontradas alterações moderadas nas médias da pontuação obtida no estado geral de saúde/QoL durante a quimioterapia, com uma tendência a melhor qualidade de vida, quando foram usados os critérios de Osoba et al.⁽¹⁶⁾ Esses achados diferem dos de Braun et al.,⁽²³⁾ que demonstraram que a QVRS é pior em pacientes previamente tratados do que em pacientes recém-diagnosticados, o que sugere que a quimioterapia tem um impacto negativo na QVRS.

No tocante aos sinais e sintomas mais comuns nos pacientes com CPCNP investigados no presente estudo, os resultados mostraram uma melhora na fadiga, na dor e no apetite durante a quimioterapia, indicando baixa QVRS na primeira avaliação.

Park et al.⁽¹⁹⁾ avaliaram a QVRS de pacientes com CPCNP tratados com quimioterapia após uma intervenção cirúrgica e não encontraram alterações significativas nem na fadiga nem na dor. No entanto, o apetite melhorou durante o tratamento, um resultado que é semelhante ao nosso. Relatou-se uma associação entre aumento da perda de apetite e menor sobrevida.⁽²³⁾ Maric et al.⁽¹⁷⁾ relataram que embora a quimioterapia tenha tido efeitos positivos na fadiga, dispneia, insônia e perda de apetite, os pacientes com CPCNP submetidos a quimioterapia obtiveram maior pontuação relativa à dor do que aqueles recém-diagnosticados. Lin et al.⁽²⁷⁾ demonstraram que a ocorrência concomitante e maior gravidade dos sintomas supracitados têm um impacto negativo na QVRS.

Não foram encontradas alterações significativas na pontuação relativa aos sintomas náusea/vômito e diarreia quando a pontuação obtida na primeira avaliação da QVRS foi comparada àquelas obtidas posteriormente. É possível que isso tenha ocorrido em virtude das características farmacológicas dos medicamentos que faziam parte do protocolo de quimioterapia. Os dados da literatura revelam baixa incidência dos sintomas supracitados quando se usa associação medicamentosa entre compostos de coordenação de platina e paclitaxel, um fator que deve ser considerado na escolha da terapia medicamentosa, pois afeta a qualidade de vida dos pacientes.⁽²⁸⁾

A alopecia é um efeito colateral muito comum dos agentes antineoplásicos. Os participantes do estudo relataram maior ocorrência de alopecia após o 1º ciclo de quimioterapia, um resultado que indica baixa QVRS. De acordo com Bonassa e Molina,⁽²⁹⁾ a queda de cabelo é o efeito mais devastador e pode afetar diretamente aspectos sociais e emocionais da qualidade de vida de pacientes submetidos a quimioterapia.

Nosso achado de melhora moderada da tosse durante a quimioterapia é coerente com os de Rolke et al.⁽³⁰⁾ e Park et al.,⁽¹⁹⁾ que relataram que a tosse tende a melhorar durante a quimioterapia. Como a tosse influencia negativamente a QVRS, há necessidade de intervenções terapêuticas para o tratamento desse sintoma.⁽³¹⁾

A detecção rápida do surgimento ou agravamento de um sinal ou sintoma por meio da avaliação periódica da QVRS permite que intervenções terapêuticas sejam realizadas de maneira mais imediata, otimizando o tratamento

de pacientes com câncer e, conseqüentemente, impactando sua sobrevivência.^(10,13) No entanto, a avaliação da qualidade de vida na prática clínica diária é pouco discutida na literatura, apesar de sua reconhecida importância para a monitoração da doença e a melhoria da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente.^(10,23,32)

O presente estudo explorou a qualidade de vida autorrelatada em pacientes com CPCNP avançado que receberam quimioterapia, com o objetivo de compreender melhor como a quimioterapia com carboplatina e paclitaxel influencia a QVRS. A importância da percepção do paciente de sua própria saúde é ressaltada no contexto da complexidade do câncer, que é uma doença que afeta todas as dimensões da vida e a maneira pela qual os indivíduos percebem o ambiente, o diagnóstico e o tratamento.⁽¹⁰⁾ Portanto, a combinação de avaliações periódicas da qualidade de vida com a prática clínica deve ser mais amplamente discutida na literatura científica, a fim de melhorar a compreensão dos aspectos que definem a saúde dos pacientes e os benefícios dela decorrentes. Embora as alterações da pontuação relativa à QVRS durante a quimioterapia tenham sido pequenas, observou-se que a quimioterapia melhorou a QVRS dos participantes do estudo, com um impacto maior na capacidade física e cognitiva e em certos sintomas relacionados com o câncer, tais como dor e perda de apetite.

No tocante ao “estado da arte”, o presente estudo pode ser considerado inovador porque fornece elementos que são essenciais para a avaliação da qualidade de vida na prática clínica. Mais estudos devem ser realizados a fim de avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas como polifarmácia e comorbidades e aspectos da qualidade de vida de pacientes submetidos a quimioterapia. Em virtude de seu amplo conhecimento dos fármacos e de seu perfil de toxicidade, os farmacêuticos devem se envolver em estudos sobre a avaliação da qualidade de vida, analisando a ligação entre a terapia medicamentosa e a gravidade dos sinais e sintomas relatados pelos próprios pacientes, em virtude de seu impacto em certos aspectos da QVRS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA [cited 2014 Oct 30]. Estimativas

- 2014: Incidência de câncer no Brasil. Available from: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.asp>
2. Ettinger DS. Lung cancer and other pulmonary neoplasms. In: Goldman L, Schafer AI [editors]. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed., vol 2. New York: Elsevier; 2012. p. 1264-71.
3. Goldstraw P, Crowley J; IASLC International Staging Project. The International Association for the Study of Lung Cancer International Staging Project on Lung Cancer. *J Thorac Oncol*. 2006;1:281-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01243894-200605000-00002>
4. Brabo EP, Paschoal M, Biasoli I, Nogueira FE, Gomes MC, Gomes IP, et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: preliminary reliability and validity report. *Qual Life Res*. 2006;15(9):1519-24. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-0009-9>
5. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T. Quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients receiving palliative chemotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Exp Ther Med*. 2012;3(1):134-40.
6. Azzoli CG, Baker S Jr, Temin S, Pao W, Aliff T, Brahmer J, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline update on chemotherapy for stage IV non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27(36):6251-66. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2009.23.5622>
7. Thongprasert S, Permsuwan U, Ruengorn C, Charoentum C, Chewaskulyong B. Cost-effectiveness analysis of cisplatin plus etoposide and carboplatin plus paclitaxel in a phase III randomized trial for non-small cell lung cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2011;7(4):369-75. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-7563.2011.01463.x>
8. Moncharmont C, Auberdiac P, Mèlis A, Afqir S, Pacaut C, Chagari C, et al. Cisplatin or carboplatin, that is the question [Article in French]. *Bull Cancer*. 2011;98(2):164-75.
9. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
10. Pimentel FL. Qualidade de vida e oncologia. 1st ed. Coimbra: Almedina; 2006.
11. Grande G, Farquhar MC, Barclay SI, Todd CJ. Quality of life measures (EORTC QLQ-C30 and SF-36) as predictors of survival in palliative colorectal and lung cancer patients. *Palliat Support Care*. 2009;7(3):289-97. Erratum in: *Palliat Support Care*. 2009;7(4):533. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951509990216>
12. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes AL, Jamnik S, Santoro IL. Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):595-602. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000500011>
13. Li TC, Li CI, Tseng CH, Lin KS, Yang SY, Chen CY, et al. Quality of life predicts survival in patients with non-small cell lung cancer. *BMC Public Health*. 2012;12:790. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-790>
14. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365-76. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>

15. Koller M, Lorenz W. Quality of life research in patients with rectal cancer: traditional approaches versus a problem-solving oriented perspective. *Langenbecks Arch Surg.* 1998;383(6):427-36. <http://dx.doi.org/10.1007/s004230050155>
16. Osoba D, Rodrigues G, Myles J, Zee B, Pater J. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *J Clin Oncol.* 1998;16(1):139-44.
17. Maric D, Jovanovic D, Golubicic I, Dimic S, Pekmezovic T. Health-related quality of life in lung cancer patients in Serbia: correlation with socio-economic and clinical parameters. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(5):594-602. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01101.x>
18. Nowak AK, Stockler MR, Byrne MJ. Assessing quality of life during chemotherapy for pleural mesothelioma: feasibility, validity, and results of using the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire and Lung Cancer Module. *J Clin Oncol.* 2004;22(15):3172-80. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2004.09.147>
19. Park S, Kim IR, Baek KK, Lee SJ, Chang WJ, Maeng CH, et al. Prospective analysis of quality of life in elderly patients treated with adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol.* 2013;24(6):1630-9. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mds649>
20. EORTC [homepage on the Internet]. Brussels: EORTC Quality of Life Group [cited 2012 Jul 31]. EORTC QLQ-C30: Reference values. Jul 2008 [Adobe Acrobat document, 419p.]. Available from: http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf
21. Sloan J, Zhao X, Novotny PJ, Wampfler J, Garces Y, Clark MM, et al. Relationship between deficits in overall quality of life and non-small-cell lung cancer survival. *J Clin Oncol.* 2012;30(13):1498-504. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2010.33.4631>
22. Wintner L, Giesinger JM, Zabernigg A, Sztankay M, Meraner V, Pall G, et al. Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines. *Br J Cancer.* 2013;109(9):2301-8. <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2013.585>
23. Braun DP, Gupta D, Staren ED. Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer. *BMC Cancer.* 2011;11:353. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-11-353>
24. Grønberg BH, Sundstrøm S, Kaasa S, Bremnes RM, Fløtten O, Amundsen T, et al. Influence of comorbidity on survival, toxicity and health-related quality of life in patients with advanced non-small-cell lung cancer receiving platinum-doublet chemotherapy. *Eur J Cancer.* 2010;46(12):2225-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2010.04.009>
25. Larsson M, Ljung L, Johansson B. Health-related quality of life in advanced non-small cell lung cancer: correlates and comparisons to normative data. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2012;21(5):642-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01346.x>
26. Quinten C, Coens C, Mauer M, Comte S, Sprangers MA, Cleeland C, et al. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol.* 2009;10(9):865-71. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70200-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70200-1)
27. Lin S, Chen Y, Yang L, Zhou J. Pain, fatigue, disturbed sleep and distress comprised a symptom cluster that related to quality of life and functional status of lung cancer surgery patients. *J Clin Nurs.* 2013;22(9-10):1281-90. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12228>
28. Ohe Y, Ohashi Y, Kubota K, Tamura T, Nakagawa K, Negoro S, et al. Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. *Ann Oncol.* 2007;18(2):317-23. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdl377>
29. Bonassa EM, Molina P. Toxicidade dermatológica. In: Bonassa EM, Gato MI [editors]. *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos.* 4th ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 406.
30. Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F. HRQoL changes, mood disorders and satisfaction after treatment in an unselected population of patients with lung cancer. *Clin Respir J.* 2010;4(3):168-75. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-699X.2009.00171.x>
31. Yang P, Cheville AL, Wampfler JA, Garces YI, Jatou A, Clark MM, et al. Quality of life and symptom burden among long-term lung cancer survivors. *J Thorac Oncol.* 2012;7(1):64-70. <http://dx.doi.org/10.1097/JTO.0b013e3182397b3e>
32. Lemonnier I, Guillemin F, Arveux P, Clément-Duchêne C, Velten M, Woronoff-Lemsi MC, et al. Quality of life after the initial treatments of non-small cell lung cancer: a persistent predictor for patients' survival. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:73. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-12-73>

Sobre os autores

Camila Uanne Resende Avelino

Farmacêutica. Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Rafael Marques Cardoso

Farmacêutico. Central de Quimioterapia, Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Suzana Sales de Aguiar

Tecnologista. Departamento de Epidemiologia Clínica, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Mário Jorge Sobreira da Silva

Tecnologista Farmacêutico. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.