**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE

**Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com
Câncer Sem Possibilidades Terapêuticas de Cura**

Ribeirão Preto - SP

2014

MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE

**Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com
Câncer Sem Possibilidades Terapêuticas de Cura**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa:

Processo do cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto - SP

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Freire, Maria Eliane Moreira

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura. Ribeirão Preto, 2014.

166p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Namie Okino Sawada

1. Câncer. 2. Qualidade de vida.
3. Qualidade de vida relacionada à saúde.

FREIRE, Maria Eliane Moreira

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa:
Processo do cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*A presente tese resulta do convênio entre o
Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com a
Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Piauí, no Projeto
de Doutorado Interinstitucional, financiado pela Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).*

DEDICATÓRIA

*Aos meus amados pais, **Jurandir** (in memoriam) e **Ana Maria**, por terem me concebido, me criado e educado com imenso carinho, dedicação e amor incondicional. Amo vocês! Minha mãe, um ser especial, que sofre comigo nos momentos tristes, se alegra nos momentos felizes; sempre me dando forças em todos os projetos de minha vida. Amo muito você, **minha mãe**!*

*Aos meus queridos irmãos **Edinho e Luluca**, pelo amor fraternal, compartilhado; pelo carinho, amizade, confiança, incentivo e compreensão em todos os momentos de minha vida. Manos, estamos juntos, sempre!*

*Ao meu amor **Ricardo**, meu marido, companheiro, amigo de todas as horas. Por se fazer sempre presente ao meu lado, me apoiando, me dando forças, seja na vida pessoal, seja na vida profissional. Obrigada por compreender os momentos de ausência quando precisei me dedicar aos estudos. Agradeço a Deus por você fazer parte de minha vida. Amo você!*

*A todos os **pacientes com câncer** que, mesmo padecendo de uma doença incurável e em fase avançada, se dispuseram a participar do meu estudo. Pacientes estes que vivem em busca de alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual, de uma qualidade de vida melhor em sua finitude.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, por ter concedido minha vida, por estar sempre me abençoando, dando iluminação e força para enfrentar e vencer os desafios da vida. O Senhor é meu pastor e nada me faltará!

Aos queridos tios: **Moura e Glória, Paulo e Salete, Fátima e Wiliam**, e adorados **primos**, pela força, carinho, palavras de incentivo e amor que recebo de vocês. Obrigada por torcerem e acreditarem em mim. Vocês moram no meu coração.

Ao meu enteado, **Robertinho**, “meu filho do coração”. Obrigada Beto, pelo carinho, respeito, amizade e por estar sempre disposto a me ajudar, de qualquer maneira. Você faz nossa vida ser mais feliz!

Aos meus sogros, **Elmo e Vera** e cunhados **Júnior e Fábيا, Erick e Waleska, Serginho e Larissa e sobrinhos**. Obrigada por me acolherem de braços abertos, com tanto amor e carinho, possibilitando tornar-me membro dessa família que admiro. Obrigada pelo apoio e confiança.

Aos meus **primos e tios paternos**, presentes e ausentes, pela confiança, amizade, carinho e por torcerem pelo alcance de mais uma vitória na minha vida.

À minha amiga **Zodja**, pelo carinho, pelo apoio e por compartilhar momentos importantes de minha vida. Muito grata pela valiosíssima contribuição para realização dessa pesquisa. Você é minha irmã de fé.

Aos meus queridos amigos e ‘afilhados’ **Aninha e Marquinhos**, que dia a dia assistimos a nossa amizade se solidificar. Aninha, obrigada pela companhia e amizade fraternal em toda nossa trajetória e, principalmente, no período que estivemos em Ribeirão Preto, que sem dúvida tudo foi mais fácil, mais tolerante.

À **Profa. Dra. Namie Okino Sawada**, que mesmo sem conhecer-me aceitou ser **minha orientadora**, pelo incentivo e ensinamentos valiosos na construção desse estudo, que certamente tornaram meu caminhar pela pesquisa quantitativa mais firme ao longo deste percurso. Obrigada pela amizade, apoio, atenção e carinho que você tem me dedicado. Ser sua orientanda é um privilégio. Parabéns pela pessoa humana e profissional que você é. Minha sincera admiração!

À amiga **Profª Dra. Solange Costa**, que vem ao longo de minha carreira docente me incentivando e participando ativamente de todas as etapas: especialização, mestrado, concursos para docência e agora no doutorado. Agradeço imensamente por acreditar e confiar em mim e por aceitar participar da banca examinadora. Muito obrigada pela força amiga!

AGRADECIMENTOS

À **Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFPB**, a coordenação do **DINTER**, ao Departamento de Enfermagem Clínica – **DENC** e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – **CAPES**, por tornarem possível a realização deste curso de doutorado.

À **Profa. Dra. Rosalina A. Partezani Rodrigues**, pelo empenho para concretização do convênio firmado entre as instituições; pela dedicação, carinho, cuidado e atenção ao DINTER PB PI. Muito obrigada!

Aos **Professores** da banca examinadora, pela presteza e pelas grandes contribuições.

Ao **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** da UFPB, principalmente à **Profa. Dra. Miriam Nóbrega**, pelo empenho e presteza na condução do processo junto à CAPES.

Às amigas e companheiras **Aninha, Kenya, Lourdes, Jacira e Cintia**, pelo compartilhar de todos os momentos vividos durante nossa temporada na ‘Guia Lopes, 600’, que permitiu estreitar nossos laços de amizade. Foi muito bom estar com vocês, obrigada por tudo!

Ao grupo de doutorandas **Josilene, Cleide, Edilene (UFPB), Márcia Teles, Ana Maria, Andréa, Elaine, Rosilane, Márcia Astrês e Sheila (UFPI)** pelo apoio, amizade e conhecimento compartilhados.

Ao **corpo docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, da Universidade de São Paulo, pela competência e sabedoria refletidas na condução das aulas ministradas no DINTER-PB/PI e pelo acolhimento na EERP/USP. Muito grata!

A todos os funcionários da **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, especialmente os da pós-graduação, pela recepção e presteza.

Aos colegas, docentes e funcionários, do **Departamento de Enfermagem Clínica**, pelo apoio e torcida nessa minha trajetória.

Às amigas da área de **Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto**, pelo carinho, incentivo, apoio, e colaboração, por possibilitarem que eu concretizasse esse sonho. Meu muito obrigada!

À amiga **Oriana**, que com grande gesto de amizade e coleguismo me substituiu durante o período de afastamento das atividades acadêmicas, para cumprir estágio na EERP/USP, como também buscava sempre que possível um jeito de adaptar meus horários em favor do doutorado. Você é minha amiga de fé!

Às Enfermeiras **Fátima Barreto** – Chefe da Divisão de Enfermagem e **Elvia Lane**, Chefe da **Clínica de Doenças Infectocontagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**, por viabilizaram meu pedido de afastamento para atividades do doutorado. Obrigada pela colaboração e confiança.

Aos meus **amigos(as) e colegas de trabalho**, da Clínica de Doença Infectocontagiosa do HULW/UFPB, por todo o carinho, amizade, confiança a mim dispensados. Obrigada pelo apoio e colaboração, especialmente da equipe de enfermagem.

À **Profa. Maria da Glória Uchoa**, enquanto diretora da **Faculdade Santa Emília de Rodat** que me propiciou afastamento das atividades acadêmicas para cumprimento de estágio na EERP/USP.

À Coordenadora e membros do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética** – NEPB do Departamento de Enfermagem Clínica – UFPB, principalmente à Dra. Solange Costa, pelo acolhimento no grupo de estudos, apoio e incentivo no campo da pesquisa.

Às diretorias do **Hospital Napoleão Laureano** e do **Hospital Padre Zé** que permitiram a utilização desses serviços para campos desta pesquisa.

Ao **Prof. Jozemar**, pelos esclarecimentos e orientações durante consultoria prestada aos dados estatísticos da pesquisa, que muito contribuiu para a compreensão da análise do estudo.

À **Profa. Myrta Simões** e à **Profa. Valdelúcia** pelas valiosas correções do vernáculo e tradução para língua inglesa e espanhola.

À amiga Enfermeira **Mônica Vasconcelos**, pela amizade, apoio e colaboração na normatização das referências.

A **todos os meus amigo(a)s**, em especial, **Fabricia, Patrícia, Cecília, Glenda, Nanci, Sueli e Terezinha**, pela amizade incondicional, pelos gestos de carinho, apoio e incentivo recebidos, pelas parcerias no setor de trabalho, nas pesquisas, e por ter a amizade de vocês.

A todos, que embora não tenha seu nome citado, mas que de uma forma ou outra, trouxeram contribuições para realização desse meu sonho, meu muito obrigada!

Epígrafe

*O crescimento descontrolado
de células destrutivas, recorrentes e invasivas
nos tecidos da gente, sem motivo aparente,
provoca débeis tumores.*

*Esses malignos invasores vão
desde os carcinomas aos enrustidos sarcomas,
com suas teias de horrores.*

Rômulo Melo

RESUMO

FREIRE, M.E.M. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. 2014. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Atualmente, as pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com câncer têm contribuído para o planejamento de cuidado integral ao paciente e familiar. Este estudo teve como objetivo avaliar a QVRS de pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura, de acordo com as dimensões do instrumento EORTC QLQ C-30 e sua associação com os aspectos sociodemográficos e clínicos. O referencial adotado foi o de QVRS de Ashing-Giwa. Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal, realizado em João Pessoa - PB, com amostragem por conveniência. As entrevistas foram norteadas por dois instrumentos, o de caracterização sociodemográfica e clínica e o de avaliação de qualidade de vida - EORTC QLQ C-30. O estudo acatou as observâncias éticas normatizadas para pesquisas com seres humanos. Participaram 127 pacientes, sendo 59,1% mulheres, idade média de 63 anos; 43,3% casados e 44,1% tinham de 1 a 3 filhos; 40,9% com ensino fundamental; 72,4% católicos; 81,9% não praticavam atividade física. Quanto à situação financeira, 52,8% eram aposentados; 85,8% recebiam mensalmente de 1 a 3 salários mínimos e 98,4% não tinham plano de saúde privado. Na caracterização clínica, o câncer foi mais prevalente nas mulheres (58,3%), com localização primária do tumor mais citado no útero, ovário, mama e colorretal, e nos homens o tumor se apresentou significativamente na cabeça, pescoço, próstata e pulmão. Tempo de diagnóstico menor que seis meses foi encontrado em 48,8% da amostra; 58,3% tinham tumor com disseminação regional e distante; 52,8% com metástase; 63,0% realizaram biópsia; 57,5% e 51,2% não realizaram radioterapia nem quimioterapia, respectivamente, e 78,0% estavam há menos de um mês hospitalizados. Os sintomas mais prevalentes foram dor (89,8%), fadiga (70,9%) e anorexia (53,5%). Na avaliação pelo EORTC QLQ-C30, os resultados com pior avaliação foram para o Estado de Saúde Global e Função Desempenho de Papel; na Escala de Sintomas, dor, fadiga, insônia e perda do apetite tiveram destaque bem como na escala Dificuldade Financeira. Na associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, com as variáveis sociodemográficas, houve associação significativa da faixa etária e escolaridade com Função Cognitiva e renda mensal com Estado Geral de Saúde. Já com as variáveis clínicas, houve associação da extensão da doença e metástase com Função Física; radioterapia com Função Social e tempo de hospitalização com Escala Funcional. Na associação dos itens da Escala de Sintomas houve associação significativa de fadiga com extensão da doença, metástase, quimioterapia e tempo de hospitalização; dor com quimioterapia e tempo de hospitalização; insônia com procedimento cirúrgico e perda de apetite com quimioterapia. A associação dos escores da escala Dificuldade Financeira com variáveis sociodemográficas mostrou resultado significativo com situação laboral atual, fonte de renda, renda mensal e situação financeira. E com variáveis clínicas, foi encontrada associação com tempo de hospitalização e com diabetes. Os resultados mostraram que os aspectos sociodemográficos e clínicos da população do estudo afetaram de forma significativa sua QVRS, principalmente com relação aos domínios Função Física e Função Cognitiva. Assim, o prejuízo na capacidade funcional, pelo impacto de uma doença como o câncer, afeta a capacidade de desempenhar suas atividades de vida diária, suas relações sociais, e sobremaneira, sua situação financeira.

Palavras-chave: Câncer, Qualidade de vida, Qualidade de vida relacionada à saúde.

ABSTRACT

FREIRE, M.E.M. Evaluation of quality of life related to the health of patients with cancer no therapeutic healing possibilities. 2014, 166fls. Thesis (Doctorate). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Nowadays, the pieces of research on quality of life related to the health (HRQoL) of patients with cancer have contributed to the whole care plan devoted to the patient and family member. This study aimed at evaluating the HRQoL to the oncology patients, with no therapeutic healing possibilities, according to the dimensions of the EORTC QLQ C-30 and its association with the socio-demographic and clinical aspects. Ashing-Giwa's HRQoL was the reference adopted. It is an analytical and cross-sectional study carried out in João Pessoa – PB, with convenience sampling. The interviews were guided by two instruments: the socio-demographic and clinical characterization and the evaluation of quality of life – EORTC QLQ C-30. The study accepted the ethical observance ruled by pieces of research with human beings. A total of 127 patients took part in the research, being 59,1% women, mean age 63 years old; 43,3% married and 44,1% had 1 to 3 children; 40,9% with elementary education level; 72,4% catholic; 81,9% did not practice physical activity. In regard to the financial situation, 52,8% were retired; 85,8% received 1 to 3 minimum wages monthly and 98,4% had no private health plan. In the clinical characterization, cancer was more prevalent in women (58,3%), with tumor primary locus in the uterus, ovary, breast and colorectal whereas in men, the tumor was meaningfully present in the head, neck, prostate and lung. Diagnosis period less than six months was found in 48,8% of the sample; 58,3% had tumor with regional and distant dissemination; 52,8% with metastasis; 63,0% fulfilled biopsy; 57,5% and 51,2% were submitted neither to radiotherapy nor to chemotherapy, respectively, and 78,0% had been hospitalized for less than a month. The most prevalent symptoms were pain (89,8%), fatigue (70,9%) and anorexia (53,5%). With reference to the EORTC QLQ-C30 assessment, the results with the worst evaluation were for the Global Health Status and Performance Status; in the Symptoms Scale, pain, fatigue, insomnia and appetite loss were highlighted as well as in the Financial Difficulty Scale. In the association of EORTC QLQ-C30 domains with the socio-demographic variables, there was meaningful association of age group and education level with Cognitive Function; and monthly income with Global Health Status. With the clinical variables, there was an association of the extent of disease and metastasis with the Physical Function; radiotherapy with the Social Function and the hospitalization period with the Functional Scale. While associating the items of the Symptom Scale, there was meaningful association of fatigue with the length of the disease, metastasis, chemotherapy and the hospitalization period; pain with chemotherapy and period of hospitalization; insomnia with surgical procedure and appetite loss with chemotherapy. Score association of the Financial Difficulty Scale, with socio-demographic variables, showed meaningful result with the current work condition, income source, monthly income and financial situation. Concerning the clinical variables, there was association with the hospitalization period and with diabetes. Results showed that the clinical and socio-demographic aspects of the studied population affected meaningfully their HRQoL, especially, with reference to the Physical Function and Cognitive Function domains. Therefore, the damage regarding the functional capacity, by the impact of a disease as cancer, affects the capacity of performing their daily life activities, their social relations, and overall, their financial situation.

Keywords: Cancer, Quality of life, Quality of life related to health.

RESUMEN

FREIRE, M.E.M. Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con cáncer sin posibilidades terapéuticas de cura. 2014. 166fls. Tesis (Doctorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Actualmente, las investigaciones de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de pacientes con cáncer aportan al planeamiento de la atención integral al paciente y familiar. Este estudio objetivó evaluar la CVRS de pacientes oncológicos sin posibilidades terapéuticas de cura, según las dimensiones del instrumento EORTC QLQ-C30 y su asociación con los aspectos socio-demográficos y clínicos. El referencial adoptado fue el de CVRS de Ashing-Giwa. Es un estudio analítico, de corte transversal, llevado a cabo en João Pessoa - PB, con muestra por conveniencia. Las entrevistas fueron norteadas por dos instrumentos, el de caracterización socio-demográfica y clínica y el de evaluación de calidad de vida - EORTC QLQ-C30. El estudio accedió a las observancias éticas regularizadas para investigación con seres humanos. Participaron 127 pacientes: el 59,1% mujeres, edad mediana de 63 años; el 43,3% casados y el 44,1% tenían de 1 a 3 hijos; el 40,9% con educación básica; el 72,4% católicos; el 81,9% no practicaban actividad física. Con respecto a la situación financiera, el 52,8% eran jubilados; el 85,8% tenían de 1 a 3 sueldos base mensualmente; el 98,4% no tenían seguro de salud privado. En la caracterización clínica el cáncer fue prevalente en las mujeres (el 58,3%), con ubicación primaria del tumor más citado útero, ovario, mama y colon y en los hombres fue en la cabeza, cuello, próstata y pulmón. Tiempo de diagnóstico menor que seis meses fue encontrado en un 48,8% de la muestra; el 58,3% tenían tumor con diseminación regional y distante; el 52,8% con metástasis; el 63,0% realizaron biopsia; el 57,5% y el 51,2% no realizaron radioterapia ni quimioterapia respectivamente y el 78,0% llevaban menos de un mes hospitalizados. Los síntomas más prevalentes fueron dolor (el 89,8%), fatiga (el 70,9%) y anorexia (el 53,5%). En la evaluación por el EORTC QLQ-C30 los resultados con peor evaluación fueron para el Estado de Salud Global y Función Desempeño de Papel; en la Escala de Síntomas, dolor, fatiga, insomnio y pérdida del apetite tuvieron destaque así como en la escala Dificultad Financiera. En la asociación de los dominios del EORTC QLQ-C30 con las variables socio-demográficas hubo asociación significativa del grupo de edad y escolaridad con Función Cognitiva incluso renta mensual con Estado General de Salud. Con relación a las variables clínicas, hubo asociación de la extensión de la enfermedad y metástasis con Función Física; radioterapia con Función Social inclusive tiempo de hospitalización con Escala Funcional. En la asociación de los ítems de la Escala de Síntomas, hubo asociación significativa de fatiga con extensión de la enfermedad, metástasis, quimioterapia y tiempo de hospitalización; dolor con quimioterapia y tiempo de hospitalización; insomnio con procedimiento quirúrgico además de pérdida de apetite con quimioterapia. La asociación de los escores de la escala Dificultad Financiera con variables socio-demográficas presentó resultado significativo con situación laboral actual, fuente de renta, renta mensual y situación financiera. Respecto a las variables clínicas, fue encontrado asociación con tiempo de hospitalización y con diabetes. Los resultados presentaron que los aspectos socio-demográficos y clínicos de la población estudiada afectaron expresivamente su CVRS, especialmente respecto a los dominios Función Física y Función Cognitiva. Así, el daño en la capacidad funcional por el impacto de una enfermedad como el cáncer, afecta la capacidad de ejecutar sus actividades cotidianas, sus relaciones sociales y esencialmente su situación financiera.

Descriptores: Cáncer, Calidad de vida, Calidad de vida relacionada a la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Contextual de QVRS, adaptado do Modelo de ASHING-GIWA, 2005 ...	43
Figura 2 - Escala de Likert de quatro pontos do EORTC QLQ-C30	56
Figura 3 - Escala de Likert de sete pontos do EORTC QLQ C-30	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escores do EORTC QLQ-C30 Versão 3.0	55
Quadro 2 - Coeficientes de Fidedignidade de <i>Cronbach</i> dos domínios e questões (n=127) ..	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência e percentagem das características demográficas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).	62
Tabela 2 –	Frequência e percentual das características sociais de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).....	64
Tabela 3 –	Frequência e percentual da localização do câncer primário de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, segundo o sexo. João Pessoa - PB, 2013 (n=127)	66
Tabela 4 –	Frequência e percentual das características clínicas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).....	67
Tabela 5 –	Número total de sinais e sintomas citados por pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)	68
Tabela 6 –	Frequência e percentual de sinais e sintomas citados por pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).....	69
Tabela 7 –	Doenças associadas em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)	70
Tabela 8 –	Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)	72
Tabela 9 –	Escores dos domínios da qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 segundo variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)...	74
Tabela 9.1 –	Teste (<i>Post Hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas) - subconjuntos homogêneos	75
Tabela 10 –	Escores dos domínios da qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo dados clínicos dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)...	77
Tabela 10.1 –	Teste (<i>Post Hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas - médias) - subconjuntos homogêneos	78

Tabela 11 –	Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável metástase em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).....	79
Tabela 12 –	Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável extensão da doença em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127)	80
Tabela 12.1-	Teste (<i>post hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas) - Subconjuntos homogêneos	81
Tabela 13 –	Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável tempo de diagnóstico em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127)	82
Tabela 13.1 –	Teste (<i>post hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas) – subconjuntos homogêneos	83
Tabela 14 –	Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável procedimento cirúrgico em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127)	84
Tabela 14.1 –	Teste (<i>post hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas) – subconjuntos homogêneos	85
Tabela 15 –	Escores dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável quimioterapia em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).....	86
Tabela 16 –	Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável tempo de hospitalização de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura (n=127).....	88
Tabela 17 –	Escores do domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n=127).....	90
Tabela 17.1 –	Teste (<i>post hoc</i>) de <i>Dunn</i> (comparações múltiplas) – subconjuntos homogêneos	91
Tabela 18 –	Escores do domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 - segundo dados clínicos dos pacientes com câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n=127).....	92

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EMBASE	Base de Dados Biomédicos
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment for Cancer and Quality of Life
ESG/QV	Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MEDLINE	Base de Dados Biomédicos Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos do Câncer	21
1.2 Paciente com Câncer Avançado sem Possibilidades Terapêuticas de Cura.....	26
1.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	31
2 OBJETIVOS	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO	41
3.1 Influência da Cultura na Qualidade de vida	41
3.2 Modelo Contextual de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Ashing-Giwa.....	42
4 MATERIAIS E MÉTODO	49
4.1 Delineamento do Estudo.....	49
4.2 Local da Pesquisa	49
4.3 População e Amostra	51
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	51
4.5 Instrumentos de Coleta de Dados	53
4.5.1 Instrumento para Caracterização Sociodemográfica e Clínica.....	53
4.5.2 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - EORTC QLQ-C30	54
4.6 Coleta de Dados.....	57
4.7 Análise dos Dados	57
4.7.1 Análises Estatísticas	57
5 RESULTADOS.....	61
5.1 Caracterização Sociodemográfica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	61
5.2 Caracterização Clínica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	66
5.3 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura, de acordo com as Dimensões do EORTC QLQ-C30 ..	71
5.3.1 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30, Segundo Variáveis Sociodemográficas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	73

5.3.2 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30 Segundo Variáveis Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura.....	75
5.3.3 Associação do Domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	89
6 DISCUSSÃO	94
6.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	94
6.2 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura, de Acordo com as Dimensões do EORTC QLQ-C30.	108
6.2.1 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30, Segundo Variáveis Sociodemográficas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura	111
6.2.2 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30 Segundo Variáveis Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura.....	116
7 CONCLUSÕES.....	125
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	152
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	152
APÊNDICE B - Instrumento de Caracterização Sociodemográfica	154
APÊNDICE C - Carta Convite aos Juízes	157
APÊNDICE D - Formulário de Validação	158
ANEXOS	162
ANEXO A - Certidão de Aprovação do CEP/HULW	162
ANEXO B - Instrumento de QV – EORTC QLQ-C30	164
ANEXO C - Autorização do Grupo EORTC Para Uso do Instrumento	166

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos do Câncer

O câncer em seu processo de desenvolvimento tem sido reconhecido pela sociedade como um flagelo que assola a humanidade, destacando-se na comunidade científica como um dos grandes desafios da medicina com uma história de divergências em relação ao entendimento da doença e seu combate, e mesmo diante de inovações tecnológicas terapêuticas não se alcançou até o momento a cura para todas as formas da doença, tornando-se grave problema individual e importante problema de saúde pública, na perspectiva da prevenção (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

É perceptível que, nas últimas décadas, o câncer tem se destacado dentre as doenças crônicas, alcançando patamares alarmantes, a ponto de ser considerado um problema emergente contemporâneo de saúde pública mundial. Estudo desenvolvido pelo *National Cancer Control Programme* (INDIA, 2005) revela tendências de incremento do câncer tanto em países mais desenvolvidos como em países menos desenvolvidos. Em 2000, registros apontaram incidência de 4,7 milhões de casos de câncer em países mais desenvolvidos e 5,4 milhões em países menos desenvolvidos, com expectativas de 6 milhões de novos casos, para 2020, em países mais desenvolvidos e de 9,3 milhões em países menos desenvolvidos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, o câncer alcance aproximadamente 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas com diagnóstico anual de qualquer tipo de câncer, com maior efeito em países de baixa e média renda (INCA, 2011a).

Estimativas feitas para o ano de 2012 apontavam registros de mais de 500 mil novos casos de câncer no Brasil, e que na Paraíba tenha ocorrido cerca de 7.300 novos casos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta ainda que no Estado, 3.580 casos tenham sido em homens, enquanto 3.790 mulheres tenham sido acometidas por neoplasias (INCA, 2011a).

No Brasil, ao longo dos últimos 50 anos têm ocorrido mudanças no perfil epidemiológico da população, com destaque para o fato de que as doenças infecciosas e parasitárias eram estatisticamente reconhecidas como a primeira causa de morte no país, sendo atualmente determinada pelas doenças cardiovasculares, seguida do câncer. Assim, como em outros países de mesmo nível socioeconômico, o aumento da incidência do câncer

tem relação com os eventos decorrentes da evolução tecnológica e científica principalmente no campo da saúde, no crescente desenvolvimento industrial e urbano, repercutindo no aumento da expectativa de vida o que tem relação estreita com a carcinogênese (RODRIGUES, 2009). Nesse contexto, é prudente realçar que, decorrente do medo que envolve as pessoas diante do diagnóstico de doenças malignas e por não dar crédito aos fatores de risco para o seu desencadeamento, ainda persiste a prática popular de não realizar exames preventivos para câncer, retardando o diagnóstico e, conseqüentemente, repercutindo em tratamentos prolongados sem resposta curativa.

O câncer tem um período de evolução duradouro, podendo, muitas vezes, levar anos para evoluir até ser descoberto. No estado da Paraíba, o perfil de mortalidade por câncer também assume a tendência nacional, sendo apontada como a segunda causa de morte no Estado, perdendo apenas para doenças do aparelho circulatório. A mortalidade por câncer na Paraíba teve um incremento de 37,0% no período de 2001 a 2011. A taxa bruta de mortalidade no ano de 2011 foi de 57,35 por 100.00 mulheres e de 63,54 por 100.00 homens. O mais grave é que em dez anos (2001 a 2011), o total de paraibanos que foram a óbito vítimas de câncer foi de 22.776, sendo 11.672 homens e 11.104 mulheres (INCA, 2014).

Além do mais, atrelado às diferenças culturais e socioeconômicas decorrentes da enorme dimensão territorial do nosso país, há um grave problema de ordem gerencial no setor de saúde envolvendo lacunas nos registros de alguns casos de câncer em níveis regional e nacional. Tal fato incide diretamente na indefinição de fatores de risco determinantes, como também dificulta o estabelecimento adequado de prioridades para o planejamento de medidas de prevenção, repercutindo na qualidade da administração dos serviços de saúde prestados à população (BRITO et al., 2011).

As estimativas feitas para o ano de 2014 com repercussão para 2015 no Brasil direcionam para ocorrência equivalente a cerca de 580 mil casos novos de câncer, revelando desta forma, a magnitude do problema. Dentre os casos de câncer destacam-se com maior incidência, entre os homens, o câncer de próstata (22,8%), seguido do câncer de traqueia, brônquio e pulmão (5,4%), cólon e reto (5,0%), estômago (4,3%), cavidade oral (3,7%), esôfago (2,6%), laringe (2,3%), bexiga (2,2%), leucemias (1,7%), sistema nervoso central (1,6%), linfoma não Hodgkin (1,6%); nas mulheres, tem destaque em relação à maior incidência o câncer de mama (20,8%), seguido de cólon e reto (6,4%), câncer de colo do útero (5,7%), traqueia, brônquio e pulmão (4,0%), glândula tireoide (2,9%), estômago (2,7%), corpo do útero (2,2%), ovário (2,1%), linfoma não Hodgkin (1,8%), leucemias (1,6%), sistema nervoso central e cavidade oral incidem em 1,5%, cada. Destaca-se ainda que o

câncer de pele não melanoma configura-se dentre todos os casos de câncer como o mais incidente na população brasileira correspondendo a cerca de 182 mil casos novos, sendo 98 mil em homens e 84 mil em mulheres (INCA, 2014).

A mortalidade por câncer no País, demonstrada em estudos estatísticos realizados entre os anos 1980 a 2004, revelou que no sexo feminino, a mortalidade por câncer de mama se manteve estável no período, enquanto que a de colo de útero apresentou-se ascendente, mas sem significado estatístico. O câncer de pulmão, de cólon e reto apresentaram taxas ascendentes significativas, enquanto que o de estômago mostrou declínio importante. No sexo masculino, também foi observado declínio significativo de taxas em relação ao câncer de estômago, e não significativo no de pulmão; no entanto, houve tendência significativa para aumento nas taxas de câncer de próstata, seguido de cólon e reto. No quadro geral, estes dados seguiram a tendência ocorrida em países desenvolvidos, com declínios para algumas formas de câncer, tanto em pessoas com idade até 69 anos, como em ambos os sexos (FONSECA; ELUF-NETO; WUNSCH FILHO, 2010).

O câncer de mama acomete cerca de 1,3 milhão de mulheres no mundo, tendo como principais fatores de risco para seu desencadeamento o histórico familiar em parentes de primeiro grau, principalmente, e com mutação dos genes *breast cancer 1* e *breast cancer 2* - (genes de susceptibilidade para câncer de mama e ovário), fatores reprodutivos e hormonais, relacionados à menarca precoce, nuliparidade, primiparidade tardia, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal. Outros fatores menos importantes são obesidade após a menopausa, sedentarismo, ingestão de bebida alcoólica, variação geográfica, etnia e raça, havendo maior número de casos em mulheres ocidentais (WHO, 2008). É de extrema relevância a detecção precoce do câncer de mama, com métodos simples como autoexame das mamas, exame clínico por profissional de saúde e mamografia (INCA, 2013).

O câncer de colo de útero, conforme estatística de 2012, é considerado o quarto tipo mais comum entre as mulheres no mundo, com registros anuais de 527 mil casos novos. No Brasil, não considerando o câncer de pele não melanoma, o de colo uterino é o terceiro mais incidente, com estimativas para 2014 de 15.590 novos casos (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; INCA, 2014). O fator de risco mais importante está relacionado com a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) associado à imunidade, à genética e ao comportamento sexual da mulher. Conforme a Agência Internacional de Pesquisas sobre o Câncer há cerca de 13 tipos de HPV oncogênicos, sendo os mais comuns o HPV16 e o HPV18. Sua incidência inicia-se a partir dos 20 anos de idade e tem elevado potencial de cura quando diagnosticado precocemente. O rastreamento deste tipo de câncer tem no exame de

Papanicolau uma ferramenta importante e de baixo custo para a população feminina, garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil às mulheres na faixa de 25 a 64 anos (ALBUQUERQUE et al., 2009; INCA, 2011b).

A vacina contra o HPV, reconhecida como uma medida protetora importante, será ofertada à população feminina brasileira pelo SUS, na faixa etária de 11 a 13 anos, em três doses, com previsão para início em março de 2014, disponível em cerca de 36 mil unidades de saúde da rede pública e em escolas públicas e privadas. Em 2015, a vacina será estendida a meninas de 9 a 11 anos, ficando a partir de 2016 restrita às meninas de 9 anos, pois nessa faixa etária a produção de anticorpos contra o HPV tem maior eficácia. Assim, o Ministério da Saúde estabelece como objetivo imunizar até 2016, 80% do total de 5,2 milhões de meninas de 9 a 13 anos no país (BRASIL, 2014).

O câncer colorretal tem sido apontado como o quarto tipo de câncer mais incidente e o segundo mais prevalente no mundo, com cerca de 2,4 milhões de pessoas acometidas por esta malignidade. No entanto, quando o diagnóstico é feito precocemente, há potencial probabilidade de cura. O tempo de sobrevida depende da fase da doença em que foi diagnosticado, podendo alcançar média de 5 anos em 40 a 50% dos casos (KELSALL, et al., 2009). No Brasil, este tipo de câncer, sem considerar os tumores de pele não melanoma, em 2012, ocupava o terceiro lugar em frequência em ambos os sexos, com estimativas de mais de 30 mil novos casos. Estimativas, para 2014, apontam para 15.070 novos casos de cólon e reto em homens e 17.530 em mulheres. Dentre os fatores de risco tem maior destaque a história familiar de câncer colorretal e predisposição genética para o desenvolvimento deste tipo de câncer. Estes fatores tornam-se mais determinantes quando associados a hábitos dietéticos, como consumo excessivo de carnes vermelhas, embutidos, bebidas alcóolicas e obesidade (INCA, 2011a; INCA, 2014).

Câncer de próstata é um dos diagnósticos mais frequentes nos homens no mundo, ocupando segundo lugar entre os tipos de câncer, com estimativas em 2012 de cerca de 1,1 milhão de casos novos, ressaltando que 62% dos homens com este diagnóstico têm 65 anos ou mais. No Brasil, a estimativa para 2014 é de mais de 68.800 casos novos de câncer de próstata, ou seja, cerca de 70 casos novos a cada 100 mil homens, com expectativas de cerca de 60% de aumento até 2015, sendo o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país. Alguns fatores de risco podem ser atribuídos à doença, como idade (maior risco), raça/etnia, história familiar, dieta à base de carnes vermelhas, embutidos e elevado teor de cálcio. Nos últimos anos as taxas de mortalidade vêm apresentando perfil ascendente,

acompanhando o perfil de incidência no Brasil (INCA, 2014). Também é considerado um tipo de câncer curável se diagnosticado na fase inicial e se houver condução terapêutica adequada.

Estudos realizados pelo *Canary Foundation* e o *Early Detection Research Network of the National Cancer Institute* apontam que o controle do câncer de próstata no futuro envolverá além do *prostate specific antigen* (PSA), outros marcadores biológicos com boa especificidade, como: *glutathione S-transferase pi gene*, *prostate cancer antigen 3* (PCA3), e *sarcosine*. Além desse exame, uma avaliação de risco adequada e medidas de prevenção são imprescindíveis (BRAWLEY; ANKERST; THOMPSON, 2009).

O câncer de pulmão é apontado na literatura como a forma de câncer mais comum no *ranking* mundial, sendo também responsável pela principal causa de morte por neoplasias malignas, com cerca de 1,80 milhões de casos no mundo, em 2012. É uma doença de grande letalidade, numa relação incidência/mortalidade em torno de 86%. No Brasil, estimativas para 2014 apontam para 16.400 casos novos em homens e cerca de 11 mil em mulheres (INCA, 2014). O tabagismo tem sido referido mundialmente desde o século XX como fator de risco para cerca de 20 tipos de tumores, sendo o principal determinante de neoplasia pulmonar, numa relação de cerca de 80% dos casos (SECRETAN et al., 2009).

Inquéritos nesta área mostraram que, inicialmente, a prática do tabagismo era bem mais predominante na classe social alta e que atualmente este hábito é predominante da classe social menos favorecida economicamente, havendo, portanto, maior incidência da doença pulmonar neste grupo pela exposição às substâncias tóxicas e cancerígenas do tabaco (WUNSCH FILHO et al., 2010).

Outros fatores de risco incluem exposição ocupacional ou ambiental a substâncias carcinogênicas, história familiar de câncer, infecções pulmonares repetidas, tuberculose, entre outros de menor importância. Por não manifestar sintomatologia no início da lesão, geralmente o diagnóstico é tardio e o prognóstico bastante sombrio, com curto tempo de sobrevida.

Diante da multiplicidade de fatores de risco e de vários tipos de câncer, a implementação de ações direcionadas para a educação em saúde de forma abrangente, medidas oportunas de promoção e prevenção que se estendam do indivíduo à comunidade e, detecção precoce, tratamento e acompanhamento dos casos, são medidas imprescindíveis no enfrentamento do câncer (INCA, 2011a).

O tratamento oncológico envolve uma diversidade de opções, com indicações atreladas a alguns critérios como perfil socioeconômico do paciente, idade, comorbidades associadas, condições clínicas de suportar o tratamento, expectativas de pacientes e

familiares. Estudo recentemente desenvolvido por Hanna, Marta e Santos (2011) revela que na busca de fontes de evidência médica, nas principais bibliotecas eletrônicas de dados, não foram encontrados protocolos, consensos que determinem qual a melhor opção de tratamento para cada caso, emergindo daí dilemas éticos na equipe médica, principalmente, no sentido de promover beneficência e/ou não maleficência para o paciente.

Porém, o médico diante da necessidade sentida de proporcionar a cura ao seu paciente, da obstinação terapêutica, obscurece seu próprio limite, fazendo uso de habilidades técnicas e científicas para convencer o paciente e seus familiares a aceitarem todas as modalidades disponíveis de tratamento (WITTMANN-VIEIRA, 2010).

Sob a esfera da bioética, tal conduta em situações de câncer avançado pode culminar com a implementação de tratamentos fúteis, causando sofrimentos, desgastes psicológicos e a negação da terminalidade.

O tratamento clínico das neoplasias pode incluir além de procedimentos cirúrgicos para ressecção do tumor, a radioterapia, quimioterapia e tratamento sintomático. A radioterapia e a quimioterapia atacam não só as células malignas, como também as células normais, que associadas ao catabolismo inerente à doença resultam em sensação de fraqueza, cansaço aos mínimos esforços, com perda da capacidade funcional para atividades diárias do cotidiano, redução da força muscular e da funcionalidade cardiorrespiratória, dor, evoluindo para debilitações importantes no paciente. A fadiga, quando presente, pode estar relacionada a vários sinais e sintomas do paciente como cansaço, falta de energia, limitação cognitiva, enquanto que a fraqueza pode contribuir para a não realização ou dificuldade de realização de atividades diárias mais básicas, tais como higiene corporal, alimentação, vestir-se, entre outros (SALAMONDE, et al., 2006; SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010).

Com a progressão do câncer em alguns pacientes, ocorre a evolução clínica para a fase avançada da doença e o que é pior, eles ficam sem qualquer possibilidade terapêutica de cura, caracterizando dessa forma uma situação de terminalidade.

1.2 Paciente com Câncer Avançado sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

Os tumores malignos têm a capacidade de invadir tecidos de áreas mais distantes da localização primária, pela via hematogênica ou linfática, desencadeando o crescimento de novos tumores e quando isso acontece, denomina-se metástase (MANTOVANI, 2009).

No câncer primário, o tratamento tem como principal objetivo viabilizar a cura e prevenir recidivas da doença. No entanto, na condição de metástase, o câncer assume a forma avançada, na qual o tratamento deverá ser direcionado para tentativa de minimizar a progressão da doença e controle de sinais e sintomas, que são intensamente desgastantes e desconfortantes para o paciente, com impacto negativo em sua qualidade de vida. Dessa forma, na perspectiva de não haver mais possibilidades terapêuticas de cura, o paciente evolui para a terminalidade e o tratamento deverá ser planejado com base na estratégia de cuidados paliativos. É importante realçar que quando o paciente atinge o estágio de terminalidade, o cuidado deixa de ter como premissa a preservação da vida e torna-se imperativa a maximização do conforto em sentido amplo e a preservação da dignidade deste ser (GIRONDE; WATERKEMPER, 2006).

Nessa premissa, paciente terminal também é reconhecido por Muniz e Pérez (2009) como aquele que tem iminência de morte, em curto prazo, em decorrência de doença sem perspectiva de cura, mesmo tendo recebido tratamento adequado e específico. No entanto, a denominação de paciente terminal pode, para Kovács (1998), ser um rótulo usado de forma estereotipada, por referir-se ao paciente em qualquer fase da doença oncológica, ou ser utilizado de forma a estigmatizar o paciente, dando-lhe a certeza de que está inserido na situação de que não há mais nada a fazer e que só lhe resta agora esperar a hora da morte.

É notório que a terminalidade do ser tem relação intrínseca e dependente com doença terminal que, em consonância com Carvalho e Silvério (2006), pode ser reconhecida por situações clínicas bem definidas, tais como doença em fase avançada, progressiva e sem nenhuma perspectiva de cura; ausência de resposta ao tratamento específico para a situação clínica; identificação de múltiplos e intensos sintomas, de natureza multifatorial e alternante; doença que impõe grande impacto emocional ao paciente e ao familiar relacionada à iminência e prognóstico de morte dentro de poucos meses.

O paciente com câncer avançado apresenta sinais e sintomas pouco controláveis como dor, dispneia, náuseas e vômitos, como também pode apresentar anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, fraqueza, que causam intenso desconforto ao paciente, causando alterações significativas em sua qualidade de vida. Para a OMS, a dor deve ser reconhecida como uma emergência, atingindo cerca de 50 a 75% dos pacientes com câncer avançado, os quais sentem mais de um tipo de dor. A dor física que o paciente oncológico terminal sente ocorre paralelamente a outros enfrentamentos diante da luta incessante pela doença, sinalizados por problemas emocionais, como raiva, depressão, culpa, desesperança quanto ao futuro, desespero pela aproximação da morte, perda dos projetos de vida de médio a

longo prazos, concentrando-se agora em busca de resolução imediata de alguns objetivos. Todos diminuem de algum modo sua qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde (GIROND; WATERKEMPER, 2006; SALAMONDE et al., 2006; SILVA; HORTALE, 2006).

Pacientes com câncer avançado apresentam frequentemente estado de inanição, por inapetência que decorre do pouco interesse para alimentar-se, resultando em perda ponderal progressiva atingindo estado de caquexia, que se caracteriza por intensa depleção proteico-calórica, atrofia muscular, náusea crônica e astenia. Estas manifestações podem estar relacionadas aos efeitos adversos do tratamento imposto ao paciente com alguns tipos de câncer, como radioterapia, quimioterapia, entre outros (DUVAL et al., 2010). Tais manifestações têm contribuição importante para a queda da qualidade de vida do paciente, tornando-se relevante para o paciente e sua família a atenção de uma equipe multidisciplinar envolvida no programa de cuidados paliativos para atenuar os efeitos deletérios do tratamento.

Porém, mesmo diante da finitude da vida ser algo próprio do ser humano, as discussões acerca da terminalidade, principalmente relacionadas ao acometimento de doenças incuráveis, são de certa forma não estimuladas pela população ocidental. No Brasil, esta temática ainda é tabu em alguns segmentos da população, manifestado por pouco ou nenhum interesse em abordar o assunto ou participar de discussões sobre a temática, sendo também pouco discutida na área acadêmica das ciências da saúde.

Nesse sentido, o estado de terminalidade do paciente tem sido, na maioria das situações, revestido de um cuidado permeado por grandes recursos técnico-científicos, envolvendo cuidados intensivos desenvolvidos prioritariamente no ambiente hospitalar, buscando a todo custo o prolongamento da vida e do sofrimento dos envolvidos.

O cuidar compreende um conjunto de ações que permeiam a existência do ser humano, desde o momento em que foi gerado até sua finitude, constituindo-se dessa forma, uma necessidade inerente e premente do homem. O processo do cuidar envolve uma interação de sentimentos que se configura numa atitude de abertura para outros seres, extraindo das relações humanas, o envolvimento do cuidador com o ser cuidado, buscando desenvolver empatia, humildade, sentimentos de compaixão, preocupação, proteção, responsabilização, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança.

Estudos filológicos apontam que originariamente a palavra “cuidado” tem duas derivações no latim: a da palavra *cura* (cura) que significa atitude de cuidado, de desvelo, assumindo assim uma atenção, um envolvimento afetivo do cuidador com o outro; e a da palavra *cogitare – cogitatus* (cogitar), que significa direcionar atenção, demonstrar interesse,

revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (ZOBOLI, 2004; FERREIRA, 2010). Dessa forma, o cuidado pode ter várias dimensões e ser visualizado na perspectiva de cuidar como sentimento, cuidar como atitude, cuidar como necessidade humana, cuidar como relação estabelecida entre o cuidador e o ser cuidado, cuidar como conduta ética, cuidar como profissão (SEGURO et al., 2008).

Cuidar é compreendido por Boff (2003) como atitude de um para com o outro, imbuída de facetas afetivas no sentido de zelar, proteger, com preocupação e responsabilidade. Enfatiza ainda que este cuidado é inerente ao homem, por integrar a natureza e constituição deste ser e que sem o cuidado, ele perde a propriedade de ser humano.

Tais concepções nos levam ao entendimento de que o ato de cuidar, além de significar um ato revestido de afetividade e de preocupação com o outro, visa no contexto da atenção à saúde à restauração de condições saudáveis de vida, sobretudo, ao bem-estar da pessoa que está doente dentro de suas limitações fisiológicas, psicológicas e espirituais.

Dessa forma, o cuidar delinea o cuidado numa perspectiva relacional que opera com a dialética do processo de saúde e doença, incorporando a subjetividade, a afetividade, a palavra, os gestos corporais, o ato de tocar e a percepção (SOUSA et al., 2010). Sob esse prisma, o ato de cuidar perpassa as ações singularmente técnicas de tratamento ao assistir o ser doente de maneira holística, de forma a abranger todas as suas necessidades afetadas e que possam contribuir para a manutenção e qualidade da vida. Destarte, todas as ações de cuidados visam manter a satisfação do indivíduo em suas dimensões física, psíquica, espiritual e social porque situam as pessoas em seu contexto de vida, respeitando seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores.

Esse cuidar torna-se ainda mais necessário nas circunstâncias de doença incurável, de vulnerabilidade, havendo necessidade de um tratamento especial diante da fase de terminalidade que o paciente vivencia, na qual a promoção do bem-estar é essencial, assim como auxiliá-los a reconhecer possibilidades ou mesmo limitações que fazem parte dessa realidade, com o objetivo de proporcionar o conforto necessário enquanto há vida, quando a cura já não é possível.

Sob essa premissa, o grupo responsável pelo controle do tratamento do câncer da OMS iniciou na década de 80, do século XX, um movimento em nível mundial para controle da dor de pacientes com câncer, e esta iniciativa deu espaço para o surgimento da modalidade de cuidados paliativos, definida como uma estratégia relevante de cuidados direcionados a pacientes não responsivos ao tratamento curativo (1990), mas, que se restringia ao atendimento de pacientes no estágio avançado da doença, em situação de terminalidade.

Porém, a compreensão de que além da necessidade física, o paciente precisa ter atendidas as necessidades emocionais, sociais e espirituais desde o momento do diagnóstico de doença crônica e incurável, a OMS divulgou em 2002 uma nova definição de cuidados paliativos como sendo:

Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados à doença ameaçadora da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2002, p.84).

Proporcionar melhor qualidade de vida a pacientes em fase de terminalidade é algo que, de início, pode gerar uma confusão de ideias ou dar um sentido contraditório para alguns profissionais da área, para o cuidador ou mesmo ao próprio paciente que, diante de um diagnóstico de doença incurável e terminal, isso pode representar até ironia (VIEIRA, 2010). Porém, é preciso compreender que a morte é uma realidade de qualquer ser vivo desde o momento de sua concepção, e isto sendo fatidicamente verdadeiro, por que não se desnudar um pouco da tecnologia científica e aliar esses procedimentos a outros que reconhecidamente possam conduzir o ser humano a uma boa morte? E assim, permitir que ele possa vivenciar seus últimos dias de vida com mais plenitude, intensidade, com maior qualidade, acompanhado de seus familiares e pessoas que lhe sejam agradáveis.

É, pois, nessa perspectiva, como profissionais de saúde empenhados em promover cuidados imbuídos de respeito e ética para o resgate da autonomia e cidadania do ser humano padecendo de câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura, que devemos buscar medidas adequadas e mais específicas possíveis para avaliar a sua qualidade de vida. Além do mais, seus resultados podem ser utilizados também como preditores importantes para avaliação do cuidado prestado (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003), quer seja no contexto hospitalar, quer seja no domicílio. Estudos que apresentam evidências de impactos na qualidade de vida podem servir de bússola para direcionar políticas públicas de saúde, orientar programas e condutas terapêuticas para o tratamento do câncer (KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

Nas últimas décadas, questões relacionadas à qualidade de vida têm instigado diversos pesquisadores da área das ciências da saúde, humanas, administrativas, sociais, econômicas, entre outras, emergindo estudos e discussões em busca de compreender e buscar os melhores instrumentos ou meios de se medir ou avaliar a qualidade de vida das pessoas.

1.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A etimologia da palavra qualidade, segundo Ferreira (2010, p.710), que deriva do *latim*, tem o significado de “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza; [...] excelência de alguém ou de algo”; enquanto que a palavra vida significa “[...] existência; vida humana; espaço de tempo que vai desde o nascimento à morte; um dado período da vida”.

A expressão qualidade de vida foi referida na literatura pela primeira vez, num livro publicado por Pigou, em 1920, intitulado “*Economics Welfare*”, que tecia discussões acerca do apoio governamental às pessoas de baixa condição socioeconômica e o impacto sobre suas vidas e sobre as finanças do estado (WOOD-DAUPHINEE, 1999).

Ao se pensar ou falar em qualidade de vida, geralmente se reporta a indicadores sociais objetivos tais como expectativa de vida, desemprego, criminalidade, produto interno bruto, pobreza, escolaridade, jornada de trabalho, mortalidade perinatal, etc., e indicadores sociais subjetivos como bens materiais, felicidade, segurança, satisfação com a vida, relacionamento familiar, satisfação com o trabalho, satisfação sexual, lazer, entre outros (ABS, 2001; RAPLEY, 2003).

Qualidade de vida é um julgamento subjetivo humano, que pode expressar a satisfação percebida pelo próprio ser humano nas suas relações familiar, pessoal, social, ambiental, e em relação à sua própria existência, pressupondo uma reunião de valores concebidos pela sociedade refletidos pela sensação de conforto e bem-estar. Assim, seu significado pode ser construído ao longo dos tempos e sofrer influências do contexto sociocultural. Ou seja, tais indicadores refletem a condição social e econômica de cada pessoa ou de grupos de pessoas, em determinado momento ou circunstâncias da vida. É sabido, portanto, que há uma diversidade acerca da definição de qualidade de vida na literatura nacional e internacional, havendo congruências e distanciamentos nas definições conforme as subjetividades e objetividades de cada pessoa, instituição, entidade ou órgão envolvidos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, para o alcance de seus objetivos, projetos e expectativas, conferindo-lhe oportunidades de escolhas, é reconhecida como qualidade de vida pelo Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995; JORGE; SILVA, 2010).

Embora estudos realizados ao longo dos tempos não demonstrem consenso e clareza absoluta sobre o conceito de qualidade de vida, por sua subjetividade inerente às percepções de cada indivíduo a esse respeito, um projeto multicêntrico envolvendo diferentes culturas, sob a coordenação da OMS, destaca três aspectos de grande relevância para o constructo qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade, sendo acatados por grande parte dos pesquisadores (WHOQOL, 1995; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

No tocante ao constructo qualidade de vida, subjetividade pode ser considerada como a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e outros aspectos importantes que estão incluídos no seu contexto de vida, identificados como dimensões (SEIDL; ZANNON, 2004). Ou seja, a subjetividade do ser humano é revelada através de seus pensamentos, sentimentos, emoções; é composta pelo mundo interno, próprio e inerente a cada ser. A multidimensionalidade da qualidade de vida inclui dimensões de ordem física, psicológica, social e espiritual. Estas dimensões mantêm uma estreita interação entre si e que alterações em uma ou várias dimensões promovem repercussões importantes (WHOQOL, 1995) à qualidade de vida como um todo (SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011). Além do mais, estudos empíricos com abordagens qualitativas e quantitativas buscam identificar de forma adequada estas dimensões. (SEIDL; ZANNON, 2004). A bipolaridade é resultado das influências positivas e negativas que permeiam o cotidiano das pessoas.

Dentre as dimensões apontadas como relevantes e que causam impacto na qualidade de vida, destacam-se o bem-estar físico, que tem relação com a experiência de desconforto físico; bem-estar funcional, que se refere ao desempenho da pessoa nas atividades diárias; bem-estar emocional, revelado por condições afetivas intrínsecas ou das relações com o outro; bem-estar familiar, que depende das relações e comunicação estabelecidas com seus entes; funcionamento social, a depender da habilidade da pessoa para reconhecer e enfrentar seu papel social; satisfação em relação ao tratamento, que envolve a situação financeira; e, ainda a sexualidade, que tem relação com a imagem corporal decorrente dos agravos da saúde (RAPLEY, 2003, SANTOS; SAWADA; SANTOS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde apresentou em 1948 a definição de saúde, sob o entendimento que estar com saúde não quer dizer só ausência de doença, mas que deve ser entendida como condição de completo bem-estar físico, mental e social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Embora tenha suscitado críticas no meio intelectual pela complexidade da condição, ou seja, por ser irreal ou inatingível o ser humano alcançar esse “completo bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997; SCLiar, 2007), diante da

diversidade socioeconômica, cultural e política que permeia a vida, esta definição já reflete a preocupação com a qualidade de vida das pessoas. Então, sob o entendimento de que a qualidade de vida é um constructo que reflete a satisfação da pessoa com sua vida, sendo avaliada de forma generalizada e atribuída por um conjunto de domínios, estudiosos reconhecem que a saúde destaca-se como um fator importante e determinante, adotando-se então a terminologia qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Mesmo que, os entendimentos acerca das definições de saúde e qualidade de vida se aproximem, Fleck (2008) defende que o construto qualidade de vida é abrangente, vai além do construto saúde, pois, saúde é um domínio da qualidade de vida, mesmo havendo pontos de intersecção entre estes constructos.

Assim, qualidade de vida tem uma conotação geral, enquanto que QVRS envolve aspectos inerentes à situação de enfermidades, intervenções terapêuticas ou perturbações que afetem diretamente a integridade corpo e mente (SEIDL; ZANNON, 2004) e em correspondência à sua qualidade de vida.

Desse modo, o conceito de QVRS está inter-relacionado à subjetividade da avaliação que o próprio indivíduo faz sobre sua saúde, com foco no impacto que essa condição de saúde possa ter sobre sua própria vida (WOOD-DAUPHINEE, 1999, MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Além das manifestações clínicas inerentes ao câncer que afeta a função física da pessoa, o diagnóstico e a incerteza que permeiam o tratamento causa grande impacto emocional, traduzido por tristeza, preocupação, depressão, desesperança, entre outros sentimentos afetando sua função emocional e espiritual. Acrescentam-se ainda distúrbios no plano social, pelo afastamento de alguns de seu convívio pessoal imposto pelas limitações da doença e pela perda de seu papel no contexto familiar. Esse conjunto de manifestações torna-se mais intenso, pois à medida que avança a doença, as perspectivas de cura vão se esmaecendo e a iminência de morte torna-se factível, causando impacto negativo na qualidade de vida do paciente e de seus familiares (LEÓN-PIZARRO et al., 2007).

A avaliação do estado de saúde do paciente é uma ferramenta importante tendo sido continuamente estimulada entre os pesquisadores da área da saúde a sua especificidade. O profissional de saúde tem manifestado preocupações sobre os métodos ou medidas de avaliação, ressaltando aqui o papel do enfermeiro neste contexto, pois é necessário haver parâmetros adequados sobre a situação clínica do paciente, o tratamento implementado e seus resultados sob a prerrogativa de promover bem-estar físico, psicológico, espiritual ao paciente e aos seus familiares, repercutindo diretamente na sua qualidade de vida (MACAHADO;

SAWADA, 2008, NICOLUSSI; SAWADA, 2010). Sob esse enfoque, se tem buscado medir a qualidade de vida em relação ao estado de saúde dos indivíduos, uma vez que a condição de doença, com suas manifestações e consequências, afeta a vida das pessoas e de seus familiares em vários aspectos, circunstâncias, em caráter temporal, sendo a qualidade de vida uma medida de impacto na saúde.

A QVRS torna-se enfática em diversos estudos da área mediante pacientes com doença oncológica, sendo reconhecida como um instrumento importante de medição envolvendo vários aspectos da vida, tendo entre suas finalidades a de buscar melhores alternativas de tratamento, bem como avaliar as respostas dos indivíduos à sua condição de portador de doença incurável, desde seu diagnóstico até a terminalidade da vida. Nesse sentido, já existem diversos instrumentos construídos e validados com essa finalidade.

A esse respeito, vários estudiosos têm ressaltado que a avaliação da QVRS compõe um componente padrão no cuidado global dos pacientes com câncer, e que instrumentos elaborados para medir a QVRS devem ter característica multidimensional, ou seja, devem medir todos os aspectos de vida que possam influenciar ou alterar, modificar a qualidade de vida destas pessoas bem como devem ser subjetivos, isto é: possibilitar a obtenção de dados do próprio paciente sempre que este estiver em condições de responder (WHOQOL GROUP, 1995; McMILLAN, 1996); devendo ser ainda considerados a legibilidade e o tamanho do instrumento, levando em conta que o paciente com câncer e sob cuidados paliativos pode apresentar fadiga facilmente diante de um instrumento muito longo. E, por último serem válidos e confiáveis. A validade do instrumento diz respeito às suas propriedades psicométricas, enquanto a confiança diz respeito à consistência e precisão do instrumento (McMILLAN, 1996).

No desenvolvimento de estudos que enfoquem a qualidade de vida ou qualidade de vida relacionada à saúde, faz-se necessária a escolha do instrumento que corresponda aos fundamentos conceituais e finalidades do estudo. É notório que já existem vários instrumentos com línguas e culturas diversas, devendo, pois, serem validados para situações específicas ou construídos mediante perspectivas e interesses científicos.

Os instrumentos para avaliação da qualidade de vida têm sido elaborados e validados por diversos países do mundo, sendo caracterizados como genéricos e específicos, conforme os domínios e itens apresentados. Assim, com o foco na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado, procedeu-se uma revisão de literatura com o objetivo de identificar os instrumentos utilizados nessa avaliação, apresentados em seguida.

O primeiro instrumento de avaliação de paciente com diagnóstico de câncer foi divulgado em estudo científico em 1948, por *David Kanofsky* e outros pesquisadores. O instrumento denominado de *Performance Status* tem a finalidade de medir o desempenho da pessoa, com pontuação variando entre 0 (quando diante da morte do paciente) a 100 (quando o paciente consegue desempenhar suas atividades de vida diária normalmente, revelando assim a capacidade funcional da pessoa) (KARNOFSKY et al., 1948).

A partir de 1976 surgiram outros instrumentos especificamente para medir a qualidade de vida de pacientes com câncer como: *Spitzer's Quality of Life Index* (QL-Index) desenvolvido por *Spitzer* et al., (1981, Estados Unidos e Reino Unido); *Quality of Life Cancer Scale* (QOL-CA), desenvolvido por *Padilha* et al. (1983, Estados Unidos); *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES), elaborado por *Schag* et al. (1983); *Linear Analogue Self-Assessment* (LASA) Scale, desenvolvido por *Priestman* e *Baum* (1984, Reino Unido); *Linear Analogue Self-Assessment-Selby* (LASA-S) elaborado por *Selby* et al. (Reino Unido, 1984); *Functional Living Index – Cancer* (FLIC), elaborado por *Schipper* et al. (1984, América do Norte); *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL), elaborado por *Haes* et al. (1986, Países Baixos); *Functional Assessment of Cancer Therapy- General* (FACT-G), desenvolvido por *Cella* et al. (1987, Estados Unidos); *European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ), desenvolvido por *Aaronson* et al. (1986, Bélgica); *Therapy Impact Questionnaire* (TIQ), desenvolvido por *Tamburini* et al. (1992, Itália); *Hospice Quality of Life Index* (HQLI), elaborado por *McMillan* e *Mahon* (1994, Estados Unidos); *McGill Quality of Life Questionnaire* (MQOL), desenvolvido por *Cohen* et al. (1995, Estados Unidos); *The Assessment of Quality of Life at the End of Life* (AQEL), elaborado por *Axelsson* e *Sjoden* (1999, Suécia). Dentre estes instrumentos, terá destaque neste estudo, o instrumento EORTC, descrito em seguida.

A Organização Europeia para Pesquisas e Tratamento do Câncer (*European Organization for Research and Treatment for Cancer* - EORTC), fundada em 1962, trata-se de uma organização internacional sem fins lucrativos, com a finalidade de desenvolver, coordenar e estimular pesquisas sobre o câncer na Europa, por meio de estudos randomizados, ensaios clínicos e multicêntricos. Em 1980, esta organização criou o Grupo de Qualidade de Vida, e nesta mesma década desenvolveu um instrumento para avaliar a qualidade de vida global de pacientes portadores de neoplasias em geral, o *European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ).

O *European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* - EORTC QLQ-C30 - é a terceira versão de um instrumento específico

contendo 30 itens, incluindo cinco escalas funcionais (função física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel), três escalas de sintomas (fadiga, náusea e vômito e dor), e seis itens (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, e problemas financeiros), bem como duas questões nas quais o paciente avalia sua saúde geral e qualidade de vida em uma escala. A combinação destas duas pontuações resulta numa pontuação global de saúde (FAYERS et al., 2001).

Este Grupo de Qualidade de Vida, reconhecendo que o instrumento EORTC QLQ-C30 tem propriedades válidas e confiáveis para avaliação da qualidade de vida de modo geral do paciente com câncer, tem apresentado à comunidade científica instrumentos modulados com itens específicos para determinados tipos de câncer, como de pulmão (EORTC QLQ-C13), de mama (EORTC QLQ-BR23), de cabeça e pescoço (EORTC QLQ-H&N35), câncer colorretal (EORTC QLQ-CR38), de próstata (EORTC QLQ-PR25), de ovário (EORTC QLQ-OV28), mieloma múltiplo (EORTC QLQ-MY20), hepatocarcinoma e câncer primário de fígado (EORTC QLQ-HCC18), câncer de colo de útero (EORTC QLQ-CX24), câncer cerebral (EORTC QLQ-BN20) e pacientes com câncer em cuidados paliativos (EORTC QLQ-C15PAL) (SPRANGERS et al., 1996; OSABA et al., 1996; SPRANGERS; TE VELDE; AARONSON, 1999; STEAD et al., 1999; BJORDAL et al., 2000; CULL et al., 2001; BLAZEBY et al., 2004; GREIMEL et al., 2006; GROENVOLD et al., 2006; BOTTOMLEY; AARONSON, 2007; VAN ANDEL et al., 2008).

Neste estudo, destaca-se como foco de interesse a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doença oncológica avançada, sem perspectiva de cura. Dessa forma, o instrumento selecionado para esse estudo é o *European Organization for Research and Treatment for Cancer* (EORTC QLQ-C30), reconhecido como uma escala válida e confiável para medir qualidade de vida em uma vasta população com câncer (AARONSON et al., 1993). Tem sido largamente utilizado em ensaios clínicos, estudos transversais e longitudinais, com tradução em mais de 80 idiomas (FAYERS; BOTTOMLEY, 2002). No Brasil, a escala foi traduzida e validada por Brabo em 2006 (BRABO, 2006).

Diante desta realidade, o câncer quando atinge estágio clínico evolutivo, progressivo, sem resposta terapêutica, impõe ao indivíduo sofrimento físico, como dor, fadiga, náuseas, vômitos, inapetência, entre outros. No que se refere ao sofrimento psicológico, destacam-se a depressão, tristeza, desesperança. Já o sofrimento espiritual é representado por medo da morte, incredibilidade em Deus, conversão religiosa ou outros, além de implicações socioeconômicas, representadas por limitação ou impedimento de exercer atividades laborais,

pelo alto custo financeiro imposto pelo tratamento para alguns dos pacientes, atingindo a vida familiar, podendo evoluir para morte em espaço de tempo variável.

Toda essa conjuntura envolve o paciente portador de câncer, que não mais responde de forma efetiva ao tratamento oncológico, e com a progressão da doença o paciente evolui para terminalidade. Tais fatos refletem diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde do paciente e, conseqüentemente, de seu núcleo familiar. Torna-se imperativo neste contexto inserir a modalidade terapêutica de cuidados paliativos, no sentido de promover alívio do sofrimento, conforto, dignidade e respeito, conferindo dessa forma melhor qualidade de vida a esses pacientes e familiares.

Com esse raciocínio, emergem alguns questionamentos que nortearam este estudo: Quais são os aspectos sociodemográficos e clínicos de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura que afetam sua qualidade de vida relacionada à saúde? Que domínios da QVRS estariam mais afetados nestes pacientes?

Partindo do pressuposto de que o paciente com doença oncológica sem possibilidades terapêuticas de cura possa ter sua qualidade de vida intensamente afetada, acredita-se que avaliar a QVRS utilizando o EORTC QLQ-C30, que é uma escala com propriedades psicométricas válidas e confiáveis, poderá trazer contribuições relevantes para a assistência e pesquisas neste cenário de atenção à saúde.

Objetivos

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a QVRS de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, a partir de aspectos sociodemográficos e clínicos, utilizando o instrumento *European Organization for Research and Treatment for Cancer* - EORTC QLQ-C30.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos.
- Descrever a QVRS de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, de acordo com as dimensões integrantes do EORTC QLQ-C30.
- Associar os resultados de QVRS com os aspectos sociodemográficos e clínicos desses pacientes.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Influência da Cultura na Qualidade de vida

Cultura é um termo que emerge diversos significados e definições, pois depende da imersão na área do conhecimento de quem a define. A cultura está relacionada intimamente com as peculiaridades cognitivas do ser humano, no que diz respeito às características individuais e representativas num dado contexto social, influenciado pelas tendências históricas e ambientais de um determinado grupo de modo temporal (KAGAWA-SINGER, 2006).

A cultura refere-se a um modo, um estilo de vida de um grupo de pessoas imbuído de ideias, crenças e práticas, comungando os mesmos valores e comportamentos que emergem das experiências de vida e que são acumuladas e repassadas de geração a geração (KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010, PEDRO, 2010).

Cada cultura tem como propósitos atender à necessidade de segurança de seus membros, senso de integridade e significado na vida e sentimento de pertencimento da própria rede social (KAGAWA-SINGER, 2000). Os aspectos e valores culturais diferem entre os povos, embora haja similaridades em diferentes graus, no tocante à religião, comportamentos sociais, entre outros.

A cultura, para alguns, tem sido de forma errônea interpretada ou reconhecida como etnia e/ou raça. Etnia refere-se a um conjunto de pessoas, que vivem coletivamente, mas têm especificidades socioculturais próprias, como língua, religião, modos de agir, ou seja, caracterizando uma sociedade multicultural (KAGAWA-SINGER, 1995). A raça, para os estudiosos das ciências sociais, refere-se às características da aparência física (cor da pele, olhos, cabelos, fisionomia) para distinguir um grupo de pessoas (FRABLE, 1997).

Num contexto social, a cultura pode ser avaliada pela natureza dinâmica, sistêmica e inter-relacionada das características demográficas, que inclui: herança parental, identidade étnica, hábito alimentar, prática de atividades físicas, opções por interações sociais em grupos étnicos diferentes, estrutura e apoio familiar, situação socioeconômica, imigração, práticas alternativas de saúde e religiosidade/espiritualidade (KAGAWA-SINGER, 2006).

Os padrões culturais de um povo podem contribuir ou não para a manutenção da saúde, prevenção de doenças, como também pode estimular o indivíduo a buscar um

significado da vida, quer seja na saúde, quer seja na doença; e por isso, a cultura é considerada um fator determinante e importante da qualidade de vida (KAGAWA-SINGER, 1995), que pode ser interpretada de acordo com os padrões culturais adotados pela pessoa.

A análise de estudos sobre a influência de aspectos raciais, étnicos e culturais, na saúde e na qualidade de vida de mulheres que sobreviveram ao câncer de mama, revela que características como fatores socioecológicos, sistema de saúde, fatores médicos e psicológicos individuais podem ser preditores significativos de qualidade de vida relacionada à saúde. Ademais, constata-se que apoio social e familiar e as relações estabelecidas entre o paciente e profissionais de saúde também exercem influência na QVRS (KAGAWA-SINGER; PADILLA; ASHING-GIWA, 2010).

3.2 Modelo Contextual de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Ashing-Giwa

A QVRS é um constructo subjetivo e multidimensional, conforme já mencionado, incluindo as seguintes dimensões: física refere-se ao bem-estar físico, que tem relação com a experiência com sintomas como dor, fadiga, dispneia e outros; a dimensão funcional reconhecida como bem-estar funcional, ou seja, representada pela capacidade da pessoa de realizar atividades normais do cotidiano como trabalhar, participar de atividades de lazer; a dimensão psicológica tem sido compreendida como o bem-estar psicológico, manifestado por reações emocionais positivas, como alegria, felicidade, prazer, euforia, e negativas, como tristeza, ansiedade, depressão, entre outros; a dimensão social, representada pelo funcionamento social, relacionado à capacidade de desempenhar papéis sociais, participar de eventos e atividades sociais; a dimensão espiritual, representada pelo bem-estar espiritual, tem relação com sensação de paz nas relações com o mundo e, por fim, a dimensão sexual, refere-se à preocupação e satisfação com a autoimagem corporal (RAPLEY, 2003).

Os estudos sobre avaliação de QVRS em populações carentes e de diversas etnias divulgados na literatura científica apresentavam, na percepção de Ashing-Giwa, uma lacuna teórica quanto à fundamentação acerca da operacionalização das dimensões de qualidade de vida e a influência de aspectos culturais e socioecológicos nos resultados de qualidade de vida.

Desse modo, o Modelo Contextual de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, elaborado por Kimlin Tam Ashing-Giwa, em 2005, apresenta uma estrutura mais abrangente

do que os modelos de QVRS já existentes, enfocando além das dimensões física, funcional, psicológica, social, espiritual e sexual, a dimensão cultural e a socioecológica.

O Modelo apresenta em sua estrutura contextual oito dimensões divididas em dois níveis – o macro e o micro. O nível macro refere-se ao contexto sistêmico, tendo relação com a experiência de vida, composto por quatro dimensões: socioecológica, cultural, demográfica e sistema de saúde. O nível micro refere-se ao contexto individual, contemplando a experiência de viver com câncer, contendo também quatro dimensões: bem-estar psicológico, saúde geral e comorbidades, fatores clínicos específicos do câncer e saúde eficaz (ASHING-GIWA, 2005), conforme Figura (1).

Figura 1 – Modelo Contextual de QVRS, adaptado do Modelo de ASHING-GIWA, 2005.

No nível macro, a dimensão socioecológica tem como componentes a situação socioeconômica (renda familiar, nível de ensino, entre outros), a condição de vida e o apoio social. Sobre essa dimensão, Ashing-Giwa (2005) declara que tais componentes podem afetar de forma mais intensa a sobrevivência das pessoas e a sua QVRS.

Este modelo teórico enfatiza que uma baixa situação socioeconômica representada por dificuldades enfrentadas por um indivíduo e família, frente ao acesso aos serviços especializados de saúde, transporte e desemprego e à condição de vida (moradia, estressores

do dia a dia, papel funcional, entre outros), torna-se obstáculos aos recursos adequados para manutenção da saúde, afetando diretamente a QVRS. No entanto, o apoio social poderá minimizar o impacto negativo de uma doença de aspecto crônico como o câncer (ASHING-GIWA; GANZ; PETERSEN, 1999, ASHING-GIWA et al., 2004, ASHING-GIWA et al., 2007, PEDRO, 2010).

Os componentes da vida social, tais como dados demográficos, dados socioeconômicos, dados ambientais, dados sobre serviços de saúde, dados de morbidade e eventos vitais, além de contribuírem para uma vida saudável e com qualidade propiciam aos indivíduos o alcance de um perfil elevado de saúde (SILVA, 2009).

É notório que o desenvolvimento socioeconômico de um país tem influência direta na saúde de seu povo, pois a população menos favorecida economicamente tem maior probabilidade de adoecer, compreendendo-se que condições econômicas, sociais e ambientais influenciam o processo saúde-doença do indivíduo, contribuindo para o estabelecimento e desenvolvimento de doenças crônicas como o câncer (RIGHI et al., 2006).

A dimensão contextual cultural refere-se a alguns componentes que o indivíduo usa para o enfrentamento do câncer. Ashing-Giwa (2005) propõe, neste modelo, que variáveis culturais como etnicidade, identidade étnica, aculturação, interação, visão de mundo e espiritualidade podem explicar a relação entre a cultura e a QVRS deste indivíduo. No que se refere à variável etnicidade, a autora destaca as crenças e práticas adotadas no cotidiano e que influenciam a saúde. Já a variável identidade étnica contribui no modo de comportamento e interação do indivíduo com doenças. A aculturação envolve o uso da linguagem.

A interação com os meios de comunicação e redes sociais propicia a adaptação do indivíduo ao contexto em que se encontra inserido, determinando comportamentos para busca de cuidados de saúde e tomada de decisão para o tratamento recomendado quando acometidos, principalmente, por uma doença crônica, afetando sobremaneira a QVRS. O componente interação refere-se ao modo como o indivíduo se relaciona com familiares ou meio social na perspectiva do seu bem-estar. Os componentes visão de mundo e espiritualidade podem trazer influências significativas para o indivíduo ao vivenciar um câncer, considerando a necessidade premente do apoio firme e consistente de um ser onipotente em suas vidas. (ASHING-GIWA, 2005).

A dimensão contextual demográfica determinada no Modelo de Ashing-Giwa prioriza a idade cronológica e o gênero como componentes desta dimensão. Ressalta-se, porém, que é incipiente a divulgação de estudos que apresentam impactos destas variáveis na ocorrência de

doença oncológica; no entanto sabe-se que a idade é um fator que influencia a sobrevivência de indivíduos com câncer (PEDRO, 2010).

O sistema de saúde é a quarta dimensão contextual deste modelo, integrando os componentes acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento e qualidade da relação médico-paciente. Ashing-Giwa (2005) destaca que o acesso de pessoas de baixa condição socioeconômica aos serviços de saúde é restrito, em decorrência da falta de recursos, de não ter plano privado de saúde e pelas demandas de vida cotidiana, resultando em baixa qualidade de cuidado à saúde, o que constitui importante fator de incremento do estresse na vivência e enfrentamento do câncer, influenciando dessa forma, a QVRS do indivíduo.

A qualidade da interação médico-paciente pode sofrer interferências pela influência de fatores como o tipo de tratamento, aspectos psicossociais do paciente frente à sua doença, experiências anteriores de interação positiva ou negativa com outros profissionais, fatores psicológicos e habilidades técnicas e cognitivas do profissional no seguimento do tratamento e no reconhecimento da capacidade do paciente de participar ativamente no cuidado de sua saúde, com enfoque na autonomia e determinação deste para adesão ao tratamento (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Dimensões do nível macro consistem principalmente em contextos externos de um indivíduo e não necessariamente manipulável pelo mesmo. Assim, a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo sofre diversas influências, a exemplo do tipo de acesso que o paciente tem ao serviço, pela relação médico-paciente, bem como pelo local (estrutura física e espacial) em que este atendimento está sendo realizado (PEDRO, 2010).

O nível micro do Modelo contextual de Ashing-Giwa (2005) incorpora as dimensões individuais, representadas por saúde geral e comorbidades, fatores clínicos específicos do câncer e saúde eficaz. Estas variáveis de cunho individual, diferentemente das dimensões macro do Modelo que causam impacto mais global e menos direto nos resultados de QVRS, parecem exercer influências significativas e diretas na QVRS do indivíduo (ASHING-GIWA, 2005, PEDRO, 2010).

A saúde geral do indivíduo e a gravidade das comorbidades podem causar impacto negativo nos resultados de QVRS. Dentre as comorbidades mais comuns, apresentadas por pacientes com doença oncológica, destacam-se as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças do aparelho respiratório, doenças psicológicas e psicossociais que causam expressivo declínio nos resultados de QVRS destes indivíduos (BOER et al., 1999, CARVALHO, 2009, PEDRO, 2010).

Os fatores clínicos específicos do câncer, envolvendo problemas relacionados a qualquer tipo de câncer, seu tratamento e consequências, podem levar o paciente a experimentar situações e sensações preocupantes e desagradáveis tanto maior quanto for a gravidade da doença, com limitações físicas e emocionais importantes repercutindo em prejuízo de atividades de vida diária, levando-o a relatar estado de saúde regular ou ruim, tornando-se desse modo relevantes nos resultados de QVRS, no nível individual (YABROFF et al., 2004, PEDRO, 2010).

A terceira dimensão contextual do nível individual do Modelo de Ashing-Giwa (2005) é a saúde eficaz. A eficácia ou a habilidade do indivíduo para desenvolver comportamentos e boas práticas de saúde para a manutenção e promoção de sua saúde estão inter-relacionadas aos resultados da QVRS. O desenvolvimento de atitudes e habilidades pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida, integram as ações de promoção da saúde e qualidade de vida, com ênfase particular no contexto de nível local (BUSS, 2000). Portanto, esta dimensão sofre influência da dimensão cultural do nível macro, tornando-se importantes determinantes para a prática da saúde e QVRS de pacientes com câncer.

A última dimensão contextual do nível micro deste Modelo é o bem-estar psicológico, componente importante para a elevação dos resultados QVRS, destacando-se elementos de avaliação favorável para o bem-estar psicológico, os níveis de ansiedade, depressão e autoestima, com evidências em diversos estudos em todo o mundo (PEDRO, 2010).

O Modelo Contextual de QVRS de Ashing-Giwa fornece uma estrutura organizada que permite investigar as complexidades associadas à compreensão e à mensuração da QVRS em pacientes com câncer, notadamente pela inserção das dimensões cultural e socioecológica, possibilitando dessa forma ampliar o entendimento sobre as influências positivas e/ou negativas destas dimensões no enfrentamento individual ou sistêmico do paciente com câncer (PEDRO, 2010).

Nesta abordagem, pode-se acrescentar que o diagnóstico de câncer provoca grande impacto psicológico no paciente e seus familiares que, a partir daí, passam a vivenciar uma trajetória permeada por sofrimentos, incertezas, fragilidades, vulnerabilidades. Sob o aspecto cultural é comum os pacientes e familiares não revelarem o diagnóstico às pessoas que não são de contato mais íntimo, demonstrando dessa forma a negação da doença. A negação também pode ser intencional, pois esconder a doença pode ter o significado de proteção do paciente de impressões piedosas de outros como “coitado”, “que pena!”. Além disso, nosso sistema de saúde ainda apresenta muitas fragilidades no atendimento de pessoas mais carentes

economicamente, tornando o processo diagnóstico e terapêutico mais laborioso, demorado, com pouca resolutividade.

No que se refere à QVRS, percebe-se no cotidiano que não há uma compreensão adequada da população, principalmente dos menos favorecidos economicamente, uma vez que entendem qualidade de vida como sendo algo atrelado à condição econômica mais abundante. No entanto, ao buscarem assistência em serviços de saúde estão na verdade buscando melhoria de sua condição de doente, alívio de dor física, apoio profissional que, uma vez atendidas estas necessidades, melhora-se a qualidade de vida daquele paciente que, dentro das limitações impostas pela doença oncológica, pode obter alívio do sofrimento a partir de medidas paliativas, receber atendimento respeitoso e digno.

Materiais e Método

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Estudos analíticos avaliam associações com fins de julgamento sobre as relações de causa e efeito. Tem como propósitos observar, descrever e registrar aspectos inerentes a uma dada situação (POLIT; BECK, 2011; HULLEY et al., 2008).

Os modelos transversais são caracterizados por estudos em que a coleta dos dados ocorre em determinado período de tempo. São modelos apropriados para descreverem o estado de algum fenômeno ou as relações envolvendo tais fenômenos em um ponto específico (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se no município João Pessoa, capital do estado da Paraíba, localizada na região nordeste do Brasil, com uma área aproximada de 56.500 km², população estimada em 2013 de 3.914,421 habitantes, com densidade demográfica de 66,70 hab/km² (ATLAS DO CENSO DEMOGRÁFICO, 2010).

As unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastradas pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Serviços esses constituídos por unidades hospitalares que dispõem de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, estendendo-se do diagnóstico do caso, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento de emergências oncológicas até cuidados paliativos, sendo que nas UNACON é oferecido tratamento para os cânceres mais prevalentes no Brasil e nos CACON, tratamento para todos os tipos de câncer (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

No estado da Paraíba, apenas dois municípios possuem unidades cadastradas para tratamento oncológico: João Pessoa (Hospital São Vicente de Paula e Hospital Napoleão

Laureano) e Campina Grande (Hospital da Fundação de Assistência da Paraíba e Hospital Universitário Alcides Carneiro / UFCG), conforme DOU nº 27, de 7 de fevereiro de 2012 (BRASIL, 2012a).

O cenário da pesquisa envolveu duas instituições hospitalares: Hospital Napoleão Laureano e Hospital Padre Zé, de natureza filantrópica, localizadas no município João Pessoa – PB.

O Hospital Napoleão Laureano é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, especializado para o atendimento a pacientes com doença oncológica geral, de referência no estado da Paraíba. Atende em média sete mil pessoas ao mês, crianças e adultos, que procuram atendimento por demanda espontânea e por referência, procedentes de todo o Estado, para exames, consultas, diagnósticos e tratamentos. Disponibiliza aos usuários atendimento ambulatorial e regime de internação com ala pediátrica, ala de adultos, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, laboratório de análises clínica e radiológica, unidade de quimioterapia e radioterapia.

O Hospital Padre Zé, de caráter filantrópico e social, criado e fundado em 1965 pelo benemérito Monsenhor José Coutinho, é um hospital geral, com missão de promover a assistência através do seu serviço médico-assistencial, amparando pessoas de baixo poder aquisitivo. Dispõe de laboratório de análises clínicas, unidade de fisioterapia, de radiodiagnóstico e de ultrassonografia, serviços de assistência social, psicológica, fisioterapia e consultas médicas nas especialidades de clínica médica, ginecologia, otorrinolaringologia, cardiologia, urologia, gastroenterologia, dermatologia e reumatologia. O atendimento ocorre por demanda espontânea e por referência de hospitais do Estado, a exemplo do Hospital Napoleão Laureano.

A opção por escolher essas instituições deveu-se ao fato de serem serviços especializados e que realizam atendimento a pacientes com câncer, o que viabilizaria a coleta de dados para o desenvolvimento deste estudo; e, considerando que se trata de pacientes com câncer avançado, muitos se encontrando em situação clínica terminal, sem condições de participar das entrevistas, foi feita a opção pelas duas instituições para obter o maior número possível de participantes, no período da coleta.

4.3 População e Amostra

Neste estudo, a população envolveu pacientes com câncer que se encontravam em tratamento nos hospitais selecionados, descritos anteriormente.

Para seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar em regime de internação no período da coleta de dados; ter diagnóstico de câncer e apresentar-se clinicamente sem possibilidades terapêuticas de cura, conforme registro em prontuário; apresentar-se consciente, lúcido e com capacidade de verbalização para responder aos itens dos instrumentos e ter idade igual ou acima de 18 anos de idade.

Não participaram do estudo os pacientes que atenderam aos seguintes critérios de exclusão: não apresentar condições cognitivas mínimas para participar do estudo, avaliados por perguntas tais como: onde se encontrava naquele momento, qual ano de nascimento, onde mora, qual o mês e dia da semana, e se apresenta intercorrências clínicas (respiratória, cardíaca ou neurológica) no período da coleta.

Para seleção da amostra, foram adotados os princípios da amostragem não probabilística, por conveniência, caracterizada como uma amostra composta por indivíduos que atendam aos critérios de inclusão e que estejam acessíveis no período da coleta dos dados. A amostragem por conveniência permite minimizar os vieses de seleção da amostra, arrolando-se todas as pessoas que estejam acessíveis, que atendam aos critérios de seleção, de forma consecutiva (HULLEY et al., 2008).

No período da coleta de dados, que ocorreu do mês de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, estiveram internados no Hospital Napoleão Laureano 98 pacientes com câncer avançado sem possibilidades terapêuticas de cura. Desses, 81 pacientes atenderam aos critérios de inclusão preestabelecidos para seleção da amostra. No Hospital Padre Zé estiveram internados 57 pacientes, desses, participaram 46 conforme os critérios de inclusão, totalizando uma amostra de 127 pacientes.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

No cumprimento das observâncias éticas contidas na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, inicialmente, o projeto de pesquisa foi

apresentado pessoalmente pela pesquisadora ao diretor de cada instituição hospitalar selecionada para o estudo, com os devidos esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo e preferência por aquele serviço. Após obtenção da anuência dos mesmos, o protocolo de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, com encaminhamento *on-line* ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que, no atendimento aos princípios éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos, destacando-se a beneficência e autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, a pesquisadora elaborou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) com linguagem clara e acessível ao nível de entendimento dos mesmos e ao formular o convite para participação, ofereceu-lhes o documento em duas vias para sua anuência, garantindo-lhes o anonimato, privacidade, respeito aos seus direitos, bem como a possibilidade de desistir de sua participação em qualquer momento da coleta, sem nenhuma coerção ou prejuízo à assistência prestada.

É pertinente destacar que, considerando que se tratava de pacientes com diagnóstico de câncer e que se encontravam sem possibilidades terapêuticas de cura, foi alterado o título da pesquisa no TCLE, adotando-se o título “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hospitalizados” em vez de “Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura”. A justificativa está no fato de que nem todo paciente tem conhecimento do seu real diagnóstico e prognóstico; assim, para não incorrer em atos antiéticos, foi tomada esta decisão, sendo prontamente acatada pelos membros do CEP.

Dessa forma, o projeto de pesquisa sob CAEE nº 05593412.2.0000.5188, foi aprovado pelo CEP do Centro de Ciências da Saúde, da UFPB, no dia 28 de agosto de 2012 (Anexo A).

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

4.5.1 Instrumento para Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Com a finalidade de traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes incluídos nesta investigação, foi elaborado pela pesquisadora um questionário, dividido em dados sociodemográficos e dados clínicos pertinentes à doença oncológica (Apêndice B).

Os dados pessoais incluem procedência, sexo, idade, cor da pele, estado civil, situação conjugal atual, número de filhos. Os dados sociais contemplam grau de escolaridade, atividade profissional, situação laboral, aposentadoria, religião e moradia; fonte de renda, renda mensal, pessoas que dependem da renda mensal, plano de saúde privado, atividade física e de lazer e relação com a família. Os dados clínicos incluem localização do câncer primário, tempo do diagnóstico, extensão da doença, tratamento recebido, doenças associadas, sinais e sintomas.

O questionário ao ser elaborado foi submetido à avaliação por três juízes, sendo a comissão composta por dois enfermeiros, doutores, docentes e pesquisadores da UFPB, e um enfermeiro, mestrando, especialista, com domínio e experiência na área de oncologia, para validação de face e de conteúdo do instrumento. Os juízes foram convidados a colaborar com esta análise por meio de carta convite (Apêndice C) contendo explicações acerca do propósito da pesquisa, sendo-lhes disponibilizado o formulário de validação (Apêndice D). Após análise dos juízes, as sugestões foram acatadas pela pesquisadora, procedendo-se então as alterações na formatação final do instrumento.

A validação de face ou de aparência consiste numa avaliação subjetiva, com o propósito de verificar se os itens que compõem o instrumento estão realmente apropriados para mensurar ou avaliar o que o pesquisador pretende. A validação de conteúdo representa a determinação da representatividade e extensão de cada item do instrumento, comprovando o domínio de interesse e a dimensão de cada item conforme o objetivo a que se propõe (HULLEY et al., 2008) . Assim, o questionário foi submetido a validação para confirmar se seus itens atendiam ao objetivo proposto do estudo e para verificar se a aparência o e conteúdo estavam adequados.

4.5.2 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - EORTC QLQ-C30

O instrumento EORTC QLQ-C30 foi desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisas e Tratamento do Câncer (*European Organization for Research and Treatment for Cancer*), com a finalidade de avaliar a Qualidade de Vida de pacientes com câncer de pulmão, sendo reconhecido como uma escala válida e confiável para medir Qualidade de Vida em uma vasta população com câncer (AARONSON et al., 1993).

O EORTC QLQ-C30 (versão 3.0) é um questionário composto por 16 domínios, 30 questões, incorporando quatro escalas, correspondendo ao estado do doente durante a última semana (Quadro 1) (CORREIA, 2012): Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida, contendo um domínio e dois itens; Escala Funcional, contendo cinco domínios e 15 itens; Escala de Sintomas, contendo nove domínios e 12 itens; Escala de Dificuldade Financeira, contendo um domínio e um item.

O instrumento EORTC foi validado e traduzido até o momento em 81 idiomas, inclusive na língua portuguesa (Brasil), com larga utilização clínica e em pesquisas em todo mundo. A versão brasileira do EORTC QLQ-C30 (Anexo B) encontra-se disponível no *site* da *European Organization for Research and Treatment for Cancer* (AARONSON et al, 1993; CORREIA, 2012). No Brasil, o instrumento foi validado em 2006, por Brabo (BRABO, 2006).

Escala	Questão	Item	Escore mínimo	Escore máximo
Medida do Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida				
EGS/QV	29 e 30	2	Condição física e QV ruim.	Condição física e QV excelente.
Escala Funcional				
Função Física	1 a 5	5	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade.
Desempenho de Papel	6 e 7	2	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou lazer.
Função Emocional	21 a 24	4	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado.	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado.
Função Cognitiva	20 e 25	2	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldade de concentração e memória.
Função Social	26 e 27	2	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais.
Escala de Sintomas				
Fadiga	10,12 e 18	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar.	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo.
Náusea e vômito	14 e 15	2	Não apresenta náusea e vômito.	Sente-se muito nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	Não sente dor.	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades.
Dispneia	8	1	Não apresenta dispneia.	Apresenta dispneia severa.
Insônia	11	1	Não apresenta dificuldades para dormir.	Não consegue dormir.
Perda de apetite	13	1	Apetite conservado.	Anorexia severa.
Constipação	16	1	Sem constipação.	Constipação severa.
Diarreia	17	1	Sem diarreia.	Diarreia severa.
Dificuldade Financeira				
Dificuldade financeira	28	1	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras.	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras.

Quadro – 1 – Escores do EORTC QLQ-C30 Versão 3.0

Adaptado de Vendrusculo (2011); Correia (2012).

As questões de 01 a 28, contidas no instrumento EORTC QLQ-C30, estão dispostas em Escala do tipo Likert de quatro pontos, com respostas variando de não (valor do escore = 1) a muito (valor do escore = 4) (Figura 2). As questões 29 e 30 também dispostas em Escala do tipo Likert, só que de sete pontos, sendo que um corresponde a péssimo e sete a ótimo (Figura 3).

1	2	3	4
NÃO	POUCO	MODERADAMENTE	MUITO

Figura 2 – Escala de Likert de quatro pontos - EORTC QLQ-C30

1	2	3	4	5	6	7							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> <td style="width: 14.28%;"></td> </tr> </table>													
Péssimo					Ótimo								

Figura 3 – Escala de Likert de sete pontos - EORTC QLQ-C30

O escore de medição dos itens varia de pontuação de 0 a 100. A pontuação mais alta da escala representa um nível de resposta superior; ou seja, uma pontuação elevada para uma escala funcional representa um nível saudável de funcionamento; uma pontuação alta para o estado de saúde global / QV representa uma alta qualidade de vida. No entanto, uma pontuação elevada para escala de sintomas representa um elevado nível de sintomatologia e pior qualidade de vida (FAYERS et al., 2001).

Para utilização da escala EORTC QLQ-C30, foi realizado registro no *site* http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm, e solicitada permissão para utilização nesta pesquisa, obtendo-se autorização do grupo correspondente (Anexo C).

4.6 Coleta de Dados

Os dados foram coletados em prontuários dos pacientes selecionados para o estudo e com a técnica de entrevista, norteados por dois instrumentos: o de caracterização sociodemográfica e clínica e o de QVRS descritos a seguir. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, pela pesquisadora, com auxílio de uma colaboradora, enfermeira, devidamente treinada para aplicação dos instrumentos no mês de agosto de 2012, sendo então, acompanhada pela pesquisadora nas primeiras cinco entrevistas.

Inicialmente a pesquisadora ou colaboradora fizeram contato com a gerente responsável pela ala de internação onde se encontravam os pacientes pretendidos para o estudo. Após a indicação da enfermeira se fazia uma verificação no prontuário para certificação do diagnóstico e obtenção de informações gerais sobre o mesmo. Em seguida, era feito contato com o paciente na enfermaria onde estava instalado com apresentação pessoal e dos objetivos da pesquisa. Na sequência, era então formulado o convite para participar do estudo com a apresentação do TCLE, fornecendo todas as informações necessárias e requeridas pelo paciente e acompanhante.

Após anuência do paciente e assinatura do termo era feita a extração dos dados dos prontuários guiada pelos instrumentos selecionados para o estudo e então iniciada a entrevista ou agendada para o dia seguinte, conforme sua preferência. Foi dada ao participante a opção de ler e responder aos instrumentos ou isso ser feito por seu acompanhante, na ausência deste pela pesquisadora ou colaboradora, considerando que alguns pacientes não sabiam ler ou apresentavam alguma dificuldade para esta atividade. O tempo de entrevista com os dois instrumentos variou de 20 a 30 minutos. Ao término da entrevista, a pesquisadora ou colaboradora apresentava os agradecimentos aos participantes e se dispunha para quaisquer informações que se fizessem necessárias.

4.7 Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir dos instrumentos utilizados foram analisados quantitativamente e com base nos princípios da estatística descritiva e inferencial.

Para construção de bases de dados para as variáveis dos instrumentos sociodemográficos e clínicos e EORTC QLQ C-30 foi utilizado o *software* da *Microsoft*

Office Excel – 2007. Após codificação de todas as variáveis em um dicionário, o banco de dados foi alimentado empregando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação). Ao se detectar inconsistências, o questionário foi localizado e as correções devidamente realizadas. Concluídas a digitação e a consistência dos dados, as informações foram importadas para o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 13.0.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes, e procedeu-se à consistência dos dados. A seguir, para o levantamento do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística com construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas, cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos pertinentes.

Com relação aos itens do instrumento EORTC QLQ-C30, foi realizado o cálculo dos escores dos domínios conforme orientações e fórmulas contidas no manual do grupo EORTC (FAYERS et al, 2011).

Na sequência, e de acordo com os objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS - versão 13.0, tendo sido aplicados os testes estatísticos, ao nível de 5% de significância.

4.7.1 Análises Estatísticas

Para testar a consistência interna do instrumento EORTC QLQ-C30, utilizado para medir a qualidade de vida dos pacientes com câncer, foi utilizada a medida *Alpha de Cronbach*(α). Não é uma medida de validade, mas sim de fidedignidade ou de consistência do instrumento. A consistência interna refere-se à correlação existente entre os itens de uma seção do instrumento, bem como à extensão em que os itens individuais se correlacionam com o escore global obtido ao aplicar o instrumento (CALLEGARI-JACQUES, 2006).

O Coeficiente *Alfa de Cronbach*, que pode variar de zero (0) a um (1,0), mostra que quanto mais se aproxime do um, maior será a consistência interna, ou seja, mais precisa será a medição, indicando a homogeneidade na medida do mesmo construto. A classificação deste coeficiente engloba os seguintes valores: de 0,80 a 1,0 (bom a excelente), de 0,70 a 0,80

(satisfatório) e de 0,60 a 0,70 (aceitável). Valores abaixo de 0,60 são reconhecidos como insatisfatórios ou insuficientes (CALLEGARI-JACQUES, 2006; POLIT; BECK, 2011).

Conforme os resultados indicados no Quadro 2, verifica-se que as características psicométricas do instrumento EORTC QLQ-C30 para a amostra do estudo (n=127) apresenta confiabilidade para o que se propõe.

Instrumento	<i>Alfa de Cronbach (α)</i>	Número de itens	Classificação de (α)
Questões do EORT QLQ-C30	0,878	30	Bom
1. Escala de Estado de Saúde Global e QV	0,721	2	Satisfatório
2. Escala Funcional	0,871	15	Bom
-Função Física	0,949	5	Excelente
-Desempenho de Papel	0,827	2	Bom
-Função Emocional	0,716	4	Satisfatório
-Função Cognitiva	0,606	2	Aceitável
-Função Social	0,704	2	Satisfatório
3. Escala de Sintomas	0,812	13	Bom

Quadro 2 – Coeficientes de Fidedignidade de *Cronbach* dos domínios e questões (n=127).

Os escores dos domínios do EORTC QLQ-C30 foram apresentados em tabela, com a média e desvio-padrão. Para verificação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, que compara a distribuição de frequência amostral acumulada da variável quantitativa considerada com a função de distribuição acumulada da normal padronizada. Como esse teste não constatou a distribuição dos dados em todos os domínios do instrumento utilizado neste estudo foram usados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

O Teste U de Mann-Whitney foi utilizado em substituição ao teste t para comparação de duas amostras independentes devido a não normalidade dos dados. O Teste H de Kruskal-Wallis foi utilizado em substituição à ANOVA paramétrica em virtude da não normalidade dos dados.

O Teste de comparações múltiplas de Dunn foi usado quando o teste de Kruskal-Wallis ou ANOVA não paramétrica forneceu diferença significativa entre as médias dos postos para três ou mais amostras independentes.

O Teste da mediana foi usado na comparação da mediana global entre dois grupos independentes. Verifica a probabilidade de grupos independentes proverem de populações com a mesma mediana.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização Sociodemográfica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

Participaram do estudo 127 pacientes com diagnóstico de câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, que se encontravam em regime de internação hospitalar, no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013. Do total, 63,8% estavam sendo assistidos no Hospital Napoleão Laureano e 36,2% no Hospital Padre Zé, ambos localizados em João Pessoa – PB.

A caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo será apresentada conforme dados demográficos e dados sociais, na Tabela 1.

Com relação às características demográficas foi verificado que 46,5% dos participantes residiam na cidade de João Pessoa, enquanto que 53,5% eram oriundos de outras cidades do estado paraibano.

No que se refere ao sexo, a maioria dos participantes, 59,1%, é do sexo feminino, com idade variando de 25 a 91 anos, sendo a idade média de 63 anos $\pm$ 13,6 anos (desvio padrão) e mediana de 63 anos. Em relação à idade, a faixa etária de 60 a 69 anos representa o maior percentual de participantes, com 29,9% do total. Com relação à cor da pele, há uma predominância de indivíduos de pele parda seguindo-se a cor branca, representando 51,2% e 24,4%, respectivamente.

Quanto ao estado civil, 43,3% declararam ser casados (31,5%) ou viver em união estável (11,8%), havendo, também, uma boa parcela de viúvos (as), 26,8% dos participantes. A composição familiar foi dada por uma quantidade de um a três filhos para 44,1% dos pacientes.

Tabela 1 – Frequência e percentagem das características demográficas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		Número de pacientes (N)	Percentual (%)
Procedência	João Pessoa	59	46,5
	Outras cidades -PB	68	53,5
Sexo	Masculino	52	40,9
	Feminino	75	59,1
Faixa etária	Até 49 anos	22	17,3
	De 50 a 59 anos	28	22,0
	De 60 a 69 anos	38	29,9
	De 70 a 79 anos	15	11,9
	80 anos ou mais	24	18,9
Cor	Parda	65	51,2
	Branca	31	24,4
	Negra	17	13,4
	Amarela	14	11,0
Estado civil	Solteiro(a)	21	16,5
	Casado(a)	40	31,5
	União consensual	15	11,8
	Viúvo(a)	34	26,8
	Separado(a)	14	11
	Divorciado(a)	3	2,4
Número de filhos	Nenhum	18	14,2
	1 a 3 filhos	56	44,1
	4 a 5 filhos	24	18,9
	Mais de 5 filhos	29	22,8
Total		127	100

A caracterização social dos participantes do estudo na Tabela 2 destaca que quanto à escolaridade, 78,7% dos pesquisados têm conhecimento, no máximo, até o nível do ensino fundamental, sendo deste grupo 37,8% de pacientes não escolarizados. A maioria dos pacientes, representada por 72,4%, declarou ser de religião católica, seguida da religião evangélica 24,4%. Quanto às atividades religiosas, 72,4% afirmaram ser praticantes.

A maioria refere residir em zona urbana, representada por 84,3% dos participantes; destes, 78,7% residem em casa própria, ressaltando-se que 60,6% do total residem no citado

endereço há mais de cinco anos. Salienta-se que 77,9% dos participantes moram com esposa (o) ou companheira(o) e/ou filhos, correspondendo a 47,2% e 30,7%, respectivamente. No tocante à relação dos pacientes com seus familiares foi declarada de “boa” a “ótima” para uma grande maioria (80,3%).

Quanto à ocupação dos pacientes participantes do estudo, 52,8% declararam estar aposentados (as) e com um percentual significativo de desempregados representando 22,8% do total. Dos pacientes aposentados, 48,0% obtiveram o benefício na faixa etária de 50 a 70 anos de idade. A fonte de renda de 52,8% dos pacientes provém de aposentadoria e uma grande maioria, 85,5%, tem renda mensal familiar de um a três salários mínimos. O número de dependentes da renda mensal é, na sua maioria, composto de até três pessoas, representando 70,1% do total. Em relação à situação financeira da família, 73,2% dos participantes declararam ser de “péssima” a, no máximo, “regular”, este último representando 41,8%. A quase totalidade dos pacientes, 98,4%, afirmou não ter plano de saúde privado.

No que se refere à prática de atividade física, a grande maioria dos participantes 81,9% referiram não praticar nenhuma atividade física e, dentre os que praticavam 69,6% informaram fazer “caminhada”. Também, a maioria, 77,2%, tem como diversão ou lazer, assistir à televisão.

Tabela 2 – Frequência e percentual das características sociais de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		Número de pacientes (n)	Percentual (%)
Escolaridade (anos de estudo)	Não escolarizado(a)	48	37,8
	Ensino Fundamental	52	40,9
	Ensino Médio	24	18,9
	Ensino Superior	3	2,4
Religião	Católica	92	72,4
	Evangélica	31	24,4
	Espírita	2	1,6
	Outra	2	1,6
Praticante	Sim	92	72,4
	Não	35	27,6
Zona de moradia	Urbana	107	84,3
	Rural	20	15,7
Situação de moradia	Casa própria	100	78,7
	Casa alugada	26	20,5
	Outra situação	1	0,8
Tempo de moradia no endereço atual	Menos de 1 ano	14	11,0
	De 1 a 2 anos	20	15,7
	De 3 a 5 anos	16	12,6
	Mais de 5 anos	77	60,6
Com quem mora	Mora sozinho(a)	10	7,9
	Com esposo(a) ou companheiro(a)	60	47,2
	Mora com os filhos	39	30,7
	Mora com outro familiar	18	14,2
Relação com familiares	Ótima	44	34,6
	Boa	58	45,7
	Regular	23	18,1
	Ruim	2	1,6
Ocupação	Aposentado(a)	67	52,8
	Desempregado(a)	29	22,8
	Licença saúde(a)	14	11,0
	Autônomo/Informal	16	12,6
	Empregado(a)	1	0,8
Idade da aposentadoria	Menos de 50 anos	3	2,4
	De 50 a 60 anos	30	23,6
	De 61 a 70 anos	31	24,4
	Mais de 70 anos	3	2,4
	Missing	60	52,8

Continua...

...Conclusão

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		Número de pacientes (N)	Percentual (%)
Fonte de renda	Não tem renda	12	9,4
	Trabalho	19	15,0
	Aposentadoria	67	52,8
	Pensões Doações	4	3,2
	Ajuda da família/Outra	25	19,7
Renda mensal (salário mínimo*)	Menos de 1 salário mínimo	11	8,7
	De 1 a 3 salários mínimos	109	85,8
	De 4 a 5 salários mínimos	7	5,5
Dependentes da renda	1 pessoa	13	10,2
	2 pessoas	43	33,9
	3 pessoas	33	26,0
	4 pessoas	18	14,2
	5 ou mais pessoas	20	15,7
Situação financeira	Muito boa	1	0,8
	Boa	33	26,0
	Regular	53	41,8
	Ruim	28	22,0
	Péssima	12	9,4
Plano de saúde	Sim	2	1,6
	Não	125	98,4
Praticava atividade física	Sim	23	18,1
	Não	104	81,9
Tipo de atividade**	Caminhada	16	69,6
	Hidroginástica	1	4,3
	Aeróbica	1	4,3
	Outra	5	21,7
Diversão que realiza mais frequentemente	Reunião com amigo(as)	8	6,3
	Cinema	2	1,6
	Assistir à TV	98	77,2
	Ler	5	3,9
	Viajar	1	0,8
	Praias	1	0,8
	Outros	12	9,4
Total		127	100

(*) O Salário mínimo vigente no país no período do estudo era de R\$622,00

(**) Praticantes de atividade física: total de 23 pacientes

5.2 Caracterização Clínica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

Com relação à caracterização clínica de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, verificou-se que quanto à localização primária do câncer (Tabela 3), registrou-se destaque em nove principais sítios, representando 88,0% destes participantes. Os casos mais incidentes nas mulheres foram câncer de útero e ovário (25,3%), mama (21,3), cólon e reto (14,7%); nos homens houve maior percentual o câncer de próstata (20,5%), cabeça e pescoço (19,2%), pulmão (17,3%), estômago (11,5%), fígado (7,7%) e esôfago (5,8%).

Tabela 3 – Frequência e percentual da localização do câncer primário de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, segundo o sexo. João Pessoa - PB, 2013 (n=127).

Localização do Câncer Primário	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Ginecológico (útero e ovário)	19	15	-	-	19	25,3
Cabeça e pescoço	18	14,2	10	19,2	8	10,7
Mama feminina	16	12,6	-	-	16	21,3
Cólon e reto	14	11	3	5,8	11	14,7
Pulmão	13	10,2	9	17,3	4	5,3
Próstata	11	8,7	11	20,5	-	-
Estômago	9	7,1	6	11,5	3	4
Fígado	8	6,3	4	7,7	4	5,3
Esôfago	4	3,1	3	5,8	1	1,3
Mediastino	2	1,6	-	-	2	2,7
Pâncreas	2	1,6	1	1,9	1	1,3
Vesícula e ductos biliares	2	1,6	1	1,9	1	1,3
Pele	2	1,6	2	3,8	-	-
Linfoma de Hodgkin e não Hodgkin	2	1,6	1	1,9	1	1,3
Sarcoma	2	1,6	-	-	2	2,7
Mieloma múltiplo	1	0,8	1	1,9	-	-
Sistema nervoso	1	0,8	1	1,9	-	-
Tireoide e paratireoide	1	0,8	-	-	1	1,3
Total	127	100	53	100	74	100

Em referência ao tempo de diagnóstico de câncer, foi constatado (Tabela 4) menos de seis meses (48,0%) de diagnóstico, de seis a 12 meses (24,4%) e mais de 12 meses (27,6%). Quanto à extensão da doença, 41,7% apresentavam-se com tumor local, 35,4% com disseminação regional

e 22,9% com disseminação distante; 52,8% dos pacientes tinham metástase confirmada por exame de imagem. Foi realizado procedimento cirúrgico para biópsia em 63,0% dos pacientes, retirada parcial e total do órgão em 22,0% e 11,8%, respectivamente.

Quanto ao tratamento, foi verificado que 57,5% dos pacientes informaram não ter realizado radioterapia; até 10 sessões foram realizadas por 16,5%, e de 11 a 30 sessões submeteram-se 16,6% dos pacientes; o tratamento de quimioterapia foi informado por 48,8% dos participantes; o tempo de hospitalização predominante foi de menos de um mês para 78,8%, sendo de mais de um mês para 22,0% dos pacientes.

Tabela 4 – Frequência e percentual das características clínicas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		Número de pacientes (N)	Percentual (%)
Tempo de diagnóstico	Menos de 6 meses	61	48,0
	De 6 a 12 meses	31	24,4
	Mais de 12 meses	35	27,6
Extensão da doença	Tumor local	53	41,7
	Disseminação regional	45	35,4
	Disseminação distante	29	22,9
Metástase	Sim	67	52,8
	Não	60	47,2
Procedimento cirúrgico	Não realizou	4	3,1
	Biópsia	80	63,0
	Retirada parcial órgão	28	22,0
	Retirada total do órgão	15	11,8
Radioterapia	Não realizou	73	57,5
	Até 10 sessões	21	16,5
	De 11 a 20 sessões	10	7,9
	De 21 a 30 sessões	11	8,7
	Acima de 30 sessões	8	6,3
	Não soube informar	4	3,1
Quimioterapia	Sim	62	48,8
	Não	65	51,2
Tempo de hospitalização	Menos de 1 mês	99	78,0
	Mais de 1 mês	28	22,0
Total		127	100

Com relação às manifestações clínicas referidas pelos pacientes com câncer avançado, foi encontrada uma diversidade de sinais e sintomas. Observa-se uma predominância para seis a oito manifestações apresentadas em 60,6% dos pacientes, com variações de um mínimo de três a, no máximo, 11 sinais e sintomas, conforme distribuição na Tabela 5.

Tabela 5 – Número total de sinais e sintomas citados por pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)

Número total de sinais e sintomas	Pacientes com câncer	
	Número de pacientes (N)	Percentual (%)
3 a 5	32	25,2
6 a 8	77	60,6
9 a 11	18	14,2
Total	127	100

Em relação aos sinais e sintomas relatados pelos participantes e dispostos na Tabela 6, destacam-se os de maior ocorrência, dor, citada por 89,8% dos pacientes, fadiga (70,9), anorexia (53,5%), vômitos (42,5%), constipação (33,9%), palidez (33,1%), caquexia (23,6%), dispneia (20,5%), perda de peso (16,5%), fraqueza e icterícia (14,2%), disfagia (11,8%), diarreia e tonturas (11%) cada, depressão (9,4%), entre outros.

Tabela 6 - Frequência e percentual de sinais e sintomas citados por pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)

Sinais e Sintomas ^a	Pacientes com câncer	
	Citações	% de Casos
Dor	114	89,8
Fadiga	90	70,9
Anorexia	68	53,5
Vômitos	54	42,5
Constipação	43	33,9
Palidez	42	33,1
Caquexia	30	23,6
Dispneia	26	20,5
Perda de peso	21	16,5
Fraqueza	18	14,2
Icterícia	18	14,2
Disfagia	15	11,8
Diarreia	14	11,0
Tonturas	14	11,0
Depressão	12	9,4
Ascite	10	7,9
Edema de MMII	8	6,3
Hematúria	8	6,3
Distensão abdominal	7	5,5
Náuseas	7	5,5
Cianose	6	4,7
Cansaço aos esforços	6	4,7
Colúria	6	4,7
Disúria	6	4,7
Ferida	6	4,7
Metrorragia	6	4,7
Sialorreia	6	4,7
Outros sintomas	76	60,1
Total de casos válidos = 127	756	

^(a) Grupo dicotômico, valor tabulado = 1

A Tabela 7 a seguir apresenta a distribuição de doenças associadas ao câncer nos participantes do estudo, ressaltando-se as seis principais doenças por ordem de ocorrência: HAS (48,0%), anemia (30,7%), desnutrição (15,0%), diabetes (12,6%), insuficiência cardíaca (8,7%) e hepatopatia (4,7%). Em relação ao número total de doenças ocorridas para 103 dos pacientes houve uma variação de uma até quatro doenças observadas, com os pacientes apresentando uma média de $1,7 \pm 0,81$ e número mediano de doenças igual a duas. Salienta-se que 24 (18,9%) dos pacientes não apresentaram nenhuma outra doença.

Tabela 7 – Doenças associadas em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)

Doenças Associadas ^(a)	Pacientes	
	Citações	% de casos
HAS	61	48,0
Anemia	39	30,7
Desnutrição	19	15,0
Diabetes	16	12,6
Insuficiência cardíaca	11	8,7
Hepatopatia	6	4,7
Sequela de AVCI	3	2,4
Insuficiência renal	3	2,4
ITU	3	2,4
Arritmia cardíaca	2	1,6
Paraplegia	2	1,6
Estreptococcia	1	0,8
Gastrite	1	0,8
LES	1	0,8
Osteoporose	1	0,8
Hérnia de disco	1	0,8
Osteomielite	1	0,8
DPOC	1	0,8
Hipertireoidismo	1	0,8
Úlcera gástrica	1	0,8
Nefropatia	1	0,8
Psoríase	1	0,8
Depressão	1	0,8
Artrite	1	0,8
Nenhuma doença	24	18,9
Total de casos válidos = 127	202	

^(a) Grupo dicotômico, valor tabulado = 1.

5.3 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura, de Acordo com as Dimensões do EORTC QLQ - C30

Os escores do EORTC QLQ-C30 são obtidos em uma escala de 0 a 100. De acordo com as diretrizes do EORTC, na Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida, que avaliam a percepção do paciente quanto à sua saúde e qualidade de vida, quanto maior for o escore dessa escala, melhor serão o nível e estado de saúde global. Na Escala Funcional, o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento. Enquanto que, na Escala de Sintomas, a compreensão é contrária à escala mencionada anteriormente, onde o número 100 indica mais sintomas presentes e o zero, nenhum sintoma. À exceção da Escala Funcional e Escala Estado de Saúde Global e QV, em todas as outras escalas e itens simples, incluindo a Escala de Dificuldade Financeira, um escore elevado indica pior QV (FAYERS; BOTTOMLEY, 2002). Os dados obtidos correspondem ao estado do doente durante a última semana.

Analisando a Tabela 8, observa-se que, com relação à Escala Estado de Saúde Global e QV, os pacientes oncológicos apresentaram escore muito baixo, com média $28,8 \pm 20,2$. Na Escala Funcional, verifica-se em seus itens escores com média variando de $7,2 \pm 14,6$ (Desempenho de Papel) a $38,7 \pm 27,1$ (Função Emocional) e $38,7 \pm 27,2$ (Função Cognitiva).

Com relação à Escala de Sintomas, os resultados revelam que dor (média $89,5 \pm 15,4$), fadiga (média $86,3 \pm 17,1$), insônia (média $83,7 \pm 20,9$) e perda de apetite (média $81,1 \pm 27,0$) foram os que apresentaram maiores escores. A Escala Dificuldade Financeira também revelou escore alto (média $75,8 \pm 26,1$).

Tabela 8 – Média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127).

Escalas	Média	Desvio Padrão
Estado de Saúde Global (ESG/QV)	28,8	20,2
Escalas Funcionais		
Função Física	11,6	18,0
Desempenho de Papel	7,2	14,6
Função Cognitiva	38,7	27,2
Função Social	12,7	18,8
Função Emocional	38,7	27,1
Escala de Sintomas		
Fadiga	86,3	17,1
Dor	89,5	15,4
Náuseas/vômitos	49,2	38,1
Dispneia	32,0	38,5
Perda de apetite	81,1	27,0
Insônia	83,7	20,9
Constipação	58,7	42,9
Diarreia	12,0	28,0
Dificuldade Financeira	75,8	26,1

5.3.1 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30, Segundo Variáveis Sociodemográficas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

As associações dos escores médios dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, Estado de Saúde Global /Qualidade de Vida (ESG/QV) e os domínios das Escalas Funcionais (Física, Desempenho de Papel, Cognitiva, Social e Emocional), segundo as variáveis sociodemográficas dos pacientes oncológicos, estão dispostos na Tabela 9.

As variáveis sociodemográficas faixa etária, escolaridade e renda mensal apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos seguintes domínios, respectivamente: Função Cognitiva ($p=0,002 < 0,01$); Função Cognitiva ($p=0,005 < 0,01$); e domínio ESG/QV ($p=0,044 < 0,05$). Os dados apontam ainda, mesmo sem significância estatística, que os idosos apresentaram escores médios menores para ESG/QV e Escala Funcional, Desempenho de Papel e Cognitiva à proporção que a faixa etária aumentava.

Foi observado que a variável renda mensal, embora não apresente diferença estatisticamente significativa em relação à Função Desempenho de Papel, indica melhora dos escores à medida que aumenta o rendimento mensal.

Com relação às variáveis sociodemográficas sexo, religião, cor da pele e situação de moradia (com quem mora) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as escalas ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30.

Tabela 9 – Escores dos domínios da qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 segundo variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)

Variáveis	Escore médio (DP) do ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30					
	ESG/QV	Função Física	Função Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Sexo ^(b)						
Masculino (n=52)	28,0(20,2)	11,7(18,3)	6,4(12,8)	35,9(23,2)	10,6(17,2)	39,9(27,8)
Feminino (n=75)	29,4(20,3)	11,6(17,9)	7,8(15,8)	40,7(29,7)	14,2(19,9)	38,0(26,7)
Valor de p	0,627	0,929	0,830	0,374	0,339	0,832
Faixa etária ^(a)						
até 49 (n=22)	29,9(20,0)	10,9(15,7)	11,4(16,6)	53,0(21,0) ^a	12,9(21,2)	32,6(29,5)
50 a 59 (n=28)	25,9(18,9)	12,9(20,0)	6,0(12,2)	36,3(27,2) ^{ac}	13,1(19,4)	35,4(27,0)
60 a 69 (n=38)	33,6(22,3)	13,9(20,1)	7,0(17,2)	44,7(28,5) ^a	14,0(19,2)	41,0(22,5)
70 a 79 (n=15)	28,3(17,8)	10,7(18,1)	6,7 (13,8)	31,1(20,8) ^{ac}	8,9(10,7)	48,3(34,7)
80 e + (n=24)	24,3(19,8)	7,8(14,3)	5,6(11,7)	23,6(26,0) ^{bc}	12,5(20,4)	38,9(26,5)
Valor de p	0,505	0,769	0,439	0,002**	0,972	0,436
Escolaridade ^(a)						
Nenhuma (n=48)	29,9(21,6)	12,8(19,5)	7,6(16,5)	31,3(21,9) ^a	10,8(19,0)	44,1(29,0)
Fundamental (n=52)	26,8(20,0)	9,5(17,3)	6,4(14,1)	38,1(30,3) ^a	12,2(18,4)	38,1(26,8)
Médio/Superior (n=27)	31,2(18,3)	13,6(16,7)	8,0 (12,5)	53,1(24,5) ^b	17,3(19,3)	30,6(22,5)
Valor de p	0,563	0,328	0,536	0,005**	0,137	0,138
Religião ^(b)						
Católica (n=92)	29,3(21,5)	13,7(19,6)	7,2(14,7)	38,2(27,2)	12,9(19,5)	39,8(27,2)
Não Católica (n=35)	27,9(16,7)	6,1(11,5)	7,1(14,7)	40,0(27,5)	12,4(17,3)	36,2(27,0)
Valor de p	0,967	0,067	0,936	0,800	0,850	0,520
Cor da Pele ^(b)						
Parda (n=65)	27,2(19,0)	13,0(18,9)	9,7(17,7)	36,9(27,9)	11,8(19,9)	36,4(28,9)
Não Parda (n=62)	30,6(21,4)	10,1(17,0)	4,6(10,1)	40,6(26,6)	13,7(17,7)	41,3(25,1)
Valor de p	0,413	0,480	0,159	0,529	0,194	0,187
Renda mensal ^(a)						
< 1 salário mínimo (n=11)	15,2(16,6) ^a	12,7(22,4)	4,5(7,8)	36,4(19,5)	21,2(29,9)	34,1(29,9)
1-3 salários mínimos (n=109)	30,2(20,2) ^b	11,3(17,6)	7,3(15,3)	38,4(28,1)	11,3(17,6)	39,4(27,3)
> 3 salários mínimos (n=7)	29,8(20,9) ^b	15,2(19,1)	9,5(13,1)	47,6(24,4)	21,4(12,6)	36,9(20,9)
Valor de p	0,044*	0,649	0,609	0,708	0,088	0,853
Com quem mora ^(a)						
Sozinho(a) (n=10)	20,8 (20,9)	10,2(17,7)	3,3 (7,0)	33,3 (15,7)	10,0(17,9)	37,5 (24,3)
Com companheiro(a)(n=60)	29,4 (19,1)	11,3(22,2)	6,1 (15,0)	38,1 (26,8)	10,3(16,6)	38,2 (26,5)
Com filhos/familiar (n=57)	29,7 (21,3)	13,1(17,8)	9,1 (15,1)	40,4 (29,4)	15,8(21,0)	39,6 (28,6)
Valor de p	0,424	0,472	0,304	0,731	0,338	0,935

Resultados significativos: (**) Valor de p < 0,01 e (*) Valor de p < 0,05

^(a)Teste de *Kruskal-Wallis* (comparação de três ou mais grupos independentes) e teste *post hoc* de *Dunn*.^(b)Teste de *Mann-Whitney* (comparação de duas amostras independentes). DP = Desvio Padrão. ESG/QV = Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para os domínios com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou subconjuntos homogêneos (Tabela 9.1).

Tabela 9.1 – Teste (*post hoc*) de *Dunn* (Comparações Múltiplas) - Subconjuntos Homogêneos

EORT QLQ-C30 (Domínios)	Variáveis Sociodemográficas	N Válido	Subconjuntos Homogêneos*	
Função Cognitiva	Idade			
	Até 49	22	53,0	a
	50 a 59	28	36,3	ac
	60 a 69	38	44,7	a
	70 a 79	15	31,1	ac
	80 e mais	24	23,6	bc
Função Cognitiva	Escolaridade			
	Nenhuma	48	31,3	a
	Ensino Fundamental	52	38,1	a
	Ensino Médio/Superior	27	53,1	b
ESG/QV	Renda Mensal			
	< 1 salário mínimo	11	15,2	a
	1-3 salários mínimos	109	30,2	b
	> 3 salários mínimos	7	29,8	b

* Subconjuntos homogêneos (letras iguais): médias não diferem estatisticamente entre si. Letras iguais (a = a) representam subconjuntos homogêneos. Letras diferentes (a ≠ b) representam subconjuntos heterogêneos.

5.3.2 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30 Segundo Variáveis Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

As associações dos escores médios dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (ESG/QV) e os domínios das Escalas Funcionais (Funções Física, Desempenho de Papel, Cognitiva, Social e Emocional), segundo as variáveis clínicas dos pacientes oncológicos, estão dispostas na Tabela 10.

As variáveis extensão da doença e metástase apresentaram diferenças estatisticamente significativas no domínio Função Física ($p=0,031 < 0,05$; $p=0,037 < 0,05$, respectivamente); na variável radioterapia foi observada diferença significativa no domínio Função Social ($p=0,019 < 0,05$).

Com relação à variável tempo de hospitalização foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios da Escala Funcional: Função Física ($p=0,016 < 0,05$); Função Desempenho de Papel ($p=0,000 < 0,01$); Função Cognitiva ($p=0,017 < 0,05$); Função Social ($p=0,029 < 0,05$) e Função Emocional ($p=0,026 < 0,05$).

Na associação das variáveis clínicas tempo de diagnóstico, procedimento cirúrgico e quimioterapia com os domínios da ESG/QV e Escalas Funcionais não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tabela 10 – Escores dos domínios da qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo dados clínicos dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n = 127)

Variáveis	Escore médio(DP) da ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30					
	ESG/QV	Função Física	Função Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Tempo diagnóstico^(a)						
< 6 meses (n=61)	26,6(19,0)	9,6(17,5)	4,6(11,0)	36,1(26,6)	11,5(17,9)	39,3(27,4)
6 a 12 meses (n=31)	27,4(17,9)	12,3(15,9)	8,1(16,0)	41,4(26,5)	15,6(20,2)	35,5(29,4)
+ 12 meses (n=35)	34,0(23,6)	14,5(20,5)	11,0(18,1)	41,0(29,2)	12,4(19,5)	40,7(24,8)
Valor de p	0,289	0,118	0,096	0,598	0,476	0,574
Extensão da doença^(a)						
Tumor local (n=53)	31,3(21,9)	16,0(20,6) ^a	9,4(16,5)	37,7(27,6)	10,4(16,7)	39,8(29,5)
Disseminação regional (n=45)	28,0(18,4)	9,8(15,9) ^{ab}	5,9(11,9)	44,1(26,1)	14,8(20,5)	38,0(25,5)
Disseminação distante (n=29)	25,9(19,8)	6,4(14,3) ^b	5,2(14,8)	32,2(27,4)	13,8(20,0)	38,2(25,6)
Valor de p	0,565	0,031*	0,257	0,176	0,576	0,933
Metástase^(b)						
Não (n=60)	29,4(21,3)	15,6(21,4)	10,0(17,7)	36,1(26,4)	9,7(15,4)	37,6(28,1)
Sim (n=67)	28,4(19,4)	8,1(13,5)	4,7(10,8)	41,0(27,9)	15,4(21,2)	39,8(26,3)
Valor de p	0,924	0,037*	0,084	0,270	0,131	0,650
Procedimento cirúrgico						
Biópsia (n=80)	27,1(20,6)	11,3 (17,9)	5,2 (11,1)	34,2(25,4)	12,1(18,7)	37,5 (26,9)
Ret. Parc. órgão (n=28)	34,2(17,6)	14,3 (21,2)	13,1(21,4)	48,8(26,4)	12,5(17,3)	42,9 (27,2)
Ret. Tot. órgão (n=15)	28,3(21,5)	10,2 (13,8)	6,7 (13,8)	44,4(34,3)	14,4(21,7)	30,0 (20,8)
Valor de p	0,156	0,546	0,173	0,051	0,873	0,380
Radioterapia						
Não realizou (n=73)	25,3(18,6)	13,0(20,4)	7,5(16,0)	36,3(27,7)	10,7(18,7) ^a	40,1(28,4)
Até 10 sessões (n=21)	32,9(18,2)	11,7(14,1)	10,3(16,2)	53,2(23,9)	21,4(17,6) ^b	38,9(27,7)
11 a 20 sessões (n=10)	36,7(23,6)	11,3(16,3)	6,7(14,1)	48,3(18,3)	18,3(21,4) ^{ab}	37,5(24,3)
21 a 30 sessões (n=11)	33,3(27,1)	7,9(16,6)	4,5(7,8)	33,3(27,9)	12,1(21,2) ^{ab}	27,3(25,0)
31 ou + sessões (n=8)	30,2(20,9)	3,3(6,2)	0,0(0,0)	29,2(31,8)	8,3(15,4) ^{ab}	42,7(22,5)
Valor de p	0,329	0,383	0,454	0,072	0,019*	0,657
Quimioterapia^(b)						
Sim (n=62)	28,5(20,8)	10,0(15,4)	6,5(13,6)	37,6(28,8)	13,7(20,8)	37,9(27,1)
Não (n=65)	29,2(19,8)	13,1(20,2)	7,9(15,6)	39,7(25,8)	11,8(16,9)	39,6(27,3)
Valor de p	0,840	0,793	0,542	0,559	0,861	0,676
Tempo de hospitalização^(b)						
Menos de 1 mês (n=99)	29,2(21,0)	10,2(17,3)	5,1(13,1)	35,5(26,8)	11,3(18,6)	35,9(28,0)
Mais de 1 mês (n=28)	27,7(17,3)	16,4(19,8)	14,9(17,2)	50,0(26,1)	17,9(19,2)	48,8(21,4)
Valor de p	0,906	0,016*	0,000**	0,017*	0,029*	0,026*

Resultados significativos: (**) Valor de p< 0,01 e (*) Valor de p< 0,05

^(a)Teste de *Kruskal-Wallis* (comparação de três ou mais grupos independentes) e teste *post hoc* de *Dunn*.^(b)Teste de *Mann-Whitney* (comparação de duas amostras independentes).

DP=Desvio Padrão. ESG/QV – Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para as dimensões com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou os seguintes subconjuntos homogêneos (Tabela 10.1).

Tabela 10.1 - Teste (*post hoc*) de *Dunn* (Comparações Múltiplas) - Subconjuntos Homogêneos

EORT QLQ-C30 (Domínios)	Variáveis Clínicas	N Válido	Subconjuntos Homogêneos*
Função Física	Extensão da Doença		
	Tumor local (n=53)	53	16,0 a
	Disseminação regional (n=45)	45	9,8 ab
	Disseminação distante (n=29)	29	6,4 b
Função Social	Radioterapia		
	Não realizou	73	10,7 a
	Até 10 sessões	21	21,4 b
	11 a 20 sessões	10	18,3 ab
	21 a 30 sessões	11	12,1 ab
	31 ou + sessões	8	8,3 ab

* Subconjuntos Homogêneos (letras iguais): médias não diferem estatisticamente entre si. Letras iguais (a = a) representam subconjuntos homogêneos. Letras diferentes (a ≠ b) representam subconjuntos heterogêneos. ⁽⁺⁾ *Missing*: não souberam informar = 4

A Tabela 11 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas e seus itens (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica metástase dos participantes deste estudo.

A avaliação da associação entre a variável clínica metástase e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30, para os domínios da Escala de Sintomas e seus itens, apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os sintomas fadiga e constipação, sendo observado que pacientes sem metástase apresentaram menos esses sintomas através do teste da Mediana ($> Md$ total: 53,3% x 35,8%) (Tabela 11).

Os sintomas dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia e diarreia não apresentaram resultados significativos na associação do EORTC QLQ C-30 com a variável clínica metástase.

Tabela 11 – Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável metástase em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Metástase (a)	N	Mediana-Md (domínios) (2)	Média de Postos (1)	Valor de p
Fadiga	Não	60	100,0	57,48	p ⁽¹⁾ = 0,040*
	Sim	67		69,84	NR
Dor	Não	60	100,0	60,35	p ⁽¹⁾ =0,218
	Sim	67		67,27	NR
Náuseas e vômitos	Não	60	50,0	60,82	p ⁽¹⁾ =0,349
	Sim	67		66,85	p ⁽²⁾ =0,469
Dispneia	Não	60	0,0	58,96	p ⁽¹⁾ =0,110
	Sim	67		68,51	p ⁽²⁾ =0,398
Perda de apetite	Não	60	100,0	62,14	p ⁽¹⁾ =0,538
	Sim	67		65,66	NR
Insônia	Não	60	100,0	60,12	p ⁽¹⁾ =0,197
	Sim	67		67,48	NR
Constipação	Não	60	66,7	70,48	p ⁽¹⁾ = 0,046*
	Sim	67		58,19	p ⁽²⁾ =0,071
Diarreia	Não	60	0,0	60,97	p ⁽¹⁾ =0,190
	Sim	67		66,72	p ⁽²⁾ =0,275

(a) Grupo – Metástase: 1: Não; 2: Sim. ⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*, (*) resultados significativos: Valor de p⁽¹⁾ < 0,05. ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p⁽²⁾ < 0,05. NR – não realizado.

A Tabela 12 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de QV do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas e seus itens (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica extensão da doença dos pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura.

A avaliação da associação entre a variável clínica extensão da doença e a QVRS medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30 apresentou diferença estatisticamente significativa (p<0,05) para fadiga e dispneia, com os pacientes apresentando melhor avaliação desses sintomas naqueles com tumor local, com o teste da Mediana ($\leq$ Md total: 60,4% x 55,6% x 37,9%).

Os sintomas dor, náuseas e vômitos, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia não apresentaram resultados significativos na associação do EORTC QLQ-C30 com os itens da variável extensão da doença.

Tabela 12 – Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável extensão da doença em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Extensão da Doença ^(a)	N	Mediana-Md (domínios) ⁽²⁾	Média de Postos ⁽¹⁾	Valor de p
Fadiga	Tumor local	53		55,03 ^a	p ⁽¹⁾ = 0,039* NR
	Disseminação Regional	45	100,0	69,46 ^b	
	Disseminação Distante	29		71,93 ^b	
Dor	Tumor local	53		59,46	p ⁽¹⁾ =0,354 NR
	Disseminação Regional	45	100,0	65,94	
	Disseminação Distante	29		69,28	
Náuseas e vômitos	Tumor local	53		55,14	p ⁽¹⁾ =0,055 p ⁽²⁾ =0,064
	Disseminação Regional	45	50,0	72,41	
	Disseminação Distante	29		67,14	
Dispneia	Tumor local	53		57,89 ^a	p ⁽¹⁾ = 0,040* p ⁽²⁾ =0,142
	Disseminação Regional	45	0,0	62,59 ^{ab}	
	Disseminação Distante	29		77,36 ^b	
Perda de apetite	Tumor local	53		57,23	p ⁽¹⁾ =0,117 NR
	Disseminação Regional	45	100,0	67,33	
	Disseminação Distante	29		71,21	
Insônia	Tumor local	53		57,67	p ⁽¹⁾ =0,139 NR
	Disseminação Regional	45	100,0	66,64	
	Disseminação Distante	29		71,47	
Constipação	Tumor local	53		65,27	p ⁽¹⁾ =0,883 p ⁽²⁾ =0,942
	Disseminação Regional	45	66,7	61,94	
	Disseminação Distante	29		64,86	
Diarreia	Tumor local	53		63,28	p ⁽¹⁾ =0,869 p ⁽²⁾ =0,919
	Disseminação Regional	45	0,0	65,56	
	Disseminação Distante	29		62,90	

^(a)Grupo – Extensão da doença (1: Tumor local, 2: Disseminação regional, 3: Disseminação distante) ⁽¹⁾ Teste de *Kruskal-Wallis*, (*) resultados significativos: Valor de p⁽¹⁾ < 0,05. Teste *post-hoc de Dunn* (grupos não homogêneos, diferença significativa, por exemplo: a ≠ b) ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p⁽²⁾ < 0,05. NR – não realizado.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para as dimensões com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou os seguintes subconjuntos homogêneos (Tabela 12.1).

Tabela 12.1 – Teste (*post hoc*) de *Dunn* (comparações múltiplas) - Subconjuntos homogêneos.

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Variável Clínica	N Válido	Subconjuntos Homogêneos*	
Fadiga	Extensão da Doença			
	Tumor local	53	55,03	a
	Disseminação regional	45	69,46	b
	Disseminação distante	29	71,93	b
Dispneia	Extensão da Doença			
	Tumor local	53	57,89	a
	Disseminação regional	45	62,59	ab
	Disseminação distante	29	77,36	b

* Subconjuntos Homogêneos (letras iguais): médias não diferem estatisticamente entre si. Letras iguais (a = a) representam subconjuntos homogêneos. Letras diferentes (a ≠ b) representam subconjuntos heterogêneos.

A Tabela 13 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de QV do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas e seus itens (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica tempo de diagnóstico dos pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura.

A avaliação da associação entre a variável clínica tempo de diagnóstico e a QVRS medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30 apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) apenas para o sintoma constipação, com os pacientes apresentando menos esse sintoma, aqueles com o tempo de 6 a 12 meses, entretanto não houve diferença significativa para o teste da mediana ($p > 0,05$).

Tabela 13– Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável tempo de diagnóstico em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Tempo de Diagnóstico ^(a)	N	Mediana-Md (domínios) ⁽²⁾	Média de Postos ⁽¹⁾	Valor de p
Fadiga	< 6 meses	61	100,0	66,21	p ⁽¹⁾ =0,189 NR
	6 a 12 meses	31		69,40	
	> 12 meses	35		55,36	
Dor	< 6 meses	61	100,0	66,32	p ⁽¹⁾ =0,695 NR
	6 a 12 meses	31		63,13	
	> 12 meses	35		60,73	
Náuseas e vômitos	< 6 meses	61	50,0	70,46	p ⁽¹⁾ =0,144 p ⁽²⁾ =0,323
	6 a 12 meses	31		56,24	
	> 12 meses	35		59,61	
Dispneia	< 6 meses	61	0,0	61,72	p ⁽¹⁾ =0,065 p ⁽²⁾ =0,130
	6 a 12 meses	31		75,87	
	> 12 meses	35		57,46	
Perda de apetite	< 6 meses	61	100,0	60,39	p ⁽¹⁾ =0,115 NR
	6 a 12 meses	31		74,44	
	> 12 meses	35		61,04	
Insônia	< 6 meses	61	100,0	62,65	p ⁽¹⁾ =0,899 NR
	6 a 12 meses	31		64,98	
	> 12 meses	35		65,49	
Constipação	< 6 meses	61	66,7	68,48 ^a	p ⁽¹⁾ = 0,014* p ⁽²⁾ =0,061
	6 a 12 meses	31		48,29 ^b	
	> 12 meses	35		70,10 ^a	
Diarreia	< 6 meses	61	0,0	60,96	p ⁽¹⁾ =0,278 p ⁽²⁾ =0,309
	6 a 12 meses	31		69,66	
	> 12 meses	35		64,29	

^(a) Grupo – Tempo de Diagnóstico (1: < 6 meses, 2: 6 a 12 meses, 3: > 12 meses). ⁽¹⁾ Teste de *Kruskal-Wallis*, (*) resultados significativos: Valor de p⁽¹⁾ < 0,05. Teste (*post-hoc*) de *Dunn* (grupos não homogêneos, diferença significativa, por exemplo: a ≠ b). ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p⁽²⁾ < 0,05.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para as dimensões com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou os seguintes subconjuntos homogêneos (Tabela 13.1).

Tabela 13.1 – Teste (*post hoc*) de *Dunn* (comparações múltiplas) - subconjuntos homogêneos.

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Variável Clínica	N válido	Subconjuntos Homogêneos*	
	Tempo de diagnóstico			
Constipação	< 6meses	61	68,48	a
	6 a 12 meses	31	48,29	b
	+ 12 meses	35	70,10	a

* Subconjuntos Homogêneos (letras iguais): médias não diferem estatisticamente entre si. Letras iguais (a = a) representam subconjuntos homogêneos. Letras diferentes (a ≠ b) representam subconjuntos heterogêneos.

A Tabela 14 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica procedimento cirúrgico dos pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura.

A avaliação da associação entre a variável clínica procedimento cirúrgico e a QVRS medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30 apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os itens insônia e diarreia, com os pacientes apresentando menos esses sintomas para o procedimento de biópsia, tendo como resultado do teste da mediana ($\leq$ Md total: 90,0% x 67,9% x 60,0%).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a variável clínica procedimento cirúrgico e os sintomas fadiga, dor, náuseas e vômito, dispneia, perda de apetite e constipação.

Tabela 14 – Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo o a variável procedimento cirúrgico em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Procedimento Cirúrgico ^(a)	N	Mediana-Md (domínios) ⁽²⁾	Média de Postos ⁽¹⁾	Valor de p
Fadiga	Biópsia	80		60,79	
	Retirada parcial órgão	28	100,0	59,39	p ⁽¹⁾ =0,350
	Retirada total órgão	15		73,33	NR
Dor	Biópsia	80		63,28	
	Retirada parcial órgão	28	100,0	57,16	p ⁽¹⁾ =0,625
	Retirada total órgão	15		64,20	NR
Náuseas e vômitos	Biópsia	80		63,78	
	Retirada parcial órgão	28	50,0	56,96	p ⁽¹⁾ =0,676
	Retirada total órgão	15		61,90	p ⁽²⁾ =0,773
Dispneia	Biópsia	80		61,61	
	Retirada parcial órgão	28	0,0	63,63	p ⁽¹⁾ =0,953
	Retirada total órgão	15		61,07	p ⁽²⁾ =0,882
Perda de apetite	Biópsia	80		59,81	
	Retirada parcial órgão	28	100,0	64,96	p ⁽¹⁾ =0,535
	Retirada total órgão	15		68,17	NR
Insônia	Biópsia	80		57,51 ^a	
	Retirada parcial órgão	28	100,0	65,71 ^a	p ⁽¹⁾ = 0,038*
	Retirada total órgão	15		79,03 ^b	NR
Constipação	Biópsia	80		65,01	
	Retirada parcial órgão	28	66,7	56,89	p ⁽¹⁾ =0,391
	Retirada total órgão	15		55,50	p ⁽²⁾ =0,822
Diarreia	Biópsia	80		56,75 ^a	
	Retirada parcial órgão	28	0,0	70,27 ^b	p ⁽¹⁾ = 0,004**
	Retirada total órgão	15		74,57 ^b	p ⁽²⁾ = 0,003*

^(a) Grupo – Procedimento cirúrgico (1: Biópsia, 2: Retirada parcial órgão, 3: Retirada total órgão) ⁽¹⁾ Teste de *Kruskal-Wallis*, (*) resultados significativos: Valor de p⁽¹⁾ < 0,05. Teste (*post-hoc*) de *Dunn* (grupos não homogêneos, diferença significativa, por exemplo: a ≠ b). ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p⁽²⁾ < 0,05.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para as dimensões com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou os seguintes subconjuntos homogêneos (Tabela 14.1).

Tabela 14.1 – Teste (*post hoc*) de *Dunn* (comparações múltiplas) - subconjuntos homogêneos

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Variáveis Clínicas	N válido	Subconjuntos Homogêneos*
Insônia	Procedimento cirúrgico		
	Biópsia	80	57,51 a
	Retirada parcial do órgão	28	65,71 a
	Retirada total do órgão	15	79,03 b
Diarreia	Procedimento cirúrgico		
	Biópsia	80	56,75 a
	Retirada parcial do órgão	28	70,27 b
	Retirada total do órgão	15	74,57 b

* Subconjuntos homogêneos (letras iguais): médias não diferem estatisticamente entre si. Letras iguais (a = a) representam subconjuntos homogêneos. Letras diferentes (a ≠ b) representam subconjuntos heterogêneos.

A Tabela 15 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de QVRS do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas e de seus itens (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica quimioterapia dos pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura.

A avaliação da associação entre a variável clínica quimioterapia e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30 para os domínios da Escala de Sintomas e de seus itens apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os domínios fadiga, dor, dispneia e perda de apetite, demonstrando que os pacientes que apresentaram escores mais elevados desses sintomas foram aqueles que fizeram quimioterapia.

Os sintomas náuseas e vômitos, insônia, constipação e diarreia não apresentaram resultados estatisticamente significativos em relação à variável clínica quimioterapia.

Tabela 15 – Escores dos domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo a variável quimioterapia em pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC OLO-C30	Quimioterapia^(a)	N	Mediana-Md (domínios)⁽²⁾	Média de Postos⁽¹⁾	Valor de p
Fadiga	Sim	62	100,0	71,77	$p^{(1)}=0,012^*$ NR
	Não	65		56,59	
Dor	Sim	62	100,0	71,44	$p^{(1)}=0,009^{**}$ NR
	Não	65		56,90	
Náuseas e vômitos	Sim	62	50,0	64,52	$p^{(1)}=0,873$ $p^{(2)}=0,443$
	Não	65		63,5	
Dispneia	Sim	62	0,0	70,56	$p^{(1)}=0,032^*$ $p^{(2)}=0,188$
	Não	65		57,75	
Perda de apetite	Sim	62	100,0	73,44	$p^{(1)}=0,001^{**}$ NR
	Não	65		55,00	
Insônia	Sim	62	100,0	68,91	$p^{(1)}=0,092$ NR
	Não	65		59,32	
Constipação	Sim	62	66,7	65,68	$p^{(1)}=0,594$ $p^{(2)}=0,440$
	Não	65		62,40	
Diarreia	Sim	62	0,0	65,56	$p^{(1)}=0,488$ $p^{(2)}=0,558$
	Não	65		62,52	

^(a) Grupo – Quimioterapia: 1: Sim , 2: Não. ⁽¹⁾ Teste de Mann-Whitney, (*) resultados significativos: Valor de $p^{(1)} < 0,05$. ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de $p^{(2)} < 0,05$. NR – Não Realizado.

A Tabela 16 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) dos domínios de QVRS do EORTC QLQ-C30 para a Escala de Sintomas e seus itens (fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) segundo a variável clínica tempo de hospitalização dos pacientes oncológicos.

A avaliação da associação entre a variável clínica tempo de hospitalização e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30, para os domínios da Escala de Sintomas e de seus itens, apresentou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para a maioria dos sintomas: fadiga, dor, perda de apetite, insônia, náuseas e vômitos, com os pacientes apresentando mais presença de sintomas naqueles com menos de 1 mês de hospitalização.

Não foi encontrado resultado significativo para os sintomas dispneia, insônia e diarreia, na associação com a variável clínica tempo de hospitalização.

Tabela 16 – Escores dos domínios da escala de sintomas do EORTC QLQ-C30, segundo o tempo de hospitalização de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura (n=127).

Domínios da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30	Tempo de hospitalização	N	Mediana-Md (domínios) ⁽²⁾	Média de Postos ⁽¹⁾	Valor de p
Fadiga	< de 1 mês	99	100,0	69,14	p ⁽¹⁾ = 0,001**
	≥ 1 mês	28		45,84	NR
Dor	< de 1 mês	99	100,0	67,75	p ⁽¹⁾ = 0,012*
	≥ 1 mês	28		50,75	NR
Náuseas e vômitos	< de 1 mês	99	50,0	70,35	p ⁽¹⁾ = 0,000**
	≥ 1 mês	28		41,55	p ⁽²⁾ = 0,000**
Dispneia	< de 1 mês	99	0,0	65,25	p ⁽¹⁾ =0,432
	≥ 1 mês	28		59,59	p ⁽²⁾ =0,518
Perda de apetite	< de 1 mês	99	100,0	69,77	p ⁽¹⁾ = 0,000**
	≥ 1 mês	28		43,59	NR
Insônia	< de 1 mês	99	100,0	68,75	p ⁽¹⁾ = 0,002**
	≥ 1 mês	28		47,20	NR
Constipação	< de 1 mês	99	66,7	65,56	p ⁽¹⁾ =0,339
	≥ 1 mês	28		58,48	p ⁽²⁾ =0,220
Diarreia	< de 1 mês	99	0,0	63,65	p ⁽¹⁾ =0,762
	≥ 1 mês	28		65,25	p ⁽²⁾ =0,811

Grupo – Tempo de hospitalização: 1: < de 1 mês, 2: ≥ 1 mês. ⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*, (*) resultados significativos: Valor de p⁽¹⁾ < 0,05.

⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p⁽²⁾ < 0,05. NR – não realizado.

5.3.3 Associação do Domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30, Segundo Variáveis Sociodemográficas e Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

A Tabela 17 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) para o domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, situação laboral atual, zona de moradia, situação de moradia, com quem mora, fonte de renda, renda mensal, número de dependentes da renda e situação financeira) dos pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura.

A avaliação da associação entre o domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis sociodemográficas apresentou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para os seguintes dados sociodemográficos: situação laboral atual, com menor dificuldade financeira para os aposentados (Md: 65,7 x 35,3 x 39,5); fonte de renda, com menor dificuldade financeira para os que recebem aposentadoria (Md total: 65,7 x 43,8 x 16,7); renda mensal, com menor dificuldade financeira para aqueles com renda de 4 a 5 sal. min. (Md total: 85,7 x 55,1 x 18,2) e situação financeira, tendo melhor avaliação aqueles que classificaram como Muito boa/boa (Md total: 76,5 x 54,7 x 30,0).

Tabela 17 – Escores do domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n=127).

Variáveis Sociodemográficas	Dificuldade Financeira	N	Mediana-Md (global)	Média de Postos	Valor de p
Sexo ^(b)	Masculino	52	66,67	69,92	p ⁽¹⁾ =0,101
	Feminino	75		59,89	p ⁽²⁾ =0,215
Faixa etária ^(a)	Até 49 anos	22	66,67	74,27	p ⁽¹⁾ =0,055 p ⁽²⁾ = 0,040*
	De 50 a 59 anos	28		73,96	
	De 60 a 69 anos	38		59,38	
	De 70 a 79 anos	24		61,19	
	80 anos ou mais	15		46,53	
Número de filhos ^(a)	Nenhum	18	66,67	65,44	p ⁽¹⁾ =0,995 p ⁽²⁾ =0,896
	1 a 3 filhos	56		63,21	
	4 a 5 filhos	24		64,10	
	Mais de 5 filhos	29		64,53	
Escolaridade (anos de estudo)	Não escolarizado(a)	48	66,67	70,16	p ⁽¹⁾ =0,253 p ⁽²⁾ =0,159
	Ensino Fundamental	52		61,52	
	Ensino Médio/Superior	27		57,83	
Ocupação ^(a)	Aposentado(a)	67	66,67	56,60 ^a	p ⁽¹⁾ = 0,026* p ⁽²⁾ = 0,008**
	Autônomo/Informal	17		77,38 ^b	
	Desempregado/Licença	43		70,23 ^b	
Zona de moradia ^(b)	Urbana	107	66,67	62,51	p ⁽¹⁾ =0,317 p ⁽²⁾ =0,254
	Rural	20		71,95	
Situação de moradia ^(b)	Casa própria	100	66,67	63,30	p ⁽¹⁾ =0,655 p ⁽²⁾ =0,589
	Casa alugada	27		66,59	
Com quem mora ^(a)	Mora sozinho(a)	10	66,67	63,95	p ⁽¹⁾ =0,651 p ⁽²⁾ =0,634
	Com esposo(a)/companheiro(a)	60		63,74	
	Mora com filhos	39		68,18	
	Mora com outro familiar	18		55,83	
	Aposentadoria	67		56,60 ^a	
Fonte de renda ^(a)	Trabalho e outras fontes	48	66,67	68,78 ^{ab}	p ⁽¹⁾ = 0,010* p ⁽²⁾ = 0,002**
	Não tem renda	12		86,17 ^b	
	Menos de 1 salário mínimo	11		85,14 ^a	
Renda mensal ^(a)	De 1 a 3 salários mínimos	107	66,67	63,16 ^{ab}	p ⁽¹⁾ = 0,034* p ⁽²⁾ = 0,015*
	De 4 a 5 salários mínimos	7		43,93 ^b	
	1 pessoa	13		67,73	
	2 pessoas	43		66,21	
	3 pessoas	33		61,85	
Dependentes da renda ^(a)	4 pessoas	18	66,67	54,81	p ⁽¹⁾ =0,705 p ⁽²⁾ =0,304
	5 ou mais pessoas	20		68,65	
	Muito boa/boa	34		45,15 ^a	
	Regular	53		63,72 ^b	
Situação Financeira ^(a)	Ruim/péssima	40	66,67	80,40 ^b	p ⁽¹⁾ = 0,000** p ⁽²⁾ = 0,000**

^(a) Teste de *Kruskal-Wallis*, (*) resultados significativos: Valor de $p^{(1)} < 0,05$. (*Teste post-hoc de Dunn*). ^(b) Teste de *Mann-Whitney*, (*) resultados significativos: Valor de $p^{(1)} < 0,05$. ⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de $p^{(2)} < 0,05$.

O teste de comparações múltiplas (*post hoc*) de *Dunn*, ao nível de 5% de significância, para o domínio Dificuldade Financeira com resultados significativos no teste de *Kruskal-Wallis*, apresentou os seguintes subconjuntos homogêneos (Tabela 17.1).

Tabela 17.1 – Teste (*post hoc*) de *Dunn* (comparações múltiplas) – subconjuntos homogêneos.

Variáveis Sociodemográficas	EORTC QLQ-C30 (Dificuldade Financeira)	Nº Válido	Subconjuntos Homogêneos*
Situação Laboral	Aposentado	67	56,60 a
	Autônomo/Informal	17	77,38 b
	Desempregado /Licença saúde	43	70,23 b
Fonte de Renda	Aposentadoria	67	56,60 a
	Trabalho/outra	48	68,78 ab
	Não tem	12	86,17 b
Renda Mensal	< de 1 salário mínimo	11	85,14 a
	1 a 3 salários mínimos	107	63,16 ab
	4 a 5 salários mínimos	7	43,93 b
Situação Financeira	Muito boa/boa	34	45,15 a
	Regular	53	63,72 b
	Ruim/péssima	40	80,40 b

A Tabela 18 apresenta as comparações das médias de postos (*ranking*) para o domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 segundo as variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, tempo de hospitalização, doenças associadas ao câncer: HAS, anemia, desnutrição, diabetes, insuficiência cardíaca e hepatopatia) dos pacientes oncológicos.

A avaliação da associação entre o domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis clínicas apresentou resultado significativo ($p < 0,05$) para as variáveis: tempo de hospitalização, com melhor avaliação da Dificuldade Financeira para tempo de internação superior a 1 mês, com o teste da mediana fornecendo ($\leq$ Md total: 71,4% x 47,5%) e a doença associada ‘diabetes’, com melhor avaliação da Dificuldade Financeira, para aqueles que referiram ausência da doença.

Tabela 18 – Escores do domínio Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 - segundo dados clínicos dos pacientes com câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura. João Pessoa-PB, 2013 (n=127).

Variáveis Clínicas	Dificuldade financeira	N	Mediana-Md (domínios) ⁽²⁾	Média de Postos ⁽¹⁾	Valor de p
Tempo de diagnóstico	< 6 meses	61	66,67	65,48	p ⁽¹⁾ =0,592
	6 a 12 meses	31		66,66	p ⁽²⁾ =0,587
	> 12 meses	35		59,06	
Tempo de hospitalização	< de 1 mês	99	66,67	68,26	p ⁽¹⁾ = 0,008**
	≥ 1 mês	28		48,93	p ⁽²⁾ = 0,043*
Doenças associadas					
HAS	Não	66	66,67	61,95	p ⁽¹⁾ =0,478
	Sim	61		66,22	p ⁽²⁾ =0,438
Anemia	Não	88	66,67	62,03	p ⁽¹⁾ =0,325
	Sim	39		68,45	p ⁽²⁾ =0,116
Desnutrição	Não	108	66,67	65,53	p ⁽¹⁾ =0,226
	Sim	19		55,32	p ⁽²⁾ =0,138
Diabetes	Não	111	66,67	61,49	p ⁽¹⁾ = 0,028*
	Sim	16		81,41	p ⁽²⁾ =0,065
Insuficiência cardíaca	Não	116	66,67	64,63	p ⁽¹⁾ =0,500
	Sim	11		57,41	p ⁽²⁾ =0,901
Hepatopatia	Não	121	66,67	63,19	p ⁽¹⁾ =0,227
	Sim	6		80,33	p ⁽²⁾ =0,329

⁽¹⁾ Teste de *Mann-Whitney*, (*) resultados significativos: Valor de p ⁽¹⁾ < 0,05.

⁽²⁾ Teste da Mediana, (*) resultados significativos: Valor de p ⁽²⁾ < 0,05.

Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

A caracterização demográfica dos pacientes portadores de câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura, que compuseram a amostra deste estudo, revela que a maioria (53,5%) destes participantes encontrava-se recebendo assistência hospitalar em João Pessoa - PB, porém eles eram oriundos de diversas cidades do interior paraibano.

Este fato retrata a carência de assistência ao paciente com câncer no interior do Estado, concentrando a assistência especializada em oncologia em apenas dois municípios paraibanos - João Pessoa (capital) e Campina Grande. Municípios estes contemplados pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, como integrantes das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2012a).

O deslocamento da pessoa da cidade em que mora, para buscar assistência à saúde em outras cidades, pode tornar-se muito difícil para o paciente com doença oncológica, considerando sua condição física abalada pela doença, o seu desgaste físico e o de seu cuidador, as dificuldades inerentes aos traslados dentro da cidade, por vezes, desconhecida, falta de casa de apoio para familiares nos períodos de visitas, entre outros.

No estudo foi observado um maior percentual de mulheres com câncer, correspondendo a 75 (59,1) participantes. Esse dado revela um comportamento demográfico apresentado em outros estudos, em que o número de câncer nas mulheres é maior em relação ao nos homens (BRASIL, 2010; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; NICOLUSSI, 2012; ANDRADE; SAWADA; BARICHELO 2013; TURHAL, 2013). Nos Estados Unidos, estudo realizado, em 2009, com a participação de 45.541 pessoas também realça maior ocorrência em mulheres, representadas por um quantitativo de 29.822 (CDCP, 2012). Porém estimativas no ano de 2012 apontaram incidência do câncer em geral maior entre os homens (NATIONAL HEALTHCARE QUALITY REPORT, 2013). Esse último resultado também foi verificado em um estudo envolvendo pacientes com câncer terminal na China (LIU, 2013).

Em relação à idade dos participantes deste estudo foi observado que 60,7% eram idosos, com média e mediana de 63 anos, respectivamente, com desvio padrão de 13,6, tendo maior percentual de pacientes na faixa de 60 a 69 anos. O Censo de 2010 corrobora este

resultado ao apontar que no estado da Paraíba, 51,5% da população idosa encontram-se na faixa etária mencionada (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total, é um fenômeno que vem sendo evidenciado no nosso país de forma acelerada nas últimas décadas. Considera-se idosa a pessoa com idade a partir de 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso, disposto na Lei nº 10.741, de 2003 (BRASIL, 2003).

Os dados relacionados ao sexo e idade dos pacientes com câncer neste estudo estão em concordância com índices apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conforme pesquisa nacional de amostra por domicílios em 2011, revelando que a maioria da população idosa de 60 anos ou mais é composta por mulheres (55,7%), em decorrência dos efeitos da mortalidade diferencial por sexo (IBGE, 2012). Pesquisas recentes realizadas em países desenvolvidos com pacientes com câncer, também destacaram idade média entre 60 e 69 anos (CAISSIE, 2012; LIU, 2013), corroborando os dados encontrados neste estudo.

O câncer pode acometer pessoas independentemente da idade, cor, sexo, condição socioeconômica e cultural. Porém o risco de se ter esse diagnóstico aumenta com a idade, pois cerca de 80% de todos os cânceres são diagnosticados em pessoas acima de 55 anos de idade (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2012).

Neste estudo dados relacionados à cor da pele dos participantes revelaram predominância da cor parda, diferindo dos dados apresentados pelo IBGE, em que a cor predominante de idosos foi branca (IBGE, 2012).

A escolaridade dos participantes do estudo destaca percentuais muito próximos de não escolarizados (37,8%) e ensino fundamental (40,9%), totalizando 78,7% da amostra. Estudo realizado no município João Pessoa – PB, em 2010, com 401 idosos mostrou uma predominância de 50,1% dos participantes que não sabiam ler, nem escrever (DIAS, et al., 2012). Estes resultados corroboram com estudos realizados no Brasil envolvendo pacientes com câncer, por apontarem maior prevalência da doença entre os participantes do nível não escolarizado ao nível fundamental (FERNANDES; KIMURA, 2010; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; ANDRADE; SAWADA; BARICHELO, 2013).

Estes dados refletem a realidade brasileira no segmento educacional, em que há evidências de que os índices brasileiros não são satisfatórios, demonstrados pelo percentual de 12% da população brasileira que ainda não foram alfabetizadas, ou seja, não sabem ler, escrever, nem realizar cálculos simples; 49,2% da população brasileira, acima de 25 anos, não têm instrução ou não completaram o ensino fundamental. Com relação ao ensino médio, dados estatísticos apontam para apenas 14% da população brasileira com este nível de

escolaridade concluída, ficando muito aquém de países como Malásia (21%), Chile (26%) e Coreia do Sul (62%) (IBGE, 2012).

A baixa escolaridade associada ao aumento da idade torna-se preocupante no que diz respeito à capacidade das pessoas compreenderem corretamente uma série de informações, orientações e recomendações relacionadas ao cuidado da saúde de um modo geral. Isto posto, se observa que esta parcela da população fica mais vulnerável aos fatores de risco para comorbidades, mortalidade e aos baixos padrões de cuidado à saúde, aumentando a demanda de atenção. Sob esse aspecto, ressalta-se que o nível de escolaridade tem associação positiva com uma melhor qualidade de vida, por proporcionar mais autocuidado e melhor expectativa de vida da população (SANTOS; CIANCIARULLO, 2009).

A prática religiosa averiguada neste estudo evidenciou uma predominância entre os participantes da religião católica (72,4%), seguida da evangélica (24,4%), e do total, 72,4% afirmaram ser praticantes. Estudo realizado em Guarulhos – SP, com 212 idosos, revelou também que a maioria (62%) dos participantes era católica e 22% evangélicos (SANTOS; CIANCIARULLO, 2009); em Ribeirão Preto – SP, estudo com pacientes com câncer manteve o mesmo resultado com predominância (70,3%) de católicos e apenas 23,0% de evangélicos (NICOLUSSI, 2012). O censo demográfico de 2010 revela que dentre as religiões existentes, a opção pela religião católica tem sido preferida pelos brasileiros, com cerca de 120 mil informantes (IBGE, 2012).

O câncer, por ter característica de doença crônica e incurável em alguns tipos, remete o ser humano com este diagnóstico a experiências dolorosas, ao sofrimento e à morte, desencadeando sensações emocionais intensas que devem ser reconhecidas por familiares, profissionais de saúde, cuidadores, entre outros. Nesse contexto, a religiosidade assume papel importante na vida dessas pessoas e passa a ter um significado de força, de resignação e, em alguns casos, até mesmo de aceitação, auxiliando o paciente que padece de câncer a suportar seu sofrimento até o fim (KOENIG; GEORGE; TITUS, 2004, TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2008).

O envolvimento com a prática religiosa torna-se mais consistente à medida que a pessoa envelhece, sendo considerada atividade de suporte emocional e social, contribuindo para o fortalecimento de vínculos afetivos entre os que compartilham da mesma religião, favorecendo as dimensões físicas e psicológicas do ser humano, particularmente de pessoas hospitalizadas acometidas por doenças crônicas, como o câncer (KOENIG; GEORGE; TITUS, 2004, SANTOS, 2010).

Com relação à situação de moradia dos participantes foi verificado que 84,3% moravam em zona urbana, 78,7% em casa própria, 60,6% com tempo de residência de mais

de cinco anos. No tocante ao arranjo familiar, a maioria (77,9%) morava acompanhado do cônjuge ou companheiro(a) (47,2%) ou só com filhos (30,7%). A relação com os familiares, na percepção dos participantes deste estudo, variou de boa (45,7%) a ótima (34,6%).

Dados do Censo Demográfico de 2010 revelam que em relação à situação do domicílio, 86% da população brasileira vive em área urbana, dados coerentes com os resultados alcançados no estudo em tela (IBGE, 2010).

Conforme análise das condições de vida da população brasileira foi observada que aproximadamente 14,4% de pessoas com mais de 60 anos vivem sozinhas em seus domicílios, sem a presença do cônjuge, filhos ou qualquer outro parente; 85,6% dos idosos dividem o domicílio apenas com o cônjuge (24,5%), com os filhos, parente ou outro agregado (42,1%), sem filhos e com outros agregados (10,6%) e como agregado em domicílio de outros (8,4) (IBGE, 2012).

Considera-se que o apoio recebido do companheiro e/ou de outros familiares seja muito importante para a pessoa que padece de uma doença crônica, incurável e debilitante, bem como para alguns em situação de terminalidade da vida (SOUZA, 2010).

A realidade social dos pacientes idosos e com câncer do nosso país é um tanto quanto desoladora, particularmente para aqueles economicamente menos favorecidos e que têm apoio familiar escasso. A pessoa com doença crônica e/ou incapacitante demanda cuidados de outrem; e em algumas situações os familiares não suportam a carga diária do cuidado, deixando seu ente querido sob cuidados de profissionais de saúde e/ou de cuidadores informais, quer seja no ambiente domiciliar ou institucional, privando-os do afeto e do aconchego familiar, tornando-os susceptíveis a padecer pela solidão e sensação de abandono. No geral, a solidão pode suscitar disfunções endócrinas e imunológicas importantes e principalmente naqueles que já são acometidos pelo câncer, em que estas disfunções estão exacerbadas, resultando em resposta insatisfatória ao tratamento implementado (YILDIRIM; KOCABIYINK, 2010).

Estudos ressaltam que pacientes que estão casados, que tenham um parceiro ou que vivam com parentes apresentam níveis mais baixos de solidão quando comparados com pacientes que vivem sozinhos, justificados pelo apoio psicossocial recebido. Conforme o apoio social que a pessoa doente estiver recebendo, o processo de adaptação à situação de enfermidade crônica e terminal tende a acontecer de forma menos sofrida, dolorosa e estressante. Estudos desenvolvidos com pacientes com câncer revelaram que o suporte social percebido pelos mesmos tinha relação mais forte com o envolvimento dos familiares do que

mesmo com seu estado civil daquele momento (SANTANA, ZANIN, MANIGLIA, 2008; YILDIRIM; KOCABIYINK, 2010).

Com relação às condições de vida da população do estudo, destaca-se que a maioria (52,8%) vive da aposentadoria, com renda familiar em torno de 1 (um) a 3 (três) salários mínimos (85,8%), considerando o valor vigente no país de R\$ 622,00 reais, no período do estudo, e segundo a percepção da maioria (41,8%) dos respondentes a situação financeira era percebida como regular.

O fato de haver um maior percentual de aposentados na amostra do estudo é justificado pela faixa etária dos participantes, que faz jus a este benefício laboral. Esta renda é compartilhada com no mínimo duas pessoas, representando a despesa domiciliar mensal. Assim, compreende-se que a baixa renda familiar pode comprometer a QV das pessoas, principalmente daquelas com comorbidades como o câncer, por buscar menos os serviços de atenção à sua saúde, ter menor condições de adquirir medicamentos e/ou realizar exames laboratoriais e radiológicos que não sejam garantidos pelo SUS e não conseguirem seguir o regime terapêutico completo (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Ao serem investigadas as práticas saudáveis de vida foi identificado que 81,9% dos participantes não realizavam nenhuma atividade física; e, dos que a realizavam, a caminhada foi citada por 69,6%. Estudos revelam a possibilidade de a atividade física favorecer a manutenção da saúde, o que serviu de ponto de partida para projetos que objetivam estimular a população a adotar a prática de exercícios físicos em seu cotidiano. Porém, o esforço empreendido por esses projetos não tem atingido ainda uma parcela importante da população brasileira, onde estes permanecem inativos fisicamente (ZWARCWALD, 2003; FERREIRA; NAJAR, 2005).

Estudo conduzido pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implantado pelo Ministério da Saúde (MOURA, et al., 2008), entrevistou 54.369 adultos que possuíam linha telefônica fixa em seus domicílios, no ano de 2006, em 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal. Os resultados revelaram que pessoas com idade acima de 55 anos apresentam níveis menores de atividades físicas quer seja no lazer ou no trabalho, tanto quanto maior for a idade. Outras investigações realizadas no Brasil, Peru, México, Albânia e Países Bálticos mostraram que no que se refere à atividade física no lazer mais de 50% das pessoas adultas são insuficientemente ativas (POMERLEAU et al., 2000; HALLAL, 2003; SECLÉN-PALACÍN; JACOBY, 2003; DIAS-DA-COSTA, 2005).

No tocante aos aspectos clínicos dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, segundo o sexo dos participantes, observou-se que dentre as mulheres investigadas, o útero e ovário constituíram a localização de câncer primário mais incidente atingindo 25,3% do total das pacientes oncológicas, seguido do câncer de mama (21,3%) e cólon e reto (14,7%).

Os dados mencionados diferem das estimativas em mulheres para 2012-2013 pelo INCA, em que mama (27,9%) foi mais incidente do que útero e ovário (15,0%) na Paraíba, no Nordeste e no Brasil. Com relação ao câncer de cólon e reto, os dados foram concordantes com a incidência estimada para João Pessoa, Nordeste e Brasil, diferindo dos dados estimados para Paraíba que sinalizavam para quinta posição em incidência (INCA, 2011a).

Estudo realizado no interior de São Paulo – SP, em 2010, que teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes oncológicos assistidos pelo SUS (RODRIGUES; FERREIRA, 2010) revelou que nas mulheres o câncer de mama também foi mais incidente, com 54% dos casos, seguido do câncer de intestino (8%). Outro estudo realizado nos Estados Unidos, em 2009 (CENTERS FOR DISEASE..., 2012), também destaca que entre 45.541 participantes com diagnóstico de câncer, havia 29.822 mulheres e dentre estas o câncer de mama foi incidente em 32,4%, seguido de câncer de colo de útero em 24,8%.

Com relação ao câncer ginecológico, incluindo corpo e colo de útero e ovários, o de colo de útero tem sido mais incidente entre estes, com início a partir dos 20 anos de idade e pico etário entre 50 e 60 anos. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), início precoce de atividade sexual, diversidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo e baixa condição socioeconômica (BRASIL, 2006; ALBUQUERQUE, 2009).

O exame citológico do colo de útero, conhecido popularmente como exame de Papanicolau, é considerado uma estratégia eficaz, segura e de baixo custo para diagnóstico do câncer uterino, oferecido gratuitamente à população feminina pela rede de atenção básica do SUS (ALBUQUERQUE, 2009). Acredita-se que as taxas elevadas de casos novos estejam relacionadas com a baixa cobertura dos programas de rastreamento, desconhecimento das mulheres que têm menor nível de escolaridade e condição socioeconômica e seguimento inadequado das mulheres acometidas, pois se trata de uma neoplasia com bom potencial de prevenção e cura quando diagnosticada precocemente.

Quanto ao câncer de mama, segundo a Organização Mundial de Saúde, trata-se do tipo mais incidente em mulheres em nível mundial. No Brasil, também é o mais frequente entre as

mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste, ficando em segundo lugar na região Norte. As medidas recomendadas para o controle deste tipo de câncer envolvem exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e o rastreamento com exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, ou ambos a partir dos 35 anos, caso tenha fatores de riscos elevados para câncer de mama (SOUZA, 2011; INCA, 2013). No entanto, apesar de ser reconhecido com um câncer de bom prognóstico, se for diagnosticado e tratado em tempo hábil, ainda encontramos mulheres com diagnósticos tardios e que evoluem para estágios avançados da neoplasia com disseminação para outros sítios, a exemplo das participantes deste estudo.

O câncer de cólon e reto, sem considerar o câncer de pele não melanoma, conforme estimativa no Brasil em 2012-2013 ocupou a terceira posição de localização de câncer primário tanto em homens como mulheres, porém nas mulheres a incidência tem sido maior conforme estatísticas para o Brasil, Nordeste, Paraíba e João Pessoa (INCA, 2011a). Os dados em nível nacional e regional são concordantes com os dados apresentados pelos participantes do estudo, em que o percentual de câncer de colo e reto em mulheres (14,7%) foi bem maior do que em homens (5,8%). Os dados apresentados pelo INCA apontam para uma tendência diferente da encontrada em 2008, em que o câncer de cólon e reto é o terceiro tipo mais incidente entre os homens e o segundo nas mulheres, com uma proporção de 1,4:1, conforme estimativas para 2014-2015 (INCA, 2009; INCA, 2014).

Nos Estados Unidos, estimativas de casos novos em 2012 também apresentaram o câncer de cólon e reto em terceira posição, com um percentual um pouco maior para homens. (AMERICAN..., 2012). Configura-se como a terceira causa de morte por câncer no mundo, sendo a segunda causa em países desenvolvidos (AMERICAN..., 2010; INCA, 2011a). Países da Europa Ocidental, norte Europeu e da América do Norte e Austrália têm apresentado certa estabilidade na incidência, com aumento no Japão e em outros países Asiáticos que, anteriormente, tinham baixo risco para a doença (INCA, 2011a).

Fatores preditores para o surgimento desta neoplasia incluem história familiar de câncer de cólon e reto, predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas entéricas, dietas com consumo predominante de gordura animal e baixa ingestão de frutas, vegetais, cereais e peixes, consumo excessivo de álcool, tabagismo e obesidade. A detecção precoce constitui importante estratégia para o rastreamento e controle do câncer de cólon e reto, incluindo pesquisa oculta de sangue nas fezes e métodos endoscópicos, como também possibilita a redução da incidência e mortalidade por essa neoplasia (INCA, 2011a; NICOLUSSI, 2012).

Quanto à localização do câncer primário dos participantes do sexo masculino integrantes do estudo, foi observado três sítios de maior incidência: de próstata (20,5%), seguido de cabeça e pescoço (19,2%) e pulmão (17,3%).

A maior incidência de câncer de próstata entre os homens (20,5%) participantes do estudo acompanha a tendência estatística no Brasil em 2012, que representa 30,8% de todos os sítios, sendo também expressivo na região Nordeste (35,9%) e na Paraíba (50,6%). A taxa de incidência mundial tem se apresentado elevada, sobretudo na Austrália, Nova Zelândia, Europa Ocidental e América do Norte. Nos Estados Unidos, este tipo de câncer afeta 1(um) em cada 6(seis) homens durante o curso de sua vida (GUERRA; GALLO; SILVA, 2005; INCA, 2011a).

No Brasil, a crescente taxa de incidência de câncer de próstata, que vem se projetando nos últimos anos, pode ter relação com o aumento da longevidade dos brasileiros, a qualidade dos métodos diagnósticos e dos sistemas de informação no país. A idade acima de 60 anos é um dos principais fatores de risco para seu desencadeamento, seguido de raça, etnia, história familiar, dieta (gorduras e carne), e mais recentemente o *diabetes melitus* tipo 2, embora não haja explicação científica concreta (GUERRA; GALLO; SILVA, 2005). O rastreamento dessa neoplasia tem sido feita através do exame PSA (Antígeno Prostático Específico) que tem contribuído com a detecção precoce da doença.

O câncer de cabeça e pescoço inclui câncer da cavidade oral, faringe e laringe. Na população masculina do estudo foi encontrado um percentual de 19,2%, ocupando a segunda posição de maior ocorrência. Estes dados diferem dos encontrados em estimativas para 2012-2013, onde no Brasil, o câncer da cavidade oral bem como o da laringe ocuparam a quinta e oitava posições, respectivamente; porém, se aproximam dos dados do Nordeste, que ocupou a quarta e sexta posições, respectivamente; e da Paraíba, a terceira e sexta posições, respectivamente (INCA, 2011a).

Hábitos de consumo de álcool e tabaco, deficiências nutricionais, higiene oral comprometida e infecções pelo papiloma vírus humano (HPV), poluição ambiental e predisposição genética podem ser fatores potencialmente de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço, principalmente o da cavidade oral (AMERICAN..., 2012; GUERRERO, 2011). Na maioria dos casos, os sintomas surgem na fase avançada da doença. O exame físico e exames diagnósticos de imagem, por sua vez, contribuem para o diagnóstico. Medidas de prevenção e diagnóstico precoce continuam sendo desafios para a equipe multidisciplinar. O tratamento sendo instituído pode promover a cura da doença, ou

minimizar os desconfortos em caso de doença avançada e ajudar no enfrentamento do estresse psicológico experimentado pelos pacientes (SAWADA, DIAS, ZAGO, 2006; INCA, 2011a).

O câncer de pulmão ocupou a terceira posição de ocorrência entre os pacientes do sexo masculino do estudo. Este dado, segundo incidência estimada para o biênio 2012-2013 pelo INCA, foi igualmente identificado na região Nordeste. Porém se aproximam das estimativas para o Brasil e Paraíba, onde esse tipo de câncer é o segundo mais incidente atingindo 8,8% e 7,32% dos homens (INCA, 2011a). Por ser geralmente diagnosticado em situação de doença avançada, o câncer pulmonar tem sido considerado uma doença altamente letal, com 86% de razão mortalidade/incidência. O controle do consumo do tabaco ainda é considerado um dos maiores aliados no combate ao câncer de pulmão no mundo (SAAD; BOTEGA; TORO, 2007).

No entanto, por uma questão cultural, o homem se preocupa menos com sua saúde do que a mulher, tendendo a buscar de forma irregular os serviços de atenção básica para cuidados preventivos. A grande maioria só procura por atendimento médico com a doença instalada e sob pressão familiar (cônjuge, filha, entre outras) e alguns já em situação avançada, acarretando maior custo financeiro para a sociedade, implicações físicas e emocionais para ele e sua família no percurso da manutenção da saúde e qualidade de vida. Nessa perspectiva, diante dos diversos entraves que permeiam essa realidade masculina foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o desafio de mobilizar o homem brasileiro para a garantia do seu direito à saúde (BRASIL, 2008).

Considerando que os participantes deste estudo apresentavam-se com câncer em estágio avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura, chama a atenção os dados da Tabela 4 pelo fato de que a maioria (48,0%) dos pacientes teve o diagnóstico de câncer declarado há menos de seis meses. Isto reflete a agressividade do câncer, como também a ocorrência de diagnósticos tardios, em que as alterações celulares são intensas sem haver possibilidade de resposta terapêutica.

No que se refere à extensão da doença oncológica, os achados deste estudo mostraram que a maioria dos pacientes apresentou tumor com disseminação (regional e distante). No entanto, é importante ressaltar que pacientes mesmo com tumor local foram referidos em seus prontuários clínicos como em fase de terminalidade ou sem possibilidades terapêuticas de cura, embora sem exames de imagem que revelassem presença de metástase, fato mais comum na instituição não especializada em oncologia.

A disseminação tumoral, denominada metastização, ocorre supostamente da mesma forma em todos os tipos de tumor. Esse processo ocorre em etapas distintas, como

oncogênese, angiogênese, invasão celular sobrevivência à circulação sanguínea, adesão da célula tumoral ao tecido alvo, extravasamento para uma localização secundária com crescimento celular, angiogênese no foco metastático e bloqueio da resposta imunológica do hospedeiro, provocando sintomas de intensidade variáveis e de acordo com as localizações dos tumores, com possibilidade de impactos negativos nas funções físicas, emocionais e sociais (MEOHAS et al, 2005, BRASIL, 2010).

Com relação ao seguimento terapêutico, 39,4% dos pacientes oncológicos realizaram radioterapia e 48,8% se submeteram à quimioterapia. A maioria (78,0%) estava hospitalizada há menos de um mês. O tratamento do câncer envolve três modalidades: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem ser utilizadas em conjunto ou conforme o tipo e o estágio do câncer (BRASIL, 2010).

A quimioterapia é uma forma de tratamento sistêmico, que envolve a utilização de agentes antineoplásicos no tratamento do câncer, com indicações precisas e sob planejamento criterioso, considerando cada situação oncológica e condições clínicas do paciente, podendo ser empregada com objetivo curativo ou paliativo. São administrados continuamente ou a intervalos regulares, variando conforme o esquema terapêutico predeterminado (SAWADA, 2009).

A quimioterapia curativa tem como finalidade curar definitivamente doentes com neoplasias malignas, associadas ou não à cirurgia e à radioterapia. A quimioterapia paliativa tem sido indicada em situações de palição de manifestações clínicas que comprometem a capacidade funcional do paciente, não tendo repercussão sobre a sua sobrevivência; dessa forma é de duração limitada decorrente da incurabilidade e progressão do tumor (estádio IV, doença recidivada ou metastática) não responsivo ao tratamento aplicado. A quimioterapia prévia, neoadjuvante ou citorrredutora é indicada para redução de tumores regionalmente avançados (estádios II ou III), com a finalidade de melhorar o prognóstico do paciente. O tratamento pode perdurar de 03 a 6 meses, dependendo do tipo ou da localização do tumoral, toxicidade e plano terapêutico proposto. A quimioterapia adjuvante tem sido indicada após tratamento cirúrgico curativo e quando não há evidências de neoplasia presente ao exame físico ou laboratorial tem por finalidade prolongar o tempo sem doença e a sobrevivência global do paciente (BRASIL, 2010).

A radioterapia consiste na utilização de equipamentos e técnicas para irradiar áreas comprometidas do corpo, conforme demarcação loco-regional, sendo mais aplicados em adultos. A dose a ser irradiada é proporcional à finalidade do tratamento, localização e aspecto histológico do tumor. O planejamento terapêutico global da radioterapia envolve

algumas modalidades como: paliativa, pré-operatória (antecede a cirurgia, com a finalidade de reduzir o tumor e viabilizar o procedimento cirúrgico), pós-operatória (pretende esterilizar possíveis focos microscópicos do tumor), curativa (principal modalidade com objetivo de promover a cura do paciente) (BRASIL, 2010).

Em aproximadamente 70% dos casos de câncer utiliza-se a quimioterapia, enquanto que a radioterapia é aplicada em torno de 60%. Estas modalidades são de impacto financeiro para o SUS, porém podem resultar em benefícios socioeconômicos comparados aos gastos inerentes à manutenção de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos e os ressarcimentos pela invalidez (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

O controle do câncer envolve ações e serviços de saúde especializados, incluindo promoção à saúde, reabilitação e cuidados paliativos previstos na Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS 2.439/2005) disponíveis no SUS. Dentre os casos de câncer, 1/3 deles pode ser prevenido, 1/3 curado ou controlado e 1/3, apenas paliado. Isto demonstra que o controle do câncer no Brasil ainda está apoiado na atenção hospitalar, com assistência de alta complexidade e desintegrada de ações de controle mais efetivas para redução da mortalidade, prevenção pela detecção em fase pré-clínica (por rastreamento) ou inicial (por diagnóstico precoce) de cânceres prevalentes que poderiam ter melhor resolutividade com estas estratégias (BRASIL, 2012a).

A maioria dos participantes do estudo em tela era procedente de cidades do interior da Paraíba, refletindo fortemente na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demora em obtenção de consulta com médico especialista e realização de exames especializados para o diagnóstico, dando oportunidade para a doença avançar sem nenhuma interferência terapêutica. Tais considerações corroboram a avaliação feita pelos participantes do estudo acerca do seu acesso ao serviço de saúde, que variou de regular (47,2%) a bom (26,0%).

No contexto nacional é fato que a população enfrenta grandes dificuldades ao acesso à detecção precoce do câncer na atenção de média complexidade, notadamente no que diz respeito a consultas especializadas e exames complementares para o diagnóstico de câncer. A chegada ao hospital do paciente com câncer em estágio avançado, na maioria das vezes de natureza incurável, reflete bem o grau de organização do sistema de saúde e o acesso a esse tratamento.

A avaliação dos participantes deste estudo quanto à relação deles com os profissionais de saúde do serviço onde se encontravam hospitalizados foi positiva, com variação de boa (47,2%) a ótima (43,3%) e, com relação à avaliação do atendimento às necessidades deles no serviço onde se encontravam foi também positiva, variando de boa (48,0%) a ótima (41,7%).

Na área de oncologia, os avanços acerca da compreensão do desenvolvimento do câncer e seu tratamento impõem à equipe profissional uma preocupação abrangente sobre o paciente em estado terminal (GARCET; HERNANDEZ; ORUE, 2007). Médicos e enfermeiros tendem a compartilhar a angústia experimentada pelo paciente com câncer e seus familiares diante da dor, perdas de funções, dependência para cuidados, iminência de morte, entre outros. Desse modo, membros dessa equipe devem adotar atitudes humanizadas, respeitadas e de compaixão na sua relação com esse ser, que padece de uma doença incurável e, na maioria das vezes, encontra-se em fase terminal.

O desenvolvimento e avanço da doença neoplásica impõem ao paciente uma diversidade de sinais e sintomas que afetam de forma significativa a QVRS dos sobreviventes de câncer. Sob esse aspecto, a grande maioria (60,6%) dos participantes deste estudo relatou cerca de seis a oito manifestações clínicas.

Dentre os sinais e sintomas relatados pelos participantes, o sintoma de maior prevalência foi a dor, citada por 89,8% dos pacientes. O Brasil tem se configurado como o segundo país da América Latina em que pessoas com câncer relatam sentir mais dor. A dor oncológica afeta 25 a 30% dos pacientes na fase inicial da doença, 50% em estágios variados do câncer e 70 a 90% daqueles em estágio avançado (ALVES et al., 2011, WATERKAMPER; REIBNITZ, 2011, RANGEL; TELES, 2012). Estes percentuais são congruentes com os encontrados dentre os participantes do estudo.

Estudo transversal com 1.933 pacientes de 11 continentes europeus, que teve como objetivo verificar a concordância de relatos de sintomas entre pacientes e cuidadores, teve como resultado um percentual de 67% de identificação de dor moderada e 47% com dor severa (LAUGSAND et al., 2010). Outra investigação realizada na Áustria (GIESINGER et al., 2011), com o objetivo de conhecer a QV de pacientes terminais, teve a participação de 85 pacientes recebendo cuidados paliativos; 59,7% destes relataram sentir dor severa nos últimos três meses de vida. Estudo realizado na China com 163 pacientes oncológicos, com o objetivo de investigar a associação entre prevalência e intensidade de sintomas de pacientes em estágio avançado da doença, apresentou em seus resultados uma elevada prevalência de dor, sendo relatada por cerca de 90% da amostra (YOUNG LIU, 2013).

A OMS declarou em 1986 que a dor oncológica deve ser reconhecida como uma emergência médica, no entanto com todo o desenvolvimento técnico-científico que tem permeado o processo diagnóstico e terapêutico do câncer, ainda há registros de cerca de quatro milhões de pessoas que morrem sem controle adequado da dor.

A compreensão de que a dor suscita intenso desconforto físico e psicológico impõe à equipe de profissionais que cuida de pacientes oncológicos e, principalmente, em fase avançada da doença, promoção imediata do alívio deste sintoma que para muitos pode tornar-se insuportável e afetar negativamente sua QV. É prudente ressaltar a dificuldade enfrentada por alguns profissionais que atuam em hospitais gerais e não especializados em oncologia, diante de pacientes com câncer, em instituir protocolos para manejo da dor oncológica, contribuindo para a persistência da dor e do sofrimento físico do paciente.

Dentre os sintomas relatados pelos participantes do estudo, a fadiga foi o segundo mais prevalente, alcançando uma média de 70,9%. Ressalta-se que resultados encontrados em outros estudos mencionados a seguir diferem dos nossos achados.

Estudo realizado na Espanha mostrou que pacientes com câncer avançado de pulmão, em tratamento com quimioterapia, tiveram a fadiga como sintoma mais prevalente no seguimento da segunda (final do segundo ciclo de quimioterapia) e terceira avaliações (um mês após o tratamento) (ARRARAS URDANIZ et al., 2005). Outros estudos realizados no cenário nacional (LIMA; BORGES, 2009) e internacional (LAUGSAND et al., 2010; VAN LANCKER et al., 2014) mostraram que a fadiga foi mais prevalente em pacientes com câncer avançado (pulmão, mama e próstata) com prejuízo na QVRS.

O hipermetabolismo que ocorre no organismo pela ação do tumor maligno, a necrose tecidual decorrente da radioterapia e a citotoxicidade da quimioterapia são prováveis responsáveis pela ocorrência da fadiga em pacientes oncológicos. A fadiga é multifatorial, de ocorrência variável conforme localização do tumor, extensão da doença e medidas terapêuticas implementadas. Tem sido descrita como uma sensação desagradável, não responsiva às estratégias de recuperação de energia corporal, de intensidade e duração variáveis, com repercussões para capacidade funcional, estado psicológico e social do paciente (MOTA; PIMENTA, 2006, SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009), afetando mais comumente pacientes com câncer avançado.

Os sinais e sintomas gastrintestinais (anorexia, náuseas, vômitos, constipação e diarreia) foram também expressivamente relatados pelos participantes do estudo, em que anorexia e vômitos foram os mais prevalentes com 53,5% e 42,5%, respectivamente.

É possível que os sintomas gastrointestinais estejam relacionados ao tratamento antineoplásico, pois grande parte dos agentes quimioterápicos que integram os protocolos terapêuticos pode causar anorexia, náuseas e vômitos, estomatite, diarreia, entre outros, com prejuízo para o estado nutricional do paciente (DIAS et al., 2006).

Na avaliação clínica dos pacientes com câncer deste estudo foi verificado que havia outras doenças não transmissíveis associadas ao câncer, com uma diversidade considerável. Dentre as de maior ocorrência destacaram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), anemia, desnutrição, diabetes, insuficiência cardíaca, hepatopatia, representando 119,7% referências nos prontuários dos pacientes, com uma variação de uma até quatro doenças verificadas por paciente. Outros estudos também relataram a presença de outras doenças preexistentes em pacientes oncológicos, como hipertensão arterial e diabetes (HOEKSTRA et al., 2004; SALAMONDE, 2006).

A Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD), realizada em 2008 com cerca de 400.000 entrevistas, constatou que 31,3% dos brasileiros referiram ter ao menos uma entre as principais doenças crônicas não transmissíveis, 25,4% referiram uma ou duas doenças e os entrevistados que referiram três doenças ou mais foram 5,9% (BARROS et al., 2011). Sob esse aspecto, os dados encontrados neste estudo realçam uma tendência nacional apontada pelo levantamento realizado pelo PNAD em 2008.

As doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica compõem o elenco principal de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que representam uma grande preocupação para a saúde global da população, sendo principais fontes de carga de doença no Brasil, atingindo de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda e, com repercussões financeiras importantes para o país, com estimativa de perda na economia brasileira de pouco mais de US\$4,0 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE et al., 2007).

Dados apontam que houve 57 milhões de mortes no mundo em 2008, sendo 63% decorrentes das DCNT (ABEGUNDE, 2007); dessas cerca de 80% ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos, enquanto que nos países de renda alta apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011).

O plano de ação 2008-2013 da OMS para o controle das doenças crônicas não transmissíveis sinaliza para quatro principais doenças – cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e os fatores de risco compartilhados – tabagismo, sedentarismo, hábito alimentar não saudável e uso abusivo de álcool. Para isso, o Ministério da Saúde vem incrementando esforços com a Estratégia de Saúde da Família, na tentativa de melhorar o acesso ao cuidado integral, de forma continuada, sob a égide de instituir medidas de prevenção e gerenciamento das doenças crônicas no Brasil (SCHMIDT et al., 2011; DUCAN et al., 2012).

No entanto, os desafios são enormes, os usuários do SUS enfrentam longas e desanimadoras listas de espera para receber assistência ambulatorial especializada, serviços de diagnósticos e cirurgias, prorrogando cada vez mais o atendimento que muitas vezes é de caráter emergencial, resultando em aumento estatístico de comorbidades e mortalidades, tornando-se mais intenso o problema para aqueles de renda baixa.

6.2 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura, de acordo com as Dimensões do EORTC QLQ - C30

Neste estudo, com o EORTC QLC-C30, pôde-se avaliar a QVRS de pacientes com câncer em fase avançada da doença e sem possibilidades terapêuticas de cura. Com relação às médias e desvio padrão dos domínios de QV do instrumento foram observadas variações de $7,2 \pm 14,6$ a $89,5 \pm 15,4$. Diante dos resultados, na ESG/QV os pacientes apresentaram escore médio muito baixo revelando, conforme sua percepção, queda do seu estado geral.

Na Escala Funcional, seus itens tiveram escores baixos, destacando-se o Desempenho de Papel como de pior avaliação, seguido da Função Física e Social, demonstrando o comprometimento físico e funcional do paciente padecendo com câncer avançado. Com relação à Escala de Sintomas, os itens dor, fadiga, insônia e perda do apetite foram os que tiveram maiores escores na avaliação dos pacientes oncológicos, sinalizando que estes sintomas estiveram presentes em sua maioria. Na caracterização clínica dos pacientes, participantes do estudo, foi identificado que os sintomas mais referidos foram dor, fadiga e anorexia (perda de apetite), estando congruentes com os resultados obtidos pela Escala de Sintomas.

A Escala Dificuldade Financeira também apresentou escore alto, que corrobora a condição socioeconômica da maioria dos participantes que sobrevivem da aposentadoria juntamente com os dependentes da renda mensal e que avaliaram sua situação financeira como regular.

Conforme os resultados obtidos, pelo EORTC QLQ-C30, a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes participantes do estudo foi considerada ruim, justificada pelos baixos escores da ESG/QV e Escalas Funcionais e pelos elevados escores da Escala de Sintomas e Dificuldade Financeira. Estes dados podem estar relacionados com as condições

clínicas desses pacientes, como tempo de diagnóstico de mais de seis meses, extensão da doença com disseminação regional e distante do tumor primário e presença de metástase, bem como com baixas condições socioeconômicas corroborando a percepção dos pacientes de situação financeira de péssima a regular. Estes resultados foram encontrados em outros estudos envolvendo pacientes com câncer avançado (HAGELIN; SEIGER; FÜRST, 2006, PARK, 2008), com escores médios baixos para ESG/QV e Escalas funcionais, com pior avaliação também para Desempenho de Papel, Função Física e Social.

Os resultados desse estudo foram semelhantes aos encontrados em um estudo realizado na Tanzânia com pacientes hospitalizados (n=101) com câncer avançado, com o objetivo de investigar a QVRS destes pacientes e suas necessidades de cuidados. Os resultados sinalizaram para baixos escores na Função Social, Desempenho de Papel e Função Física, bem como na avaliação do Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida; no entanto, apresentaram melhor escore na avaliação da Função Emocional. Na Escala de Sintomas, resultados demonstraram escores elevados principalmente dor, fadiga e insônia. No que se refere à Escala de Dificuldade Financeira, os resultados também confirmam os do nosso estudo, traduzidos neste como de pior avaliação de todas as escalas (MASIKA et al., 2012).

Estudo realizado com 397 pacientes com câncer avançado, recebendo radioterapia em sete países (Taiwan, Canadá, Ciprus, Brasil, Egito, Índia e França), teve como objetivo comparar determinantes sociodemográficos e fatores clínicos através dos escores de QVRS medidos pelo EORTC QLQ-C30 no início do tratamento e um mês após. Os resultados apontaram no início do tratamento de radioterapia escores elevados de Estado de Saúde Global e QV e Escala Funcional (LAM et al, 2013). Estes escores também foram avaliados em outro estudo através do módulo para pacientes em cuidados paliativos - EORTC QLQ-C15PAL, com o objetivo de comparar os resultados entre 334 pacientes, para as idades de corte de 65 (n=181) e 70 anos (n=128) com câncer metastático, no Canadá, no período de 2007 a 2010. Os escores médios de ESG/QV obtidos foram moderados, conforme percepção dos entrevistados (KOO et al, 2011). Os resultados apresentados nestes estudos mostram que os pacientes, mesmo com câncer avançado, apresentaram melhor avaliação do ESG/QV e da função física, diferentemente dos resultados obtidos neste estudo, representados por escores muito baixos.

Estudo transversal realizado na Suécia com 111 pacientes com câncer de pulmão em estágio avançado apresentou escores médios maiores (> 46,0) do que os resultados obtidos no presente estudo, porém com comprometimento das mesmas funções da Escala Funcional na ordem de menor para o maior escore: Desempenho de Papel, Função Física e Função Social (NICKLASSON; BERGMAN, 2007).

Estudo prospectivo envolvendo 146 pacientes coreanos com câncer metastático (gástrico, colorretal, mama e outros) teve como objetivo avaliar mudanças na QV desses pacientes recebendo quimioterapia paliativa. Os resultados da Escala Funcional apresentaram escores médios acima de 60,0 com pior avaliação do Desempenho de Papel e Função Social, seguido da Função Física no início do tratamento (BANG et al, 2005). Esses resultados mostram que a função Desempenho de Papel tem tido escores mais baixos da Escala funcional autorrelatados por pacientes oncológicos do nosso estudo e nos estudos referidos acima.

Avaliação da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30 de pacientes com câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura, demonstra que dor, fadiga, insônia e perda de apetite foram os de maiores escores, significando maior intensidade. Esses sintomas são reconhecidos como mais comuns nesses pacientes e que podem ser atribuídos à própria doença ou ao tratamento, com influência em sua QVRS em graus variáveis. Escores de dor, fadiga, insônia e perda do apetite da Escala de Sintomas, também foram estatisticamente significativos em estudo realizado na Tanzânia com 111 pacientes com câncer avançado apontando para baixa qualidade de vida (MASIKA et al, 2012). Outro estudo envolvendo 276 pacientes com câncer avançado com indicação para radioterapia paliativa num centro oncológico, no Canadá, também teve escores elevados desses sintomas na avaliação inicial (BEDARD et al, 2013; WALDMANN; SCHUBERT; KATALINIC, 2013).

Estudos no contexto nacional também apontam escores elevados dos sintomas dor, fadiga, insônia e perda do apetite em investigações com pacientes com câncer, em quimioterapia adjuvante ou paliativa (SAWADA et al., 2009; NICOLUSSI, 2012).

A dor é um sintoma de grande expressão em pacientes com câncer, tornando-se acentuada à medida que o câncer progride e se estende entre os órgãos. Provoca impacto negativo na QV do indivíduo por afetar as necessidades básicas como mobilidade, sono, alimentação, atividades de vida diária, limitando e interferindo na sua capacidade funcional (SILVA et al., 2010). Frequentemente, conforme sua intensidade, pode ofuscar outros sintomas e ser o sintoma prioritário para o paciente (MELIN-JOHANSSON, 2010).

A presença da dor interfere na capacidade funcional, limita a realização de atividades habituais levando à maior dependência do paciente em relação ao cuidador.

A fadiga, caracterizada como uma sensação de cansaço eminente, está incluída nos sintomas de maior ocorrência relatada pelo paciente com doença oncológica avançada, atingindo 19% a 99% dos casos, que pode ocorrer em resposta ao desgaste físico e psicológico preexistente. Tal sintoma quando acomete o indivíduo por tempo prolongado,

como acontece no câncer, reduz a funcionalidade do indivíduo e associada a outros sintomas afeta sua QVRS (LIMA; BORGES; CAMPOS et al., 2011).

Os resultados, aqui apresentados, corroboram de forma total ou parcial os achados em estudos nacionais e internacionais, tornando evidente que o estágio avançado do câncer é provavelmente o fator que cause maior impacto sobre a QVRS desses indivíduos, realçado por queda da capacidade funcional e presença de sintomas causados pela doença ou tratamento.

6.2.1 Associação dos Domínios do EORTC QLQ C-30, Segundo Variáveis Sociodemográficas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

As associações dos escores médios dos domínios ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30 com as variáveis sociodemográficas revelaram que idade e escolaridade apresentaram diferença estatisticamente significativa no domínio Função Cognitiva, enquanto que a variável renda familiar apresentou diferença significativa no domínio Estado de Saúde Global - ESG/QV.

Com relação à variável idade, os participantes da faixa etária de até 49 anos apresentaram melhor avaliação na Função Cognitiva e Função Desempenho de Papel, enquanto que os participantes que tinham 80 anos ou mais de idade apresentaram baixos escores médios na avaliação da ESG/QV e das Funções Física, Desempenho de Papel e Cognitiva.

O avançar da idade provoca no organismo alterações diversas, com declínio da capacidade funcional e cognitiva, principalmente quando associado às comorbidades crônicas e debilitantes, como o câncer. O tumor maligno provoca alterações importantes, como interrupção das funções do corpo, desvio do alimento e do suprimento sanguíneo das células normais, com modificações intensas no metabolismo do organismo do paciente. Essas modificações associadas às reações impostas pelas diversas formas de tratamento do câncer provoca uma sensação de fadiga crescente, perda de peso, redução da força muscular, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo e, consequentemente, a sua QVRS. (MELO, 2010).

A capacidade funcional tem sido definida como a capacidade que o indivíduo apresenta para realizar suas atividades de vida diária, de forma independente, tais como

atividades ocupacionais, de lazer, deslocamentos e autocuidado. Estudos apontam que o declínio funcional do indivíduo tem relação com fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde. Dentre estes se destacam avanço da idade, sexo feminino, situação socioeconômica desfavorável, moradia em zona rural, morar acompanhado, menor nível educacional, ocupação e presença de doença crônica (ALVES, 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008, ALVES; LEITE, MACHADO, 2010). No nosso estudo, observa-se que a maioria dos participantes com câncer é do sexo feminino, tem idade superior a 60 anos, é aposentada, tem situação socioeconômica e educacional menos favoráveis e mora acompanhada, corroborando em grande parte os dados dos estudos mencionados.

Com relação ao Modelo Contextual de QVRS de Ashing-Giwa (2005), as variáveis idade e sexo são identificadas como componentes do nível macro, inseridas na dimensão ‘contexto demográfico’. O avanço da idade pode estar associado ao incremento da incidência e/ou gravidade de alguns tipos de câncer, conforme apontado no estudo de Resorlu, et al (2009), em que foram examinados 241 pacientes com câncer de bexiga e os resultados demonstraram associação significativa entre idade avançada do paciente, com piores características clínicas da doença e resultados no tratamento do câncer.

Estudo realizado num estado da região Nordeste do Brasil, teve como objetivo identificar a prevalência do câncer de colo uterino em mulheres das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). A amostra encontrava-se na faixa etária de 60 a 101 anos e foi observado que 43,5% nunca haviam realizado o exame de Papanicolau, e das que realizaram, apenas 15,2% fizeram o exame dentro da instituição, considerando que 47,83% residem na ILPI's no período entre 1 e 7 anos, demonstrando uma baixa cobertura do exame para prevenção nesta população (PINHEIRO et al, 2013).

No Nordeste, o câncer de colo uterino ocupa a segunda posição mais frequente entre as mulheres. A meta do Ministério da Saúde é alcançar uma cobertura de 80% em relação à realização do exame de prevenção, no entanto esta cobertura ainda é baixa em regiões menos favorecidas do Brasil, a exemplo do Nordeste (INCA, 2011b). Aspectos sociodemográficos, como idade, escolaridade e situação socioeconômica são fatores preditores para realização do exame, ou seja, mulheres de maior nível socioeconômico tem maior acesso à assistência médica preventiva (FONSECA; GODOI; SILVA, 2010).

Em relação à avaliação da QVRS, há estudos que demonstram que pacientes idosos com câncer tem igual ou até melhor QVRS quando comparados com pacientes mais jovens (ZIMMERMANN et al, 2011). É possível que fatores socioeconômicos e os aspectos relacionados ao incremento da doença possam promover modificadores da QVRS das

pessoas, conforme o acesso ao serviço de saúde, as modalidades terapêuticas, a resposta do organismo à doença e ao tratamento e o apoio recebido pelo paciente.

A cognição é produto da capacidade mental, que permite que o indivíduo adquira, acesse e mantenha um conjunto de conhecimentos. A função cognitiva depende, portanto, do desempenho saudável do cérebro, que possibilite o indivíduo ter de forma adequada atenção, concentração, memorização, respostas aos estímulos externos em tempo hábil, linguagem, atividade motora, habilidade visual e espacial (SKA et al., 2009; JANSEN et al., 2005).

Os participantes do estudo em discussão, além do câncer em fase avançada, são na maioria idosos, não praticam atividade física e têm hipertensão arterial sistêmica, fatores esses que contribuem para a limitação da capacidade cognitiva. A perda da capacidade funcional e o déficit cognitivo são fatores contribuintes para alteração no desempenho de papéis, afetando sobremaneira a QVRS destes indivíduos.

É notório que o processo de envelhecimento provoca ao longo do tempo déficits cognitivos sinalizados por esquecimento de fatos que aconteceram recentemente, dificuldades para realizar cálculos simples e atenção comprometida. Além disso, o desenvolvimento de doenças metabólicas, neurológicas, oncológicas, associado ao sedentarismo, pode comprometer ainda mais a capacidade cognitiva do indivíduo, principalmente no idoso (NORDON et al., 2009).

A respeito da variável escolaridade foi observado que quanto maior o nível de escolaridade, maior será o escore médio, com resultado estatisticamente significativo, em relação à Função Cognitiva; o mesmo resultado foi observado na Função Social, embora sem significância estatística. Foi verificado, ainda, que os participantes que tinham o nível superior apresentaram melhor avaliação da ESG/QV e nas Escalas Funcionais, exceto na Função Emocional, quando comparados com os pacientes de outros níveis de escolaridade.

Na avaliação dos participantes com câncer avançado, em relação à sua renda mensal, foi verificado que os que percebiam de 1 a 3 salários mínimos apresentaram melhor escore médio na ESG/QV, com resultado estatisticamente significativo.

Estes resultados comungam com os achados em um estudo realizado com 397 pacientes com câncer avançado, em sete países diferentes, em que os participantes que tinham grau superior de escolaridade tiveram melhor avaliação nas Funções Cognitiva e Social e na ESG/QV, tendo nesta última resultado estatisticamente significativo (LAM et al, 2013).

Outro estudo realizado em Minas Gerais – BR, que teve como objetivo caracterizar pacientes com câncer hematológico em quimioterapia quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos e associar aos domínios de QVRS, envolvendo 32 participantes, também encontrou

resultados estatisticamente significativos para a variável escolaridade em relação à Função Social, com melhor avaliação para aqueles com maior grau de escolaridade (ANDRADE; SAWADA; BARICHELO, 2013).

A educação exerce um impacto significativo sobre o estado de saúde do indivíduo (COSTA, 2008). A relação entre educação e estado de saúde tem sido tema de alguns estudos que empregam o modelo de Grossman (1972), um referencial teórico que versa sobre a demanda por saúde, em que a educação é reconhecida como um fator que propicia melhora dos cuidados com a saúde a partir de comportamentos e atitudes mais saudáveis. Pessoas com maior nível de escolaridade têm mais acesso às informações, e assim é possível utilizá-las em prol de um melhor estado de saúde.

Reconhecidos como fatores socioeconômicos, a educação e a renda do indivíduo promovem interações e influências para saúde, pois, a renda exerce efeito direto sobre a educação e, conseqüentemente, sobre a saúde. Indivíduo com nível de escolaridade mais elevado tem probabilidade de obter melhor salário e, assim, atender de forma mais satisfatória às suas demandas de saúde, como acesso aos serviços de saúde, consultas médicas, medicamentos, planos de saúde, boa condição de moradia, entre outros (COSTA, 2008, SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012).

Dessa forma, os pacientes com câncer e sem possibilidades terapêuticas de cura, que participaram desse estudo, apresentaram baixo nível escolar e baixa renda mensal, em sua maioria, que podem contribuir para dificuldades em manter bom estado de saúde, principalmente pela ocorrência de uma doença de caráter crônico, que aumenta as demandas de saúde, afetando possivelmente sua qualidade de vida relacionada à saúde,

Isto posto, ressalta-se a dimensão ‘contexto socioecológico’, do Modelo Contextual de Ashing-Giwa (2005), que integra como componentes a escolaridade, situação laboral, renda mensal, fonte de renda, dependentes dessa renda, afastamento laboral, situação de moradia, situação conjugal, filhos, situação financeira, destacados nesse estudo. Tais componentes podem afetar de forma significativa a QVRS de pessoas com câncer, sob o entendimento de que a baixa situação socioeconômica e as condições de vida enfrentadas pelo paciente e seus familiares não lhes sejam favoráveis ao atendimento de suas necessidades, com dificuldades ao acesso aos serviços especializados para atenção à saúde, transportes e dificuldades para seguimento do tratamento.

Na dimensão ‘contexto cultural’ integrante do nível macro do Modelo Contextual de Ashing-Giwa (2005), é discutida a influência dos padrões de comportamentos que são transmitidos entre as famílias, comunidades e sociedades, refletidas nas artes, crenças,

valores, costumes, modos de vida entre outros, que podem ser utilizados pelos indivíduos no enfrentamento do câncer.

No cenário nacional as condições socioeconômicas marcadas pela desigualdade da distribuição de renda, desemprego, baixo nível educacional da população, urbanização crescente, entre outros determinam as condições de saúde repercutindo em baixo desempenho dos serviços de saúde. Estima-se no país que mais de 2/3 da população não realizam atividade física em benefício da saúde, com menor participação das mulheres, de pessoas com menor renda, diminuindo essa prática à medida que a idade avança (GEIB, 2012).

A dimensão ‘contexto cuidado da saúde’ inserido no nível macro do Modelo Contextual de Ashing-Giwa (2005) ressalta o acesso ao serviço de saúde, qualidade do atendimento e qualidade da relação entre profissional de saúde e paciente. Neste estudo, os participantes do estudo demonstraram que 98,4% não tem plano privado de saúde, ou seja, são quase que totalmente dependentes do SUS.

A maioria dos participantes do estudo em tela era procedente de cidades do interior da Paraíba, refletindo fortemente na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demora em obtenção de consulta com médico especialista e realização de exames especializados para o diagnóstico, dando oportunidade para doença avançar sem nenhuma interferência terapêutica. Tais considerações corroboram com a avaliação feita pelos participantes do estudo acerca do seu acesso ao serviço de saúde, que variou de regular (47,2%) a bom (26,0%).

É fato que a população feminina brasileira ainda enfrenta grandes dificuldades ao acesso à detecção precoce do câncer na atenção de média complexidade, notadamente no que diz respeito a consultas especializadas e exames complementares para o diagnóstico de câncer. A chegada do paciente no hospital com câncer em estágio avançado, na maioria das vezes de natureza incurável, reflete bem o grau de organização do sistema de saúde e o acesso a esse tratamento.

Na área de oncologia, os avanços acerca da compreensão do desenvolvimento do câncer e seu tratamento impõe a equipe profissional uma preocupação abrangente sobre o paciente em estado terminal (GARCET; HERNANDEZ; ORUE, 2007). Médicos, enfermeiros e demais profissionais da equipe, tendem a compartilhar a angústia experimentada pelo paciente com câncer e seus familiares diante da dor, perdas de funções, dependência para cuidados, iminência de morte, entre outros. Desse modo, se faz necessário que membros dessa equipe adotem atitudes humanizadas, respeitosas e de compaixão na sua relação com esse paciente, que padece de uma doença incurável e na maioria das vezes encontra-se em fase terminal.

6.2.2 Associação dos Domínios do EORTC QLQ-C30 Segundo Variáveis Clínicas de Pacientes com Câncer sem Possibilidades Terapêuticas de Cura

A associação dos domínios do EORTC QLQ-C30 com variáveis clínicas de pacientes oncológicos, sem possibilidades terapêuticas de cura, indicou que a extensão da doença e a metástase apresentaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Função Física. Sendo observado que pacientes com tumor local apresentaram melhor avaliação na Função Física do que pacientes com tumor com disseminação distante, que tiveram a pior avaliação. Por outro lado, pacientes com metástase apresentaram pior avaliação da Função Física em relação aos que não a tiveram.

Os tumores ao se desenvolverem provocam alterações na estrutura anatômica e fisiológica do local de origem, comprometendo de forma crescente o funcionamento orgânico; e, associados aos sintomas que surgem em decorrência destas alterações podem prejudicar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas acometidas de câncer. Os tumores malignos são capazes de invadir e disseminar-se pelo corpo, com crescimento neoplásico secundário e sem continuidade com o foco primário, constituindo a metástase (BRASIL, 2010).

Quando a metástase ocorre em alguns pacientes com câncer, o tratamento torna-se ineficaz, levando a pessoa à situação de incurabilidade, instituindo-se, então, o tratamento para alívio dos sintomas e melhor conforto físico, emocional e espiritual, denominado de cuidados paliativos. A maior parte das mortes por câncer ocorre em pessoas com metástase disseminada pelos tumores malignos, sendo responsáveis por cerca de 90% dos óbitos (BAKITAS et al., 2009).

Estudo realizado por Gerrard et al (2003), com 18 pacientes com metástase cerebral, avaliou a QVRS desses pacientes em três momentos utilizando o instrumento EORTC QLQ-C30 e o seu módulo específico para câncer de cabeça – QLQ-BN20. Os resultados apontaram que os pacientes tiveram baixos escores na Função Física e Social, antes e após tratamento com radioterapia.

Outro estudo realizado com 369 pacientes, com câncer avançado, com metástase cerebral (n=150), óssea (n=190) e de pulmão (n=29), utilizou o instrumento EORTC QLQ C-30 e o seu módulo específico para pacientes em cuidados paliativos QLQ C15-PAL, mostrando que os escores mais baixos foram atribuídos à Função Física da Escala funcional (CAISSIE, 2012).

Os resultados desses dois estudos, realizados no contexto internacional, corroboram os que foram encontrados em nosso estudo, o que nos faz atribuir que para os participantes do estudo, quanto mais disseminada a neoplasia pior sua capacidade funcional, podendo causar impacto negativo para a sua qualidade de vida relacionada à saúde de forma geral.

No que se refere ao tratamento para o câncer, foi observado que a radioterapia teve associação estatisticamente significativa na Função Social e que, à medida que aumentava o número de sessões de radioterapia, os pacientes apresentaram pior avaliação da dimensão Função Física.

A radioterapia compõe o elenco de modalidades terapêuticas para o controle do câncer, sendo considerado um tratamento capaz de promover destruição de células tumorais, na perspectiva de reduzir a possibilidade de recorrência do tumor local e aumentar a sobrevida do paciente. No entanto, a radiação ionizante que atravessa os tecidos normais até atingir o tumor provoca efeitos tóxicos, com alterações bioquímicas e físicas ao organismo (GOMIDE et al., 2009, SCHNUR et al., 2012).

Os efeitos colaterais mais comuns da radioterapia são dor, prejuízo na mobilização, alteração sensitiva local, fadiga, alterações na função pulmonar, entre outros. Dentre as alterações citadas, a fadiga referida pelo paciente, por ser de causa multifatorial, pode ser responsável pela dificuldade ou incapacidade de executar as atividades de vida diária, bem como comprometer as relações sociais e familiares (DAGNELIE et al., 2007, LEE et al., 2008).

As alterações orgânicas impostas pela doença e pela toxicidade advinda da radioterapia podem justificar a diminuição da capacidade funcional dos pacientes participantes do estudo em análise, bem como da função social, justificada pela indisposição física, alterações de sua imagem corporal, período prolongado de hospitalização com restrições de visitas, entre outros fatores que podem influenciar as atividades sociais do paciente.

Estes resultados diferem do estudo realizado no Canadá por Chen et al. (2012), no qual foi avaliada a QVRS de 38 pacientes com metástase cerebral, que se submeteram ao tratamento radioterápico, mediante aplicação das escalas do EORTC QLQ-C30 e QLQ-BN20. Neste estudo não foram observados resultados estatisticamente significativos para a Escala ESG/QV e Escalas Funcionais, nem no início, nem no seguimento do tratamento, no entanto os resultados mostraram elevação dos escores das Escalas Funcionais refletindo resultados mais favoráveis em relação ao controle da doença.

Outro estudo realizado na Noruega com 248 mulheres com câncer de mama, que foram referidas para radioterapia após mastectomia, teve como objetivo relatar os efeitos iniciais da radioterapia sobre a QVRS destas pacientes. Os resultados indicaram que os escores da ESG/QV e de todas as Escalas Funcionais permaneceram estáveis; 34% das pacientes relataram diminuição da QVRS, 29% relataram aumento e 37% não relataram mudanças durante o tratamento (REIDUNSDATTER et al., 2011).

No entanto, embora a literatura aponte que as medidas terapêuticas utilizadas no câncer, a exemplo da radioterapia, causem alterações importantes no exercício de funções físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, os resultados encontrados, no presente estudo e naqueles mencionados nos parágrafos anteriores, não nos permitem chegar a um consenso acerca da avaliação da QVRS em decorrência da radioterapia, pois as amostras dos estudos aqui explanados são diversificadas no que diz respeito à localização do câncer primário, áreas de metástases, modalidade e intensidade do tratamento, o que poderá influenciar na avaliação da QVRS em dadas circunstâncias.

Com relação ao tempo de hospitalização, houve associação estatisticamente significativa para todos os domínios da Escala Funcional, sendo que os pacientes que permaneceram por mais de um mês no hospital apresentaram melhor avaliação em todas as dimensões da Escala Funcional. Esses resultados sugerem que o tratamento hospitalar esteja mantendo o quadro sintomático do câncer sob controle e minimizando os sintomas; que o suporte dado pela equipe de saúde esteja sendo satisfatório às necessidades de cuidados dos pacientes. Não foram localizados outros estudos que abordassem associação entre tempo de hospitalização e qualidade de vida de pacientes com câncer avançado.

Na avaliação da associação entre a variável clínica metástase e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30, para os domínios da Escala de Sintomas e seus itens, foi encontrada associação estatisticamente significativa para os sintomas fadiga e constipação, sendo observado que pacientes sem metástase apresentaram melhor avaliação em relação a esses sintomas.

A fadiga é um sintoma de grande prevalência, sendo relatada em torno de 50% a 90% dos pacientes com câncer, além de ser citada como um sintoma estressante, que diminui a capacidade funcional do paciente, afeta negativamente a satisfação pessoal, prejudica suas atividades diárias de vida, com impacto significativo em vários domínios da qualidade de vida da pessoa (MOCK et al., 2007; LIS et al., 2009; LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Estudo realizado no Canadá com 276 pacientes com câncer avançado, com metástase óssea, cerebral e pulmonar e em cuidados paliativos foram avaliados prospectivamente,

mediante aplicação do instrumento EORTC QLQ-C15PAL, em dois momentos (no primeiro contato e um mês posteriormente). Como resultados na Escala de Sintomas, a presença da fadiga foi classificada como pior avaliação nos dois momentos do estudo, com significância estatística, enquanto que constipação teve escores baixos, porém sem significância estatística (BEDARD et al., 2013).

Estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, São Paulo, com 30 pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia, dentre estes sete apresentavam metástase. A avaliação da QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30 apresentou resultado altamente significativo para o sintoma constipação ($p \leq 0,001$), provavelmente decorrente do protocolo de quimioterapia utilizado nestes pacientes, desencadeando sintomas gastrointestinais (SAWADA et al., 2009).

Estudo de revisão sistemática realizado em três bases de dados – CINHALL, EMBASE e MEDLINE - reuniu 46 estudos, com um total de 26.223 pacientes com o objetivo de obter uma estimativa confiável de prevalência de sintomas em pacientes com câncer incurável. A constipação foi apresentada por 2.219 pacientes citados em seis estudos da revisão sistemática, com prevalência de 29%, considerada baixa em relação à fadiga (88%), perda de peso (86%), fraqueza (74%), perda do apetite (56%) e dor (45%), entre outros (SASKIA et al., 2007).

Com relação à extensão da doença e à QVRS medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, foi encontrada associação estatisticamente significativa para fadiga e dispneia, com os pacientes com tumor local apresentando melhor avaliação desses sintomas.

Fadiga é um sintoma caracterizado como uma diminuição da energia corporal, da capacidade mental e do estado psicológico, que associada à doença oncológica e ao tratamento recebido poderá causar impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (LUNDH; WENGSTROM; FURST, 2009).

A dispneia, caracterizada como sintoma desconfortável do sistema respiratório, é um problema significativo em pacientes com câncer avançado, numa ocorrência de 21 a 79% e um forte preditor da QVRS (GRUPTA; LIS; GRUTSCH, 2007).

Pelo fato de haver menor extensão da agressão tecidual em pacientes com tumor maligno localizado, o quadro sintomático é menos intenso do que naqueles pacientes com disseminação tumoral. No entanto, observa-se no nosso estudo que os participantes com tumor com disseminação distante apresentam maior intensidade da Fadiga e Dispneia, com o mesmo comportamento para os demais sintomas da Escala, exceto diarreia.

Pacientes oncológicos com doença progressiva tendem a apresentar prevalência mais elevada de sintomas não controlados, com ênfase para fadiga, dor, dispneia e anorexia, com interferência significativa na capacidade funcional dos pacientes (MOLASSIOTIS et al., 2011).

Em estudo realizado em São Paulo, Brasil, com 30 pacientes com câncer de pulmão, a dispneia foi referida por cerca de 60% dos pacientes no momento do diagnóstico (OLIVEIRA et al, 2013), o que mostra que se trata de um tipo de câncer que o diagnóstico geralmente ocorre em fase tardia da doença. No nosso estudo, a dispneia teve associação significativa com extensão da doença, observando-se que a intensidade do sintoma se deu à medida que o tumor se disseminava pelo organismo.

A associação entre a variável clínica tempo de diagnóstico e a QVRS, medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, demonstrou diferença estatisticamente significativa para o sintoma constipação. Os pacientes que tiveram o diagnóstico de câncer entre 6 a 12 meses apresentaram melhor avaliação desse sintoma. Esse resultado aponta para a possibilidade de que o sintoma esteja sob controle pelo tratamento implementado.

Na avaliação entre o procedimento cirúrgico e a QVRS, medida pelos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, foi observada associação estatisticamente significativa para os itens insônia e diarreia, tendo melhor avaliação desses sintomas os pacientes que se submeteram ao procedimento de biópsia, enquanto que pacientes que se submeteram à retirada total do órgão apresentaram pior avaliação desses sintomas.

Alterações no padrão do sono, a exemplo da insônia, podem apresentar-se de forma frequente, configurando-se como um problema importante em pacientes com câncer (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012), que pode estar relacionado diretamente com a doença, consequências dos tratamentos realizados e estresse emocional ocasionado por medo, incertezas e preocupações em relação ao futuro.

O desgaste emocional provocado pela hipótese ou confirmação diagnóstica de câncer pode gerar diversos sintomas, entre esses a insônia, falta de apetite, tristeza, entre outros, com alterações na funcionalidade da pessoa. A mutilação decorrente da extirpação de um órgão, quer seja parcial ou total, pode gerar sensação de incapacidade, alteração da imagem corporal e trazer impacto em graus variados para a qualidade de vida relacionada à saúde da pessoa, conforme a área anatômica e o sistema corporal afetado.

Na avaliação dos pacientes deste estudo, o sintoma diarreia teve a pior avaliação na associação com a retirada total do órgão. Como aqui não foi caracterizado qual o órgão ou de qual sistema orgânico ele fora retirado, não se pode levantar discussões acerca do fato; no

entanto, considerando que pacientes em pós-operatório por carcinoma podem ser submetidos a tratamentos antineoplásicos, como a radioterapia e quimioterapia, isoladas ou combinadas, há possibilidade de ocorrência desse sintoma pelos efeitos adversos comumente associados a esses tratamentos, principalmente a radioterapia.

A ação da radiação sobre o tecido humano é capaz de provocar várias alterações anátomofisiológicas como diarreia radiodermite, dispareunia, disúria, entre outros, sendo fator importante para impacto negativo na QVRS (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Com relação à associação da quimioterapia e aos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, foi encontrado resultado significativo para os domínios Perda de apetite, Fadiga, Dor e Dispneia, demonstrando que os pacientes que fizeram quimioterapia apresentaram pior avaliação desses sintomas, ou seja, esses estiveram mais presentes nesses pacientes. Mesmo sem significância estatística, observa-se que os pacientes que fizeram quimioterapia tiveram pior avaliação em todos os outros sintomas da escala, com comprometimento nas funções físicas, emocionais, desempenho de papel, cognitiva e emocional, com consequente diminuição da avaliação do estado geral de saúde, justificado por escore médio de 28,5.

Resultados com algumas semelhanças foram encontrados em pacientes (n=30) com câncer em quimioterapia, em um estudo realizado, demonstrando, através do EORTC QLQ-C30, que na escala de sintomas houve escore mais elevado de insônia, seguido de dor, fadiga, perda de apetite, constipação, dispneia, náuseas e vômitos, bem como prejuízo de escalas funcionais e do estado geral de saúde.

Estudo realizado com 169 pacientes espanhóis, com câncer avançado de pulmão (n=169), que se submeteram ao tratamento quimioterápico (com proporção representativa), combinado com radioterapia, mostrou que nestes pacientes, em consonância com nossos resultados, houve limitações no ESG/QV e nas Escalas Funcionais e mais intensidade dos sintomas fadiga, distúrbios do sono, dispneia e perda do apetite, alertando ainda que estes resultados foram similares aos da avaliação realizada antes e após o tratamento. Houve diferença com relação à dor, não sendo no estudo em comparação um sintoma de significância estatística, justificado pelos autores como sintoma controlado no curso do tratamento. (ARRARAS URDANIZ et al, 2005).

O propósito do tratamento quimioterápico, em pacientes com câncer avançado sem possibilidades terapêuticas de cura, de aliviar sintomas, promover conforto e retardar a progressão da doença ainda é controverso, pois esta modalidade, conforme o protocolo

terapêutico adotado poderá causar efeitos colaterais importantes no paciente em detrimento dos benefícios esperados, afetando de forma contundente sua qualidade de vida relacionada à saúde (SUN, 2006; TEMEL et al, 2010).

A associação entre o tempo de hospitalização e os domínios da Escala de Sintomas e de seus itens do EORTC QLQ-C30 apresentou resultado estatisticamente significativo para os sintomas fadiga, dor, perda de apetite, insônia, náuseas e vômitos, com pior avaliação para os pacientes com menos de 1 mês de hospitalização.

Os resultados apontam para a possibilidade de que os sintomas relacionados ao câncer, apresentados pelos pacientes com doença avançada e sem possibilidades terapêuticas de cura, sejam de maior repercussão em pacientes sem uma condução terapêutica adequada e direcionada ao controle dos sintomas para maior conforto físico e psicológico, visto que os participantes, com menos de 1(um) mês de hospitalização, tiveram maior intensidade desses sintomas, com consequente prejuízo em sua QVRS.

A associação entre a Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis sociodemográficas demonstrou que os pacientes aposentados apresentaram menor dificuldade financeira, tanto em relação à situação laboral atual quanto à fonte de renda, com resultados estatisticamente significativos. Também houve menor dificuldade financeira para aqueles com renda mensal de 4(quatro) a 5(cinco) salários mínimos e melhor avaliação da situação financeira para aqueles que a classificaram como Muito boa/Boa, com resultados estatisticamente significativos.

Considerando que a maior parte dos participantes, deste estudo, estava aposentada e que tinha renda mensal garantida, os resultados indicam que as dificuldades financeiras tiveram, obviamente, melhor avaliação à medida que aumentava a renda mensal. É importante ressaltar que a fonte de renda, mencionada pelos participantes, advinha da aposentadoria, situação laboral característica da faixa etária da maioria dos participantes.

Estes resultados também foram encontrados em um estudo realizado no interior de São Paulo, com 60 pacientes com câncer colorretal, com idade média de 65 anos, apontando para 43,8% desses como aposentados, com renda em torno de 2 (dois) salários mínimos. (PEREIRA et al., 2012). Outro estudo, realizado no Triângulo Mineiro, em Minas Gerais, com 32 pacientes com câncer hematológico, sendo a maioria com idade de 60 anos acima, aposentada e com renda de 2 (dois) a 4(quatro) salários mínimos, também demonstrou que quanto menor a renda, maior a média para dificuldade financeira (ANDRADE; SAWADA; BARICHELO, 2013). A associação entre a Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis clínicas apresentou, com resultado significativo, melhor avaliação da dificuldade

financeira para tempo de internação superior a 1 (um) mês e para aqueles pacientes que referiram ausência da doença Diabetes.

Os resultados sugerem que pelo fato de os pacientes encontrarem-se hospitalizados, as despesas pessoais e relacionadas ao tratamento do câncer tenham sido reduzidas, uma vez que estas necessidades estejam sendo atendidas no contexto hospitalar.

Pacientes com câncer e que não tinham diabetes, como comorbidade, tiveram melhor avaliação em relação à dificuldade financeira, visto que a presença de uma doença crônica como o diabetes torna-se onerosa para o paciente, pois mesmo que eles sejam beneficiados pelo SUS, com a distribuição gratuita dos medicamentos para controle da doença, há despesas relacionadas à alimentação, ao transporte entre sua residência e os serviços especializados de atenção à saúde, entre outros.

Conclusões

7 CONCLUSÕES

A realização desse estudo, envolvendo 127 pacientes com câncer, que teve como objetivos caracterizar pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos, descrever a QVRS de acordo com as dimensões integrantes do EORTC QLQ-C30, e associar a QVRS com os aspectos sociodemográficos e clínicos desses pacientes permitiu a obtenção das conclusões mencionadas a seguir.

Os resultados encontrados na caracterização sociodemográfica evidenciaram que a prevalência foi maior nas mulheres, a idade média dos participantes foi de 63 anos, corroborando dados encontrados em outros estudos. A maioria é de cor parda, casado e com união estável, com cerca de um a três filhos, com baixa escolaridade, religião católica. Com relação à condição de moradia, a maior parte reside em zona urbana, mora em casa própria, na companhia do(a) esposo(a) e com tempo de moradia há mais de cinco anos, referindo boa relação familiar. Estes achados refletem a realidade sociodemográfica dos brasileiros divulgada através de estudos censitários recentes.

No que se refere à situação financeira, a maioria está aposentada, com renda mensal de um a três salários mínimos, sendo avaliada por eles como uma situação de regular a péssima. Com relação aos aspectos sociais, a grande maioria não pratica nenhuma atividade física e dentre os que praticam referem que fazem caminhadas, tendo a televisão como recurso de lazer. A condição de aposentadoria da maioria dos participantes é compatível com a faixa etária dos mesmos, conforme panorama demográfico nacional, marcada por baixa remuneração, não compatível com as despesas que o idoso demanda no que diz respeito à alimentação, acesso aos serviços e saúde, medicamentos, transporte, entre outros.

Quanto à caracterização clínica dos pacientes em estudo, os resultados mostraram que nas mulheres, o câncer primário mais prevalente foi o ginecológico (útero e ovário), seguido de mama e colorretal, enquanto que nos homens foram os de próstata, cabeça e pescoço e pulmão. A maioria dos pacientes teve diagnóstico de câncer há menos de seis meses, estava com disseminação regional e distante do tumor primário, com metástase, havia se submetido à biópsia, não havia realizado radioterapia, nem quimioterapia e estava hospitalizado há menos de um mês. Com relação à presença de sintomas, os participantes do estudo referiram sentir, em maior ocorrência, dor, fadiga e sintomas gastrointestinais. Quanto às doenças associadas ao câncer, foi observada com maior frequência a hipertensão arterial sistêmica e anemia, porém atingindo menos que 50% do total da amostra.

A avaliação da QVRS, com base nos escores obtidos do instrumento EORTC QLQ-C30, mostrou que o Estado de Saúde Global dos participantes teve avaliação muito baixa, sendo compatível com os resultados obtidos na avaliação das Escalas Funcionais e de Sintomas, com pior avaliação para Desempenho de papel, Função física e Função social; e na Escala de Sintomas, foi observado que dor, fadiga, insônia e perda do apetite foram os de maior intensidade, como também na escala Dificuldade financeira, com pior avaliação.

A associação dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, mostrou que houve associação significativa da faixa etária e escolaridade com Função cognitiva; e renda mensal com Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida.

A associação dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo dados clínicos dos participantes, mostrou associação significativa em extensão da doença e metástase com Função física, radioterapia com Função social; o tempo de hospitalização teve associação significativa com todos os domínios da Escala Funcional.

Com relação à associação dos itens da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, avaliados pelos pacientes com câncer, foram encontradas as seguintes associações significativas: fadiga teve associação com extensão da doença, metástase, quimioterapia e tempo de hospitalização; náuseas e vômitos tiveram associação com tempo de hospitalização; dor teve associação com quimioterapia e tempo de hospitalização; dispneia teve associação com extensão da doença e quimioterapia; insônia teve associação com procedimento cirúrgico; perda de apetite teve associação com quimioterapia; constipação teve associação com metástase e tempo de diagnóstico; e, diarreia teve associação com procedimento cirúrgico.

A associação dos escores da escala Dificuldade Financeira do EORTC QLQ-C30 com as variáveis dos dados sociodemográficos mostrou associação significativa com a situação laboral atual, fonte de renda, renda mensal e situação financeira. E na associação com variáveis dos dados clínicos, a associação encontrada foi com tempo de hospitalização e com diabetes.

Os resultados ora apresentados nos mostram que os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura afetaram de forma significativa sua QVRS, principalmente com relação aos domínios Função física e Função cognitiva. Assim, o prejuízo na capacidade funcional, pelo impacto de uma doença como o câncer, afeta a capacidade para desempenhar suas atividades de vida diária, suas relações sociais, e sobremaneira sua situação financeira.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos incluindo pacientes com câncer têm sido realizados no intuito de medir sua qualidade de vida relacionada à saúde como subsídios para um cuidado integral. Avaliar a QVRS em pacientes com câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura, é de certa forma um tanto complexo, haja vista a diversidade de variáveis demográficas, sociais e clínicas que podem interferir na condição física, emocional, espiritual e financeira do paciente, refletindo na autopercepção de QVRS destes pacientes.

A cultura de um povo é de fundamental importância para a qualidade de vida, uma vez que as concepções, estilo de vida, acesso aos recursos de informações, nível de escolaridade, condição socioeconômica e outros exercem influências sobre práticas cotidianas para uma vida saudável, tais como acesso aos serviços de saúde, alimentação saudável, prática de atividades físicas e utilização de medidas preventivas de doenças.

O paciente com câncer avançado experimenta vários sintomas inerentes ao curso da doença e/ou decorrentes de medidas terapêuticas, tais como dor, fadiga, náusea e vômitos, perda do apetite, perda de peso, alterações do padrão do sono, diarreia, constipação, dispneia, entre outros de menor ocorrência, que interferem em níveis variados e de significância no desempenho da função física, na função emocional, social e espiritual dos pacientes e de seus cuidadores, influenciando negativamente a QVRS.

No desenvolvimento e resultados do presente estudo foram encontradas algumas limitações. A primeira se deve ao fato de ser um estudo transversal, que não permite uma avaliação *a posteriori* para dar maior sustentabilidade aos resultados encontrados, no entanto, um seguimento com pacientes, com essa condição clínica, poderá resultar em perda de uma amostra estatisticamente significativa em decorrência da condição de doença deste paciente, pela iminência de morte.

A segunda, a despeito das evidências empíricas e de vários estudos internacionais, envolvendo avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer, não se dispõe de dados mais abrangentes no Brasil sobre a QVRS de pacientes com câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura, que possibilitem um confronto dos resultados e suscitem reflexões sobre a influência cultural regional e do sistema de saúde ofertado na avaliação da qualidade de vida nesse segmento.

De fato, há vários estudos no contexto nacional abordando qualidade de vida, mas, envolvendo em sua maioria pacientes com câncer específico; além do mais, a região Nordeste

participa apenas com cerca de 3% destes estudos em nível nacional, conforme revisão sistemática sobre a temática realizada em 2009, o que de certa forma cria vieses quando da busca por evidências semelhantes ou contrárias aos achados no estudo.

Na mencionada região ainda é incipiente o cuidado direcionado ao paciente com câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura. Sabe-se que esses pacientes necessitam de atendimento qualificado, humanizado, na perspectiva da filosofia dos cuidados paliativos. Além disso, os serviços especializados em oncologia não dispõem de unidade de cuidados paliativos de fato, com protocolos, normas e rotinas; há, pois, a participação de alguns profissionais em tentar oferecer a esse paciente alívio da dor e melhor conforto físico, espiritual e emocional, sem seguir protocolos.

Portanto, espera-se que este estudo possa suscitar novas investigações e que possa contribuir para reflexões e discussões entre gestores e profissionais de saúde no sentido de tornar possível a criação de unidades de cuidados paliativos para o atendimento destes pacientes e de seus familiares/cuidadores.

Considerando a complexidade do tema qualidade de vida e câncer, sugere-se que novos estudos abordando essa temática sejam realizados por pesquisadores de diversas áreas da saúde, de forma que os resultados sejam analisados sob a ótica de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, e que possibilitem planejamentos para atenção à saúde desses pacientes, no sentido de promover mais dignidade e melhor QVRS.

Referências

REFERÊNCIAS

ABS. **Measuring Wellbeing**: Frameworks for Australian Social Statistics. Canberra: AGPS, 2001. Disponível em: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4160.0> Acesso em: 27 nov. 2011.

ABEGUNDE, D. O, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 370, p. 1929–38, 2007.

ALBUQUERQUE, K. M. et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p.301- 309, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012. Acesso em: 18 dez.2012.

ALMEIDA, L. H. R. B.; PEREIRA, Y. B. A. S.; OLIVEIRA, T. A. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n. 4, p. 482-7, 2008.

ALVES, L. C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.

_____. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1199-207, 2008.

ALVES, L. C; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 333-41, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf> . Acesso em: 02 jan. 2014.

ALVES, L.C., et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saude Publica**, .v. 23, n. 8, p. 1924-930, 2007.

ALVES, V. S. et al. Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica. **Rev. Bras. de Cancerologia**., v. 57, n. 2, p.199-206, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf. Acesso em: 08 jan. 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2012**. Atlanta: American Cancer Society, 2012. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION. Colorectal cancer screening & treatment for the uninsured. Bethesda (MD) [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.gastro.org/advocacy-regulation/legislative-issues/colorectal-cancer-screening-treatment-for-the-uninsured>. Acesso em: 20 set. 2013.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355-61, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/58512/61509>. Acesso em: 14 nov. 2013.

ARGILÉS, J. M. et al. Consensus on cachexia definitions. **J Am Med Assoc.**, v.11, n. 4, may., 2010

ARONSON, N. K. 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. **Jour. Natl. Cancer Inst.** v. 85, n. 5, p. 365-76, 1993. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>. Acesso em: 05 jul 2011.

ARRARAS URDANIZ, J. I. et al . Quality of life assessment in Spanish lung cancer patients by the EORTC questionnaires. **Oncología (Barc.)**, Madri, v. 28, n. 4, p. 174-182, 2005. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000400002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2014.

ASHING-GIWA, K. T. et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: a Qualitative, multiethnic study. **Psychooncology.** v.13, n.0, p.709–728, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15386644> Acesso em: 22 fev. 2012.

_____. Examining predictive models of HRQOL in a population-based, multiethnic sample of women with breast carcinoma. **Quality of Life Research.** v. 16, p. 413–428, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279444>. Acesso em: 23 fev. 2012.

ASHING-GIWA, K. T. Can a culturally responsive model for research design bring us closer to addressing participation disparities? Lessons learned from cancer survivorship studies. **Ethnicity & Disease.** v. 15, 2005. Disponível em: <http://www.docstoc.com/docs/42610117/can-a-culturally-responsive-model-for-research-design-bring> Acesso em: 20 fev. 2012.

ASHING-GIWA, K., GANZ, P. A., PETERSEN, L. Quality of life of african-american and white long term breast carcinoma survivors. **Cancer.** v. 85, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10023710> Acesso em: 20 fev. 2012.

ATLAS DO CENSO DEMOGRÁFICO, 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2013, 160p . Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas. Acesso em: 04 mar. 2012.

BAKITAS, M. *et al.* Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. **Jama**. v. 302, n. 7, p. 741-9, 2009.

BANG, S. M., *et al.* Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. **Support Care Cancer**, v. 13, n. 7, p. 515–521, jul., 2005.

BEDARD, G. *et al.* Minimal important differences in the EORTC QLQ-C30 in patients with advanced cancer. **Asia_Pac J Clin Oncol**. v. 13, apr., 2013.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf. Acesso em: 03 jan. 2014.

BJORDAL, K. *et al.* A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. **Eur. J. Cancer**. v.36, n.14, p.1796-1807, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10974628>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BLAZEBY, J. M. *et al.* EORTC Quality of Life Group. Development of a questionnaire module to supplement the EORTC QLQ-C30 to assess quality of life in patients with hepatocellular carcinoma, the EORTC QLQ-HCC18. **Eur. J. Cancer**. v. 40, n. 16, p. 2439-44, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15519517>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BOER, M. F., *et al.* Physichal and psycosocial correlates of head and neck cancer: a review of the literature. **Otolarynoglogy Head and Neck Sugery**, v.120, n.3, p.427-436, 1999. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0194599899702871>. Acesso em: 23 fev. 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOTTOMLEY, A.; AARONSON, N. K. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. International perspective on healthrelated quality-of-life research in cancer clinical trials: the European Organisation for Research and Treatment of Cancer experience. **Jour. Clin. Oncol**. v.25, p. 5082-5086, 2007. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/25/32/5082.full.pdf+html> . Acesso em: 10 jul. 2013.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão (QLQ-LC 13) da Organização Européia para pesquisa e tratamento do câncer**. 2006. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação – **Manual de bases técnicas da oncologia** – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 16 out. 2013.

_____. Portaria nº 102, de 3 de fevereiro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Seção 1, Brasília, 7 fev. 2012. 2012a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=07/02/2012>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Nota técnica nº 1.131/2012**. Brasília, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2013.

_____. **Vacina contra HPV em meninas**. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/01/meninas-de-11-a-13-do-df-serao-imunizadas-contr-o-hpv>. Acesso em: 10 jan 2014.

BRAWLEY, O. W.; ANKERST; D. P.; THOMPSON, I. M. Screening for Prostate Cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**. v. 59, n. 4, p. 264-273, 2009. Disponível em: <http://cacancerjournal.org>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRITO, A. dos S. et al. Estimates of thyroid cancer incidence in Brazil: an approach using polynomial models. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1441-1444, jul., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/19.pdf> . Acesso em: 02 mar. 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 01, p. 163-177, jan./mar., Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em: 12 mar. 2012.

CAISSIE, A. et al., EORTC QLQ-C15-PAL quality of life scores in patients with advanced cancer referred for palliative radiotherapy. **Support Care Cancer**, v. 20, p. 841–848, 2012.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CAMPOS, M. P. de O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.57, n.2, p.211-219, 2011.

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_arttext Acesso em: 23 fev. 2012.

CARVALHO, S. H. G.de. **Estudo sobre mortalidade, co-morbidades, adesão ao tratamento e sobrevida de pacientes portadores de câncer bucal em Campina Grande – PB**. 2009.77fls. Dissertação (Mestrado em Diagnóstico Bucal). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – Pb. 2009.

CARVALHO, R. M; SILVÉRIO, G. C. **Qualidade de vida ao paciente terminal com câncer**. In: 1º Prêmio de Oncologia Novartis – Saúde Brasil, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Surveillance of demographic characteristics and health behaviors among adult cancer survivors. Behavioral risk factor surveillance system, United States, 2009. **MMWR**, v. 61, n. 1, 2012. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6101a1.htm>. Acesso em: 09 set. 2013.

CHEN, E., et al. Quality of life in patients with brain metastases using the EORTC QLQ-BN20 and QLQ-C30. **J Radiat Oncol.**, v.1, p. 179–186, 2012.

CORREIA, F. R. **Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS)**. 2012. 145fls. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

COSTA, R. R. F. **O efeito da educação sobre o estado de saúde individual no Brasil**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado em Economia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas) Universidade Federal de Minas Gerais/Cedeplar, 2008.

CULL, A. et al. EORTC Quality of Life Group [European Organization for Research and Treatment of Cancer]; Scottish Gynaecological Cancer Trials Group. Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaire module to assess the quality of life of ovarian cancer patients in clinical trials: a progress report. **Eur. J. Cancer**. v. 37, n. 1, p. 47-53, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11165129>. Acesso em: 10 jul. 2013.

DAGNELIE, P. C., et al. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. **Ann Oncol.**, v.18, n. 5, p. 940-4, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8, jul./ago., 2003 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017. Acesso em 25 nov. 2011.

DIAS, L. D. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa – PB. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n.1, p. 86-96, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2215>. Acesso em 28 out. 2013.

DIAS, V. M. et al. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 21, n. 2, p. 104-10, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. p. 61-74, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 05. out. 2013.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a populationbased study in southern Brazil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 275-82, jan./fev., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100030. Acesso em: 20 dez. 2013.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, suppl. 1, p. 126-134, 2012.

DUVAL, P. A. et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. **Rev. Bras. de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.207-212, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/05_artigo_caquexia_pacientes_internados_domiciliar.pdf. Acesso em: 28 out. 2012.

FAYERS P, BOTTOMLEY A. EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC – the EORTC QLQC30. European Organization for Research and Treatment of Cancer. **Eur. J. Cancer**. v. 38, p.125-133, Suppl 4. 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11858978>. Acesso em: 05 jul. 2012.

FAYERS, P. M. et al. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd edition). Brussels: EORTC, 2001. 78p. Disponível em: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>. Acesso em: 09 set. 2011.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 8, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf. Acesso em: 24 out. 2013.

FERREIRA, A. B. de H. **Aurélio**: dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, M.S.; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, supl. 207-219, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63009922>. Acesso em: 07 dez. 2013.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FONSECA, L. A. M.; ELUF-NETO, J.; WUNSCH FILHO, V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.3, p.309-12, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a15.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2012.

FONSÊCA W; GODOI, S. D. C, SILVA, J.V.B. Papanicolau na terceira idade: conhecimento e atitude das idosas cadastradas em Estratégia de Saúde da Família da cidade de Itaporã – MS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 7, n.3, p. 356-368, set./dez., 2010.

FRABLE, D. E. S. Gender, racial, ethnic, sexual, and class identities. **Annual Review of Psychology Annual**. v. 48, n. 24, p. 139, 1997. Disponível em: http://maxweber.hunter.cuny.edu/pub/eres/SOC217_PIMENTEL/frable.pdf. Acesso em: 18 fev. 2012.

GARCET, M. A. C.; HERNANDEZ, A. I. J; ORUE, I. T. Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005). **Rev. Cubana Enfermer.**, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_2_07/enf02207.htm. Acesso em: 05 jan. 2014.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1. p.123-133, 2012.

GIESINGER, J. M. et al. Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. **Journal of Palliative Medicine**. v. 14, n. 8, p. 904-11, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21711125>. Acesso em: 03 jan. 2014.

GIRONDE, J. B. R.; WATERKEMPER, R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enferm.**, v.11, n.3, p.258-263, 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/7313>. Acesso em 25 out. 2012.

GOMIDE, L. B. The long-term impact of breast radiotherapy on dyspnea and pulmonary function. **Breast J.**, v.15, n.5, p.560-1, 2009.

GOZZO, T. O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.3, p.110-116, 2013.

GREIMEL, E. R. et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. **Cancer**. v. 107, n. 8, p. 1812-22, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977652>. Acesso em: 10 jul.2013.

GROENVOLD, M. et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. **Eur. J. Cancer**. v. 42, p. 55-64, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16162404>. Acesso em: 10 jul. 2013.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. DE M.; MENDONÇA, G. A. e S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf Acesso em: 30 dez. 2013.

GUERRERO, G. P. **Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. Ribeirão Preto, 2011. 121f. Dissertação. (Mestrado Enfermagem Fundamental) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

GUPTA, D.; LIS, C. G.; GRUTSCH, J. F. The relationship between dyspnea and patient satisfaction with quality of life in advanced cancer. **Support Care Cancer**, v. 5, n. 5, p. 533-8, 2007.

HAGELIN, C. L.; SEIGER, Å.; FÜRST, C. J. Quality of life in terminal care—with special reference to age, gender and marital status. **Support Care Cancer**, v. 14, n. 4, p. 320–328, 2006.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, n. 11, p. 1894-900, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14600556>. Acesso em: 08 jan. 2014.

HANNA, S. A.; MARTA, G. N., SANTOS, F. S. O médico frente a novidades no tratamento do câncer: quando parar? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 588-593, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302011000500020&script=sci_arttext. Acesso em: 22 out. 2012.

HOEKSTRA, J. et al. The symptom monitor. A diary for monitoring physical symptoms for câncer patients in palliative care: feasibility, reliability and compliance. **Journ. Pain Symptom Manage**, v. 27, n. 1, p. 24-35, 2004.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INDIA. Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. National Cancer Control Programme. Manuals for Training in Cancer Control. **Manual for Health Professionals**. Nova Deli, 2005. Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/Cancer_resource_Manual_2_Health_Pro.pdf. Acesso em: 12 jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**: Pirâmide Etária. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/piramide_etaria. Acesso em: 09 set. 2013.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2012. Rio de Janeiro, p.1-293, IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2012**: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. **Câncer de mama**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_ma_ma/. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. **Estimativa 2014:** Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo05.action>. Acesso em: 19 jan. 2014.

JANSEN, C. J. et al. Potential mechanisms for chemotherapy induced impairments in cognitive function. **Oncol . Nurs. Forum**, v. 32, n. 6, p. 1151-61, 2005.

JORGE, L. L. R., SILVA, S. R. da. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, set-out 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_03.pdf. Acesso em: 04 abr. 2013.

KAGAWA-SINGER , M.; PADILLA , G.V.; ASHING-GIWA, K. Health-related quality of life and culture. **Seminars in Oncology Nursing**. v. 26, n. 1, p. 59-67, feb. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20152579>. Acesso em: 25 nov. 2011.

KAGAWA-SINGER, M. Population science is science only if you know the population. **Journ. Cancer Educ.** v.21, suppl.1, p.22-31, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17020498>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. Improving the validity and generalizability of studies with underserved US populations expanding the research paradigm. **Ann. Epidemiol.** v. 10, suppl. 8, p. 92-103, nov. 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11189098>. Acesso em: 18 fev. 2012.

_____. Socioeconomic and cultural influences on cancer care of women. **Semin. Oncol. Nurs.** v.11, p.109-119, may. 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074920810580018X> . Acesso em: 18 fev. 2012.

KAGAWA-SINGER, M., PADILLA, G. V., ASHING-GIWA, K. Health-related quality of life and culture. **Semin. Oncol. Nursing**. v. 26, n. 1, p. 59-67, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20152579>. Acesso em: 10 fev. 2012.

KARNOFSKY, D. A. et al. The use of the nitrogen mustards in the. Palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. **Cancer**, v. 1, n. 4, p. 634-656, 1948. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(194811\)1:4%3C634::AID-CNCR2820010410%3E3.0.CO;2-L/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(194811)1:4%3C634::AID-CNCR2820010410%3E3.0.CO;2-L/pdf). Acesso em: 12. jun. 2013.

KELSALL, H. L. et al. O efeito do status socioeconômico na sobrevivência de câncer color-retal no Estudo Cohort Collaborative Melbourne. **Soc Sci Med.** v.68, n.2, p.290-7, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19022550/>. Acesso em: 18 out. 2012.

KIM, K. U. Measurement of quality of life in patients with end-stage cancer. **Cancer Nursing**, v. 0, n. o. 0, 2013

KLUTHCOVSKY, A. C. G.C., TAKAYANAGUI, A. M. M., Quality of life – conceptual issues. **Rev. Salus-Guarapuava**. v.1, n.1, p.13-15, 2007. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2274721>. Acesso em: 08 mar. 2012.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; TITUS, P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. **J. Am. Soc. Geriatr.**, v. 52, n. 4, p. 554-62, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066070>. Acesso em: 28 dez. 2013.

KOO, K. et al. Do elderly patients with metastatic cancer have worse quality of life scores? **Support Care Cancer**, v. 20, n. 9, p. 2121-7, sept. 2011.

KOVÁCS, M. J. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Bioética**, v.6, n.1, p.61-9, 1998. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/trnas.php>. Acesso em: 20 jan. 2012.

LAM, K. et al. Determinants of quality of life in advanced cancer patients with bone metastases undergoing palliative radiation treatment. **Support Care Cancer**, v. 21, n. 11, p. 3021-30, 2013.

LAMINO, D. de A.; MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 508-14, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 15 jan. 2014.

LAUGSAND, E. A. et al. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: A multicenter European study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 104, set., 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20858248>. Acesso em: 15 jan. 2014.

LECOURS, A. R. et al. Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: Déficit ou estratégias adaptativas?. **Revista estudos interdisciplinares sobre envelhecimento**. v.14, n. 1, p. 13-24, 2009.

LEE, T. S. et al. Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. **Support Care Cancer**, v. 16, n. 4, p. 399-405, 2008.

LEON-PIZARRO, C. at al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psycho-Oncology**. v.16, p. 971-979, nov., 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17311247>. Acesso em: 12 fev. 2012.

LIMA, T. O. de; BORGES, G. C. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer assistidos pelo centro de tratamento de câncer de Dourados . **Interbio**. v. 3, n. 2, 2009.

LIS, C. G. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. **BMC Health Serv Res.**, v. 9, p. 190, 2009.

LIU, Y. et al. Prevalence, intensity, and prognostic significance of common symptoms in terminally ill cancer patients. **Journal of Palliative Medicine**, v.16, n.7, p.752-7, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23697815>. Acesso em: 09 set. 2013.

LUNDH HAGELIN, C.; WENGSTROM, Y.; FURST, C. J. Patterns of fatigue related to advanced disease and radiotherapy in patients with cancer-a comparative cross-sectional study of fatigue intensity and characteristics. **Support Care Cancer**, v. 17, n. 5, p.519–526, 2009.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis., v.17, n.4, p 750-757, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400017. Acesso em: 12 fev. 2012.

MACHRY, R. V. et al. Desnutrição em pacientes com câncer avançado: uma revisão com abordagem para o clínico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 296-301, jul.-set. 2011.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. Bras. de Cancerologia. Rio de Janeiro**, v.52, n.1, p. 49-58, 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf . Acesso em: 09 mar.2012.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Rev. latino-am. enferm**, v. 20, n. 6, nov./dez., 2012.

MANTOVANI, A. Inflaming metastasis. **Nature International Journal of Science**. n. 457, p. 36-7, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19122629>. Acesso em 25 out. 2012.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000800009&script=sci_arttext. Acesso em 18 jan.2013.

MASIKA, G. M. et al. Health-related quality of life and needs of care and support of adult tanzanians with cancer: a mixed-methods study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, p. 133, 2012.

MCMILLAN, S. C. Quality-of-life assessment in palliative care. **Cancer Control Journal**. v. 3, n.3, 1996. Disponível em <http://www.moffitt.org/CCJRoot/v3n3>. Acesso em: 23 mar. 2012.

MELIN-JOHANSSON C. et al. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. **European Journal of Cancer Care**, v.19, n. 2, p. 243-50, 2010.

MELO, B. P. et al. Capacidade funcional e composição corporal em portadores de câncer. **Fit Perf Journ.**, v. 9, n. 2, p. 19-26, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MEOHAS, W. Metástase óssea: revisão da literatura. **Revista Bras. de Cancerologia** v. 51, n. 1, p. 43-47, 2005.

MOCK,V. et al. Cancer-related fatigue. Clinical Practice Guidelines in Oncology. **J Natl. Compr. Canc. Netw.**, v. 5, n. 10, p. 1054-78, 2007.

MOLASSIOTIS, A. A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: cough, breathlessness and fatigue. **Lung Cancer**,. v. 71, n. 1, p. 94-102, 2011. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2010.04.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2010.04.002) . Acesso em: 18. jan. 2014

MOTA, D. D.; PIMENTA, C. A. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. **Res. Theory Nurs. Pract**, v. 20, n. 1. p. 49-78., 2006.

MOURA, E.C. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 11, Supl.1, p. 20-37, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000500003&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 16 dez. 2013.

MUÑIZ. M. S., PÉREZ, C. G. Reflections about the ethical and bioethical problems in treatment presenting with a terminal disease. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. v.25, n.4, p.98-106, 2009. Disponível em <http://scielo.sld.cu/pdf/>. Acessado em 20. fev.2012.

NATIONAL HEALTHCARE QUALITY REPORT. 2012. Department of Health and Human Service U.S., 2013. Disponível em: www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html. Acesso em: 13 out. 2013.

NICKLASSON, M., BERGMAN, B. Validity, reliability and clinical relevance of EORTC QLQ-C30 and LC13 in patients with chest malignancies in a palliative setting. **Qual Life Res.**, v. 16, p. 1019–1028, 2007.

NICOLUSSI, A. C. **Relaxamento com imagem guiada**: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10012013-133653/>. Acesso em: 14 nov. 2013.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta paul enferm.**, v. 23, n. 1, p. 125-130, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-2100201000100020. Acesso em: 12 fev. 2012.

NORDON, D. G. et al. Perda cognitiva em idosos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.** v.11, n. 3, p. 5 -8, 2009.

OLIVEIRA, P. I. et al. Comparação da qualidade de vida de portadores de câncer de pulmão antes e após o tratamento quimioterápico. **Rev. latino-am. Enferm.**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, maio-jun. 2013.

OSOBA, D. et al. The development and psychometric validation of a brain cancer quality-of-life questionnaire for use in combination with general cancer-specific questionnaires. **Qual Life Res.** v.5, n.1, p. 139-50, 1996. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435979#page-1> Acesso em: 10 jul. 2013.

PARK, U. K. Assessment of change of quality of life in terminally ill patients under cancer pain management using the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in a korean sample. **Oncology**, v. 74, Supl. 1, p. 7-12, 2008.

PEDRO, L. Theory derivation: adaptation of a contextual model of health related quality of life to rural cancer survivors. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v. 10, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/view/223/270>. Acesso em: 10 fev. 2012.

PEREIRA, A. P. dos S., et al. Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.08, 2012. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 15 jan. 2014.

PINHEIRO, D. M. et al. Prevenção de câncer de colo de útero em Instituições de Longa Permanência para idosos. **Rev Enferm UFPI.**, v. 2, n. 1, jan./mar., p.27-32, 2013 .

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMERLEAU, J. et al. Physical inactivity in the Baltic countries. **Prev. Med.**, v. 31. n. 6. p. 665-72, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11133333>. Acesso em: 04 jan. 2014.

RANGEL, O., TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, ano 11, abr./jun., 2012. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=324. Acesso em: 05 jan. 2014.

RAPLEY, M. **Quality of life research**. A critical introduction. London: SAGE Publications Ltda., 2003. Disponível em: <http://www.uk.sagepub.com/textbooks/Book210471>. Acesso em: 27 nov. 2011.

REIDUNSDATTER, R. J. Early effects of contemporary breast radiation on health-related quality of life – Predictors of radiotherapy-related fatigue. **Acta Oncologica**. v. 50. p. 1175–1182, 2011.

RESORLU, B. et al. The prognostic significance of advanced age in patients with bladder cancer treated with radical cystectomy. **BJUI International**, jul. 2009.

RIGHI, L., et al. **Saúde e Desenvolvimento: Interconexões, re-orientação dos Serviços de Saúde e Desenvolvimento Regional**. Estudo multicêntrico conduzido pelo Ministério de Saúde/ SVS – UNESCO, em parceria com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) e Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), 2006.

RODRIGUES, I. G. R. **Os significados do trabalho em equipe de cuidados oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico**. 2009. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08012010-130039/pt-br.php>. Acesso em: 12 jan. 2012.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 56. n. 4, p. 431-441, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05. Acesso em: 21 dez. 2013.

SAAD, I. A. B.; BOTEAGA, N. J.; TORO, I. F.C. Predictors of quality-of-life improvement following pulmonary resection due to lung cancer. **São Paulo Med. J.**, v. 125, n. 1, p. 46-9, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 set. 2013.

SALAMONDE, G. L. et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. **Rev. Bras. de Anestesiologia**, Campinas, v. 56, n.6, p.602-618,

nov./dez., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000600005&script=sci_arttext. Acesso em: 22out.2012.

SALAMONDE, G. L. F. et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. **Rev. Bras. de Anestesiologia**. v. 56, n. 6, 2006.

SANTANA, J. J. R. A; ZANIN, C. R; MANIGLIA, J.V. Pacientes com cancer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paideia**, n. 18, p. 371-84, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2013.

SANTOS , C. L. T. dos; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. dos. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 6, nov./dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 mar. 2012.

SANTOS, A. M. A. dos; JACINTO, P. de A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estud. Econ.** [online], São Paulo, v. 42, n .2, p. 229-261, abr./jun, 2012. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000200001&script=sci_arttext. Acesso em 05 jan. 2014.

SANTOS, G. S; CIANCIARULLO, T. I. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos - SP. **Rev.Saúde Coletiva**, São Paulo, v.33, n.6, p.200-6, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212107003>. Acesso em 28 dez. 2013.

SANTOS, J.; MOTA, D. D .C. F.; PIMENTA, C. A. M. Co-morbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 909-14, 2009.

SASKIA, C.C.M. et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 34, n. 1, 2007.

SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-7, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300012&script=sci_arttext . Acesso em: 09 set. 2013.

SAWADA, N. O; DIAS, A. M.; ZAGO, M.M.F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 323-329, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. p. 61-74, maio, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

SCHNUR, J. B. et al. Acute skin toxicity-related, out-of-pocket expenses in patients with breast cancer treated with external beam radiotherapy: a descriptive, exploratory study. **Support Care Cancer**, v. 20, n.12, p.3105-13, 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

SECLÉN-PALACÍN, J. A.; JACOBY, E.R. Sociodemographic and environmental factors associated with sports physical activity in the urban population of Peru. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 14, n. 4, p. 255-64, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14662076> . Acesso em: 14 dez. 2013.

SECRETAN, B. et al. A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. **Lancet. Oncol.** v. 10, n. 11, p. 1033-4, 2009. Disponível em: <http://old.ensp.org/files/lancet-iarc-100-1.pdf> . Acesso em: 18 out. 2012.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. Ponto de vista. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31 538, n. 5, p. 538-42, out., 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016. Acesso em: 09 mar. 2012.

SEGURO, A. O. et al. O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v.2, n.2, 2008. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article>. Acesso: em 15 fev. 2012.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.20, n.2. p. 580-588, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027. Acesso em: 08 mar.2012.

SEIXAS, R. J. de; KESSLER, A.; FRISON, V. B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v.56, n.3, p.321-330, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf. Acesso em: 22 out. 2012.

SILVA, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev Dor**, v. 11, n .4, p. 282-288, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1648.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.2055-2066, out., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf>. Acesso em: 28 out. 2012.

SILVA, S. M. M. A. **Análise de indicadores socioeconômicos, ambientais e de saúde de Araraquara**, 2009. 164f. Dissertação (Mestrado em desenvolvimento regional e meio ambiente). Centro Universitário de Araraquara, Araraquara. 2009.

SOUSA, A. T.O. et al. Palliative care: scientific production in online periodicals as regards health Field. **Rev. enferm. UFPE**. v.4, n.2, p.395-404. 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/29>. Acesso em: 18 dez. 2011.

SOUZA, R. S, SIMÃO, D. A. da S., LIMA, E. D. R. de P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.1., p. 38-47, jan./mar., 2012.

SOUZA, R.S. **Pacientes Oncológicos em Quimioterapia Paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida**. 2011. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SPRANGERS, M. A. G.; TE VELDE, A.; AARONSON, N. K. The construction and testing of the EORTC colorectal cancer specific Quality of Life questionnaire module (QLQ-CR38). **Eur. J. Cancer**. v.35, p.238-247, 1999. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804998003578>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SPRANGERS, M. et al. The EORTC Breast Cancer-Specific Quality-of-Life questionnaire Module (QLQ-BR23): first results from a three-country field study. **Jour. Clin. Oncol**. v.14, n.10, p. 2756-2768, 1996. Disponível em: Acesso em: 10 jul. 2013.

STEAD, M. L. et al. Development of an EORTC questionnaire module to be used in health-related quality-of-life assessment for patients with multiple myeloma. European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. **Br Jour. Haematol**. v.104, n.3, p.605-11, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10086801> Acesso em: 10 jul. 2013.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago., 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400021&lng=pt&nr. Acesso em: 26 dez. 2013.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.172 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf. Acesso em: 04 jan. 2012.

TURHAL, N.S. et al. Personality traits in cancer patients. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 14, n. 8, p. 4515-4518, 2013.

VAN LANCKER, A. et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 47, n. 1, p. 90-104, 2014.

VAN, ANDEL, G. et al. An international field study of the EORTC QLQ-PR25: a questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. **Eur. J. Cancer**. v.44, n.16, p.2418-24, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774706>. Acesso em: 10 jul. 2013.

VENDRUSCULO, L. M. **Qualidade de vida e capacidade funcional de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. 106fls. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VIEIRA, R. W. **Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisões**. 2010. 112f. Dissertação (Mestrado Medicina e Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, 2010.

WALDMANN, A.; SCHUBER, D.; KATALINIC, A. Normative data of the EORTC QLQ-C30 for the german population: A population-based survey. **PLoS One**. v. 8, n. 9, 2013. Disponível em: www.plosone.org. Acesso em: 05 jan. 2014.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev. Gaucha Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1.pdf>.>. Acesso em: 20 fev. 2011.

WHO 2011. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** v. 41, n.10, p.1403-9, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Acesso em: 27 nov.2011.

WITTMANN-VIEIRA, R. **Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisões**. 2010. 112 fls. Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2010.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing Quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal Clin. Epidemiol.** v. 52, n. 4, p. 355–363, apr. 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10235176>. Acesso: 12 feb. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2011.

_____. International Agency for Research on Cancer. **Cancer incidence and mortality Worldwide**. 2008. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>. Acesso em: 14 mar. 2013.

_____. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WUNSCH FILHO, V. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 175-187, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000200001&script=sci_arttext. Acesso em: 20 out. 2012.

YABROFF, K. R. et al. Burden of illness in cancer survivors: findings from a population-based national sample. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 96, p. 1322-1330, 2004. Disponível em: http://www.oxfordjournals.org/our_journals/jncmon/about.html. Acesso em: 12 mar 2012.

YILDIRIM, Y.; KOCABIYINK, S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. **Journ. Clin. Nurs.**, v. 19, n. 5-6, p. 832-9, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500326>. Acesso em: 12 jan. 2014.

YONG LIU, L. H. et al. Prevalence, Intensity, and Prognostic Significance of Common Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 16, n. 7, 2013.

ZIMMERMANN, C. et al. Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. **Support Care Cancer**, v. 19, p. 621–629, 2011.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.1, p.21-7, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 dez. 2011.

ZWARCOWALD, C. L. et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. RADIS, Rio de Janeiro, n. 23, p. 14-33, 2004. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/655>. Acesso em: 18 dez. 2013.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hospitalizados.

Pesquisadores Responsáveis:

1. Prof^{ra} Dr^a Namie Okino Sawada – docente do Curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.
2. Maria Eliane Moreira Freire – Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – DINTER USP, com convênio com UFPB.

Prezado(a) Senhor(a),

Meu nome é Maria Eliane Moreira Freire, sou Enfermeira, docente da Universidade Federal da Paraíba, e estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hospitalizados. Para esta avaliação serão utilizados dois questionários, que nos auxiliarão a medir a qualidade de vida relacionada à sua saúde. Com os resultados obtidos neste estudo poderemos identificar quais os principais fatores que poderão estar afetando sua qualidade de vida e diante desta constatação, contribuir para determinação de estratégias que possam promover melhor assistência ao Sr(a) e sua família. Então, para a realização deste estudo gostaria de convidar-lhe a participar, respondendo a dois questionários, com tempo inferior de aplicação de 30 minutos. Esclareço ao Sr(a) o seguinte:

- a) Sua participação é totalmente voluntária; caso aceite terá liberdade para desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo para a assistência que está recebendo, do mesmo jeito, não haverá nenhum dano nem pro Sr(a), nem pro seu tratamento, se não aceitar participar.
- b) As informações fornecidas pelo Sr(a) durante a entrevista serão mantidas em sigilo, inclusive sua identidade.
- c) As informações obtidas durante a aplicação dos questionários poderão ser utilizados para fins acadêmicos e científicos, com apresentação em eventos científicos e divulgação em revistas científicas da área da saúde, porém garantimos o sigilo e sua privacidade, não sendo revelado sua identificação ou qualquer dado que o identifique.
- d) Caso aceite participar, o questionário poderá ser respondido pelo(a) Sr(a), ou poderei ler as perguntas e opções de respostas para que possa responder. As perguntas são de fácil entendimento e sobre seu dia a dia, não sendo necessário conhecimento específico.
- e) A coleta de dados ocorrerá na enfermaria que o Sr(a) estiver, em horário que lhe for mais conveniente.
- f) Antes do início da entrevista, será apresentado ao Sr(a) um documento para sua autorização para participar do estudo, havendo a necessidade do Sr(a) assinar ou seu representante legal.

- g) Informo que não há nenhum risco previsto à sua saúde por participar do estudo.
- h) Como não há nenhuma possibilidade de riscos ou danos à sua saúde em decorrência de sua participação nesse estudo, as pesquisadoras não se responsabilizam por eventuais indenizações e/ou ressarcimentos de quaisquer outra natureza.
- Diante destes esclarecimentos, nos colocamos à disposição para quaisquer dúvidas.
- Agradecemos a atenção e colaboração!

Tendo recebido as informações e esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa, que tem como título: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hospitalizados, sob a responsabilidade da Profª Drª Namie Okino Sawada e da Enfermeira Maria Eliane Moreira Freire (Doutoranda),

Eu, _____, portador do RG nº _____, **aceito** participar do estudo, voluntariamente. Estou ciente, que terei liberdade para a qualquer momento retirar-me da pesquisa, não sendo obrigado colaborar com a pesquisa, sem que isto traga qualquer prejuízo para minha assistência neste hospital. Declaro, ainda, que após ter recebido e compreendido todas as informações necessárias sobre minha participação neste estudo, dou meu consentimento, por escrito. Receberei uma cópia do presente termo para que eu possa ler outras vezes, se necessário for.

João Pessoa, ____ de _____ de 2012.

Assinatura ou Impressão Datiloscópica
do Sujeito da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Pesquisadora: Maria Eliane Moreira Freire. Departamento de Enfermagem Clínica, Centro de Ciências da Saúde – UFPB.

End.: Rua Jaime Carvalho Tavares de Melo, 1600, aptº 603 – Manaíra – João Pessoa – Paraíba. CEP: 58038-260. Fone para contato: 83-88012038.

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA****DATA DA ENTREVISTA:** ____/____/____**NOME (Iniciais):** _____**DN:** ____/____/____**PROCEDÊNCIA:** _____**I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

DADOS PESSOAIS	
1. SEXO 1 - Masculino 2 - Feminino	
2. IDADE (anos completos)	
3. COR DA PELE (predominante) 1 - Branca 2 - Amarela 3 - Parda 4 - Negra	
4. ESTADO CIVIL 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - União consensual 4 - Viúvo 5 - Separado 6 - Divorciado	
5. NÚMERO DE FILHOS VIVOS	
DADOS SOCIOECONÔMICOS	
6. GRAU DE ESCOLARIDADE 1 - Não escolarizado 2 - Ensino Fundamental Incompleto 3 - Ensino Fundamental Completo 4 - Ensino Médio Incompleto 5 - Ensino Médio Completo 6 - Ensino Superior Incompleto 7 - Ensino Superior Completo 8 - Pós-Graduação Incompleta 9 - Pós-Graduação Completa	
7. RELIGIÃO 1- Católico 2 - Evangélico 3 - Espírita 4- Outro	
8. PRATICANTE 1 - Sim 2 - Não	
9. ZONA DE MORADIA 1 - Urbana 2 - Rural	
10. SITUAÇÃO DE MORADIA 1 - Casa Própria 2 - Casa Alugada 3 - Asilo 4 - Rua 5 - Outra instituição	

11. HÁ QUANTO TEMPO MORA NO ATUAL ENDEREÇO? 1 - Menos de 01 ano 2 - De 01 a 02 anos 3 - De 03 a 05 anos 4 - mais de 05 anos	
12. COM QUEM MORA: 1 - Mora sozinho 2 - Mora com a esposa ou companheira 3 - Mora com filhos 4 - Mora com outro familiar 5 - Mora em asilo	
13. RELAÇÃO COM FAMILIARES 1 - Ótima 2 - Boa 3 - Regular 4 - Ruim	
14. OCUPAÇÃO 1 - Empregado 2 - Desempregado 3 - Aposentado 4 - Dona de Casa 5 - Autônomo 6 - Estudante 7 - Licença Saúde	
15. SE APOSENTADO, IDADE EM QUE SE APOSENTOU	
16. FONTE DE RENDA 1 - Não tem fonte de renda 2 - Trabalho 3 - Aposentadoria 4 - Pensão 5 - Doações 6 - Ajuda da família 7 - Outros	
17. RENDA MENSAL APROXIMADA (junto com a familiar) 1 - Menos de 01 Salário Mínimo (SM) 2 - 01 a 03 SM 3 - 04 à 05 SM 5 - Mais de 05 SM	
18. NÚMERO DE PESSOAS QUE DEPENDEM DESTA RENDA 1 - 01 pessoa 2 - 02 pessoas 3 - 03 pessoas 4 - 04 pessoas 5 - mais de 05 pessoas	
19. PARA O ATENDIMENTO DE SUAS NECESSIDADES E DE SUA FAMÍLIA, SUA SITUAÇÃO FINANCEIRA NO MOMENTO É: 1 - Muito boa 2 - Boa 3 - Regular 4 - Ruim 5 - Péssima	
20. PLANO DE SAÚDE 1 - Sim 2 - Não	
21. PRATICAVA ATIVIDADE FÍSICA 1 - Sim 2 - Não	
22. TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA 1 - Caminhada 2 - Hidroginástica 3 - Aeróbica 4 - Outra	
23. DIVERSÃO QUE REALIZA COM MAIS FREQUÊNCIA 1 - Reunião com amigos 2 - cinema 3 - Assistir TV 4 - Viajar 5 - Leitura 6 - Praia 7 - Outros	

II – DADOS CLÍNICOS

24. HOSPITAL	
25. N° DE PRONTUÁRIO	
26. LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO	
27. TEMPO DE DIAGNÓSTICO	

1 – Menos de 6 meses 2 – De 6 a 12 meses 3 – Mais de 12 meses	
28. EXTENSÃO DA DOENÇA 1 - Tumor local 2 – Disseminação regional 3 - Disseminação distante	
29. METÁSTASE 1 – Sim 2 - Não	
30. TIPO DE CIRURGIA 1 – Não realizou 2 – Biópsia 3 – Retirada parcial do órgão 4 – Retirada total do órgão	
31. RADIOTERAPIA 1 - Não realizou 2 – Até 10 sessões 3 – 11 a 20 sessões 4 – 21 a 30 sessões 5 – acima de 31 sessões 6 – Não soube informar	
32. QUIMIOTERAPIA 1 – Sim 2 - Não	
33 – DOENÇA(S) ASSOCIADA(S) AO CÂNCER	
34 – SINAIS E SINTOMAS MAIS PRESENTES	
34 –TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO	

Obrigada!

APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL USP/EERP/UFPA/UFPI

João Pessoa, 26 de março de 2012.

Prezado(a) _____

Solicitamos por meio deste documento, a apreciação de Vossa Senhoria para validação de conteúdo de um instrumento a ser utilizado no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa, em nível de doutorado, do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dr^a Namie Okino Sawada, intitulado: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer Sem Possibilidades Terapêuticas de Cura, que tem como objetivo geral: Avaliar a QVRS de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura, utilizando o instrumento *European Organization for Research and Treatment for Cancer - EORTC QLQC-30*. E como objetivos específicos: caracterizar os pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos; descrever a QVRS de pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura, de acordo com as dimensões integrantes do EORTC QLQ C-30; associar os resultados de QVRS com os aspectos sociodemográficos e clínicos desses pacientes.

Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo, elaboramos um instrumento (anexo I) com dados pertinentes a esta finalidade. Esta caracterização nos auxiliará a analisar a influencia destes aspectos na qualidade de vida de pacientes oncológicos, que se encontram sem possibilidades terapêuticas de cura. Por esta razão solicitamos de V.S.^a a valiosa colaboração na análise deste instrumento, quanto à clareza e compreensão das variáveis.

Por favor, após leitura minuciosa de cada variável, solicitamos o registro no formulário do parecer sobre a análise de cada item, com sugestões de alterações se for necessário.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração, que será fundamental para a continuidade desta pesquisa.

Atenciosamente,

Prof^a Maria Eliane Moreira Freire

Doutoranda

Contato: e-mail enf_elimoreira@hotmail.com - fone (83 – 88012038)

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

APÊNDICE D

VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
I. DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS							
1. Iniciais							
2.Data de nascimento							
3. Procedência							
4. Sexo							
5.Idade							
6. Cor da pele							
7.Estado Civil							
8. Situação conjugal atual							
9. N° de filhos vivos							
10. Grau de escolaridade							
11. Situação empregatícia							
12. Atividade profissional atual							
13. Há quanto tempo se afastou do trabalho							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
14. Atividade profissional anterior							
15. Se aposentado, idade em que se aposentou							
16. Religião							
17. Praticante							
18. Fonte de renda							
19. Renda aproximada							
20. Número de pessoas que dependem dessa renda							
21. Para o atendimento de suas necessidades e de sua família, sua situação financeira no momento é							
22. Zona de moradia							
23. Há quanto tempo mora no endereço atual							
24. Mora em							
25. Mora em companhia de							
II DADOS CLÍNICOS							
26. Hospital							
27. Número do prontuário							
28. Tipo de câncer							
29. Tempo do diagnóstico							
30. Extensão da doença							
31. Cirurgia							
32. Tipo de cirurgia							
33. Radioterapia							

Variáveis	Concorda com a inclusão		Objetividade/Clareza		Facilidade de compreensão		Comentário
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
33. Quimioterapia							
34. Doenças associadas ao câncer							
35. Sinais e sintomas mais presentes							
36. Tempo em que está hospitalizado							
37. Como avalia sua saúde de forma geral							

Obrigada pela colaboração.

Maria Eliane Moreira Freire

Anexos

ANEXOS

ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP/HULW

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DE CURA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05593412.2.0000.5188

Pesquisador: MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 84484

Data da Relatoria: 28/08/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de tese doutoral, ou seja, estudo caracterizado como pesquisa aplicada, não experimental, descritivo, transversal, quantitativo. Será desenvolvido em duas instituições hospitalares de natureza filantrópica, localizados em João Pessoa - PB. a população do estudo constará de 120 pacientes que estejam em tratamento oncológico e em fase terminal.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o QVRS de pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura, utilizando o instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC QLQ-30.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - não há riscos previstos à saúde dos pacientes.

Benefícios - identificar os principais fatores que poderão estar afetando a qualidade de vida dos pacientes oncológicos e contribuir para estratégias que possam promover melhor assistência ao paciente e família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos, metodologia, instrumento de avaliação da qualidade de vida e referências estão em comum acordo com o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta documentação de praxe.

Recomendações:

Realizar divulgação dos resultados encontrados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 29 de Agosto de 2012

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

ANEXO B - INSTRUMENTO DE QV – EORTC

BRAZILIAN

EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

BRAZILIAN

Durante a última semana:	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO GRUPO EORTC PARA USO DO INSTRUMENTO**QLQ-C30 download request from MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE**

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms

Firstname: MARIA ELIANE

Lastname: MOREIRA FREIRE

Hospital/Institution: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Address: CAMPUS UNIVERSITÁRIO I - CIDADE UNIVERSITÁRIA - JOÃO PESSOA

County/State: JOÃO PESSOA - PARAÍBA

Postal Code: 58059-900

Country: Brazil

Phone: 083-32167248

Fax: 083-32167095

Email: enf_elimoreira@hotmail.com

Protocol: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura.

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>

<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be