

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RENATA CARVALHO CARDOSO

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Fadiga de Pessoas com Câncer de
Pulmão em Cuidados Paliativos

RIBEIRÃO PRETO

2015

RENATA CARVALHO CARDOSO

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Fadiga de Pessoas com Câncer de Pulmão em Cuidados Paliativos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Cardoso, Renata Carvalho

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Fadiga de Pessoas com Câncer de Pulmão em Cuidados Paliativos. Ribeirão Preto, 2015.

172 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

1. Câncer de Pulmão. 2. Fadiga. 3. Cuidados Paliativos. 4. Qualidade de Vida Relacionada à saúde. 5. Oncologia.

CARDOSO, Renata Carvalho

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Fadiga de Pessoas com Câncer de Pulmão em Cuidados Paliativos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os sujeitos que se disponibilizaram a participar deste estudo, dividindo comigo parte de sua história e às pessoas que estiveram ao meu lado, que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e fizeram o possível para que eu pudesse realizá-los: meus pais, José e Edna, minhas irmãs Bruna e Laura e meus avós, José e Maria (in memorian) e Olívio (in memorian) e Arlete (in memorian).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força e guiou o meu caminho.

Aos meus pais José e Edna pelo amor incondicional, por incentivarem, apoiarem e estarem sempre ao meu lado em cada uma das minhas escolhas, prontos para me acolher, aconselhar, ouvir e ensinar.

Às minhas irmãs Bruna e Laura, meus amores e companheiras desde sempre e para sempre, por compartilharem uma vida comigo, com seus bons e maus momentos, histórias inesquecíveis, risos e lágrimas, amor e cumplicidade.

Aos meus avós maternos (in memorian), Olivio e Arlete, e paternos, José e Maria (in memorian), pelo exemplo de vida e de caráter, e por, mesmo distante, terem me passado todo seu amor e carinho.

À toda minha família pelo apoio e torcida de sempre.

À prof^a Dr^a Fernanda Maris Peria e à prof^a Dr^a Regina Aparecida Garcia de Lima, que contribuíram com o desenvolvimento deste trabalho por meio de suas valiosas sugestões e apontamentos durante o Exame de Qualificação.

Aos profissionais da Central de Quimioterapia e do Ambulatório de Onco-Pneumo do HCFMRP-USP, que me receberam em seu ambiente de trabalho oferecendo-me apoio e suporte durante o processo de coleta de dados desta pesquisa.

Aos queridos amigos da Pós-Graduação, Mônica, Isa, Paty, Amanda e Fernando, que além de longas disciplinas e trabalhos, pudemos vivenciar ótimos momentos de descontração e amizade.

Aos participantes do Grupo de Pesquisa LIATH, Criss, Gabi, Nati, Milena, Fernanda, Paty, Viviana, Viviane, Maida, Thalita, Thaís, Rodrigo, Natasha, Bianca e Marysia, por tudo que pude compartilhar e aprender com vocês em nossos encontros e pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Criss e à Gabi, por partilharem de cada momento e até mesmo de cada espaço físico nos últimos dois anos comigo! Sou imensamente grata pela amizade, parceria, confiança, apoio, incentivo, ajuda, conselhos, plantões, longas conversas, risadas, lágrimas, acolhimento, histórias, que vocês me proporcionaram.

Aos amigos do 8º andar e Rep S2 Ana, Flávia, Paola, Thaline, Dani, Fer, Carol, Murilo, Diego e Tuca, e ao Lucas, por me acolherem em casa, pelas inúmeras histórias que vivemos juntas e por fazerem da minha vida em Ribeirão mais feliz.

Aos meus amigos Laila, Laís, Deia, Mari, De, Vivi e Marcel por estarem presente há tanto tempo na minha vida que a distância não vêm como um problema, mas como uma oportunidade para novos planos, histórias e bons momentos juntos.

À minha orientadora e amiga Marysia, pelo incentivo e apoio desde a graduação, pelo carinho, orientação, paciência e por ser, para mim, um exemplo tanto profissional como quanto pessoa.

À Dani Mattos, pelo enorme carinho, disponibilidade e amizade e por se dedicar à revisão deste trabalho.

À Laila e Yeni, pelo apoio e auxílio com a etapa de tradução deste trabalho.

Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa por meio da bolsa de mestrado.

EPIGRAFE

“Eu tenho uma espécie de dever, dever de sonhar, de sonhar sempre, pois sendo mais do que um espectador de mim mesmo, eu tenho que ter o melhor espetáculo que posso. E assim me construo a ouro e sedas, em salas supostas, invento palco, cenário para viver o meu sonho entre luzes brandas e músicas invisíveis”

- Fernando Pessoa

RESUMO

O câncer de pulmão é uma doença maligna que acomete principalmente a população de adultos e idosos na faixa etária dos 40 aos 80 anos. Sua principal causa continua sendo o tabagismo, e sua sobrevida varia com o estadiamento da doença no momento do diagnóstico e sua alta taxa de mortalidade está associada ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as opções de tratamento curativo. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de sujeitos com câncer de pulmão é influenciada por múltiplos fatores, incluindo sintomas, capacidade funcional, estratégias de enfrentamento e rede social de suporte, dentre outros. Entretanto, ainda falta esclarecer o impacto da fadiga na QVRS de pessoas com câncer de pulmão avançado. O objetivo deste estudo é avaliar a QVRS e a fadiga de sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos e identificar a relação entre a presença de fadiga e percepção da QVRS desta população. Trata-se de um estudo transversal e com abordagem quantitativa, correlacional, com uma casuística composta por 120 sujeitos, sendo 60 com câncer de pulmão em cuidados paliativos (grupo de estudo) e 60 sem diagnóstico oncológico (grupo controle). Durante a coleta de dados foram aplicadas as escalas: *Karnofsky Performance Scale* (KPS), o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB – versão 2014), a Escala de Fadiga de Piper – revisada e a *European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30* (EORTC-QLQ-C30), com seu módulo específico para câncer de pulmão – o *Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13* (QLQ-LC13). Para a análise dos resultados foi realizada estatística descritiva (Mediana, Mínimo e Máximo e 1º e 3º quartil) e testes não paramétricos de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para a comparação entre os grupos e variáveis. Os resultados indicaram que houve significância estatística na comparação entre os grupos para as escalas funcionais, de sintomas e dificuldades financeiras do EORTC QLQ-C30 e para os sintomas associados ao câncer e/ou decorrentes do seu tratamento avaliados pelo módulo QLQ-LC13, bem como para a presença de fadiga. A fadiga foi identificada como o sintoma mais frequente nessa população, relacionada com capacidade funcional reduzida (avaliada pelo KPS) e pior percepção da QVRS. Portanto, sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos apresentam maior carga do sintoma fadiga em comparação com a população em geral e quanto maior a fadiga e de outros sintomas, maior o comprometimento da QVRS dos

sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos. Este estudo traz contribuições relevantes à Saúde Pública por meio da investigação da relação entre doenças crônicas oncológicas e qualidade de vida relacionada à saúde, para o tratamento sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos e que apresentam a fadiga como fator limitante para a realização de suas atividades diárias bem como para os diversos profissionais que atuam na atenção à pessoa com uma condição oncológica em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Câncer de Pulmão, Fadiga, Cuidados Paliativos, Qualidade de Vida Relacionada à saúde, Oncologia.

ABSTRACT

Lung cancer is a malignant disease that mostly affects adults aged between 40 to 80 years old. The main cause of lung cancer is smoking and the survival varies according with the disease stage at the moment of the diagnosis and the high lung cancer mortality rate is related to a late diagnosis, which limits the curative treatment options.. Health Related Quality of Life (HRQoL) of people who have lung cancer is influenced by multiple factors including symptoms, functional capacity, coping strategies and social support networking, among others. However, there is still a need for clarify the impact of fatigue on HRQoL of people with advanced lung cancer. The purpose of this study was to evaluate HRQoL and fatigue of subjects diagnosed with lung cancer in palliative care and identify the relationship between the presence of fatigue and perception of hrqol in this population. this is a cross-sectional, quantitative and correlational approach in which sample was composed of 120 subjects, 60 of them with lung cancer in palliative care (study group) and the others 60 without cancer diagnosis (control group). During data collection were applied the scales: Karnofsky Performance Scale (KPS), Brazil Criterion of Economic Classification (CCEB - version 2014), the Piper Fatigue Scale - Revised and the European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-Core 30 (EORTC-QLQ-C30), with its specific module for lung cancer - the Quality of Life Questionnaire lung Cancer 13 (QLQ-LC13). For data analysis it was performed descriptive statistics (median, Minimum and Maximum and 1st and 3rd quartile) and two non-parametric statistical tests -- Mann Whitney and Kruskal-Wallis. for comparison between groups and variables. The results indicated significant statistical differences when comparing the groups for the functional and symptoms scales, for the financial difficulties of EORTC QLQ-C30 and symptoms related to and/or resulting from lung cancer and its treatment evaluated by QLQ-LC13 module and for fatigue presence. Fatigue was identified as the most frequent symptom in this population, it's related to reduced functional capacity (assessed by KPS) and worse perception of HRQoL. Therefore, subjects diagnosed with lung cancer in palliative care have a higher burden of fatigue compared to general population and the greater fatigue and other symptoms, the greater HRQOL impairment of lung cancer patients in palliative care. This study provides important contributions to public health by investigating the relationship between chronic diseases and oncology HRQoL, to

treatment of lung cancer people in palliative care who have fatigue as a limiting factor to carrying on their daily activities and to health professionals who works with oncologic palliative care.

Keywords: Lung Cancer, Fatigue, Palliative Care, Health Related Quality of Life, Oncology.

RESUMEN

El cáncer de pulmón es una enfermedad maligna que afecta principalmente a la población adulta y adultos mayores en el grupo etario comprendido de 40 a 80 años. Su principal causa sigue siendo el tabaquismo y la sobrevivencia depende de la etapa de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la alta tasa de mortalidad está asociada con el diagnóstico tardío de la enfermedad, lo que limita las opciones del tratamiento médico. La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de los sujetos con cáncer de pulmón están influenciados por múltiples factores, como los síntomas, la capacidad funcional, estrategias de afrontamiento y redes sociales de apoyo, entre otros. Sin embargo, todavía falta conocer el impacto de la fatiga en la CVRS de las personas con cáncer de pulmón avanzado. El objetivo de este estudio fue evaluar la CVRS y la fatiga de los sujetos con diagnóstico de cáncer de pulmón en cuidados paliativos e identificar la relación entre la presencia de la fatiga y la percepción de la CVRS en esta población. Es un estudio de tipo transversal y cuantitativa, correlacional con una muestra compuesta por 120 sujetos, siendo 60 sujetos con cáncer de pulmón en cuidados paliativos (grupo de estudio) y 60 sujetos sin diagnóstico de cáncer (grupo de control). Durante la recolección de los datos se aplicaron las escalas: Escala de Karnofsky Performance Scale (KPS), Criterio de Clasificación Económica de Brasil (CCEB - versión de 2014), la Escala de Fatiga de Piper - Revisado y la European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-QLQ-C30), con el módulo específico para cáncer de pulmón - Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13 (QLQ-LC13). Para el análisis de los resultados se realizaron estadísticas descriptivas (media, mínimo y máximo y primero y tercero cuartil) y pruebas no paramétrica de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para la comparación entre los grupos y las variables. Los resultados indicaron que no había diferencias significativas al comparar los grupos de escalas funcionales de los síntomas y las dificultades financieras en EORTC QLQ-C30; los síntomas asociados con el cáncer y/o derivados de su tratamiento han sido evaluados por el módulo QLQ-LC13 junto con la presencia de fatiga, se identificó a la fatiga como el síntoma más frecuente en esta población, relacionada con la capacidad funcional disminuida (evaluada por KPS) y peor percepción de la CVRS. Por lo tanto, los sujetos con diagnóstico de cáncer de pulmón en cuidados paliativos presentan mayor carga sintomática de fatiga en comparación con

la población general, es decir, cuanto mayor sea la fatiga y otros síntomas , mayor comprometimiento de la CVRS de los pacientes con cáncer de pulmón en cuidados paliativos. Este estudio aporta importantes contribuciones a la salud pública, a través de la investigación realizada entre la enfermedad crónica oncológica y calidad de vida relacionados con la salud, para su posterior tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón en cuidados paliativos, ya que la fatiga representa un factor limitante para la realización de las actividades de vida diarias, así como también brindará información a los distintos profesionales que trabajan en la atención de la persona con condición oncológica en cuidados paliativos.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, Fatiga, Cuidados Paliativos, Calidad de Vida Relacionada a la Salud, Oncología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma	24
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação da distribuição dos dados referentes ao desempenho de papéis	82
Gráfico 2 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função física	82
Gráfico 3 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função social.....	83
Gráfico 4 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função emocional	83
Gráfico 5 – Comparação da distribuição dos dados referente à fadiga entre os Grupos Controle e de Estudo	83
Gráfico 6 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor entre os Grupos Controle e de Estudo	83
Gráfico 7 – Comparação da distribuição dos dados referente à constipação entre os Grupos Controle e de Estudo	84
Gráfico 8 – Comparação da distribuição dos dados referente às dificuldades financeiras entre os Grupos Controle e de Estudo	84
Gráfico 9 – Comparação da distribuição dos dados referente a náuseas e vômito entre os Grupos Controle e de Estudo	84
Gráfico 10 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia entre os Grupos Controle e de Estudo	84
Gráfico 11 – Comparação da distribuição dos dados referente à insônia entre os Grupos Controle e de Estudo	85
Gráfico 12 – Comparação da distribuição dos dados referente à perda de apetite entre os Grupos Controle e de Estudo	85
Gráfico 13 – Comparação da distribuição dos dados referente à medicação para dor entre os Grupos Controle e de Estudo	86
Gráfico 14 – Comparação da distribuição dos dados referente à alopecia entre os Grupos Controle e de Estudo	86
Gráfico 15 – Comparação da distribuição dos dados referente à hemoptise entre os Grupos Controle e de Estudo	86

Gráfico 16 – Comparação da distribuição dos dados referente à hemoptise entre os Grupos Controle e de Estudo	86
Gráfico 17 – Comparação da distribuição dos dados referente à disfagia entre os Grupos Controle e de Estudo	87
Gráfico 18 – Comparação da distribuição dos dados referente à neuropatia periférica entre os Grupos Controle e de Estudo	87
Gráfico 19 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor no peito entre os Grupos Controle e de Estudo	87
Gráfico 20 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor no braço ou ombro entre os Grupos Controle e de Estudo	87
Gráfico 21 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Comportamental entre os Grupos Controle e de Estudo	88
Gráfico 22 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Afetiva entre os Grupos Controle e de Estudo	88
Gráfico 23 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Sensorial-Psicológica entre os Grupos Controle e de Estudo	89
Gráfico 24 – Comparação da distribuição dos dados referente à Total entre os Grupos Controle e de Estudo	89
Gráfico 25 – Comparação da distribuição dos dados referente à pontuação total da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS	105
Gráfico 26 – Comparação da distribuição dos dados referente à dimensão comportamental da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS	105
Gráfico 27 – Comparação da distribuição dos dados referente à dimensão Sensorial-psicológica da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS	105
Gráfico 28 – Comparação da distribuição dos dados referente à função física do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	105
Gráfico 29 – Comparação da distribuição dos dados referente ao desempenho de papéis do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	106
Gráfico 30 – Comparação da distribuição dos dados referente à função cognitiva do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	106

Gráfico 31 – Comparação da distribuição dos dados referente à função social do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	106
Gráfico 32 – Comparação da distribuição dos dados referente à fadiga do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	106
Gráfico 33 – Comparação da distribuição dos dados referente a náuseas e vômito do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	107
Gráfico 34 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	107
Gráfico 35 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	107
Gráfico 36 – Comparação da distribuição dos dados referente à perda de apetite do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	107
Gráfico 37 – Comparação da distribuição dos dados referente à constipação do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS	108
Gráfico 38 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia do EORTC QLQ-LC13 segundo o KPS	108
Gráfico 39 – Comparação da distribuição dos dados referente à alopecia do EORTC QLQ-LC13 segundo o KPS	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios para a formulação da pergunta PICO.....	40
Quadro 2 – Unidade 1 - Fadiga e qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=8)	47
Quadro 3 - Unidade 2 - Os cuidados paliativos em sujeitos com câncer de pulmão (n=5)	54
Quadro 4 - Relação de unidades habilitadas na rede de alta complexidade em oncologia da RRAS 13.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Agrupamentos TNM 7. ^a edição 2009 – Lung Cancer	32
Tabela 2 - Resultados da Busca Bibliográfica	43
Tabela 3 - Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de exclusão	44
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo sexo, faixa etária, estado civil, procedência, religião, escolaridade, atividade e classe econômica, Ribeirão Preto, 2015	75
Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo variáveis clínicas de diagnóstico e estadiamento do Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	77
Tabela 6 – Caracterização da amostra segundo tratamento realizado no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	78
Tabela 7 – Distribuição do número de ciclos de Quimioterapia realizados segundo o protocolo quimioterápico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	79
Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo dependência de cuidados para realização das Atividades de Vida Diária e Cuidador Principal, Ribeirão Preto, 2015	80
Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo KPS, Ribeirão Preto, 2015	80
Tabela 10 – Escore e comparação do instrumento de QVRS (EORTC QLQ-C30 e módulo LC13) no Grupo de Estudo e Grupo Controle, Ribeirão Preto, 2015	81
Tabela 11 – Escore e Comparação do instrumento de fadiga (Escala de Fadiga de Piper-Revisada) no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015	88
Tabela 12 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sexo no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015	90
Tabela 13 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável Faixa Etária no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015	92
Tabela 14 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sociodemográfica Escolaridade no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015	93

Tabela 15 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sociodemográfica Classe Econômica no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015	95
Tabela 16 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Diagnóstico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	97
Tabela 17 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Estadiamento no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	98
Tabela 18 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Realização de Tratamento Cirúrgico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	99
Tabela 19 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Vigência de Quimioterapia no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	100
Tabela 20 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Protocolo Quimioterápico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	102
Tabela 21 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável de funcionalidade KPS no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	104
Tabela 22 – Correlação entre os domínios dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e as dimensões da Escala de Fadiga de Piper no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015	110

LISTA DE SIGLAS

AAs	Americanos-Africanos
ABEP	Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa
AEs	Americanos-Europeus
AJCC	American Joint Committee on Cancer
AVDIs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
BFI	Brief Fatigue Inventory
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCEB	Classificação Econômica Brasil
CEC	Carcinoma de células escamosas
CGC	Carcinoma de grandes células
CPC	Carcinoma de pequenas células
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy – General
FDI	Fadiga, Dor e Insônia
GC	Grupo-Controle
GE	Grupo de Estudo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
INCA	Instituto Nacional do Câncer

KPS	Karnofsky Performance Status
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NCCN	National Comprehensive Câncer Network
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Periodic Acid-Schiff
PET	Tomografia por emissão de pósitron
PICO	Sujeito, Intervenção, Comparação e Outcomes
PPS	Palliative Performance Scale
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RM	Ressonância magnética
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RV	Realidade Virtual
SPECT	Tomografia por emissão de fóton único
SPPB	Short Physical Performance Battery
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumor Nódulo Metástase
TTF-1	Fator de Transcrição da Tireoide 1
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UICC	União Internacional para o Controle do Câncer
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

1. Introdução.....	23
1.1. Epidemiologia do câncer de pulmão	24
1.2. Diagnóstico.....	26
1.3. Estadiamento	29
1.4. Tratamento.....	32
1.5. A fadiga relacionada ao câncer.....	35
1.6. Cuidados paliativos	37
1.7. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).....	39
1.8. Revisão da literatura	41
1.8.1. Unidade de análise 1 - Fadiga e qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=14).....	46
1.8.2. Unidade de análise 2 – Os cuidados paliativos em sujeitos com câncer de pulmão (n=5).....	54
2. Problematização e hipótese	60
3. Objetivos.....	61
3.1. Objetivo geral	61
3.2. Objetivos específicos.....	61
4. Procedimentos Metodológicos	62
4.1. Casuística.....	62
4.2. Critérios de inclusão	63
4.3. Critérios de exclusão	63
4.4. Local do estudo.....	64
4.5. Etapa operacional	65
4.6. Instrumentos de coleta de dados.....	66
4.6.1. Ficha de identificação	67
4.6.2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	67
4.6.3. Karnofsky Performance Status (KPS).....	68
4.6.4. Escala de Fadiga de Piper – Revisada.....	68
4.6.5. <i>European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-QLQ-C30)</i>	70
4.6.6. <i>Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13 (QLQ-LC13)</i>	71
4.7. Aspectos éticos	73
4.8. Análise dos dados	73
5. Projeto piloto	75
6. Resultados.....	76
6.1. Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos	76
6.2. Caracterização da amostra segundo dados clínicos e de funcionalidade	77
6.3. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	81
6.4. Avaliação da Fadiga	88
6.5. Comparações das dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ- LC13 e Escala de Fadiga de Piper - revisada com as variáveis sociodemográficas... 90	
6.6. Comparação entre as dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper com as variáveis clínicas e de funcionalidade	96

6.7. Correlações das dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 com as dimensões da Escala de Fadiga de Piper - revisada	110
7. Discussão	113
7.1. Dados sociodemográficos.....	113
7.2. Dados clínicos e de funcionalidade	116
7.3. Avaliação da QVRS	117
7.4. Avaliação da Fadiga	121
Conclusões	128
Referências	130
Apêndices	141
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GE.....	141
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GC.....	143
Apêndice C - Ficha de Identificação	145
Anexos	148
Anexo A - Critérios de Regulação para Admissão Hospitalar (Internação) em Cuidados Paliativos	148
Anexo B - Critérios de Regulação para Admissão em Programa Ambulatorial de Cuidados Paliativos.....	150
Anexo C – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	152
Anexo D - Escala de Fadiga de Piper – Revisada.....	153
Anexo E - EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)	156
Anexo F - EORTC QLQ - LC13	158
Anexo G - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	158
Anexo H - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.....	163
Artigo Publicado.....	165

1. Introdução

O câncer de pulmão é uma doença maligna que acomete principalmente a população de adultos e idosos na faixa etária dos 40 aos 80 anos, com um pico de incidência entre os 55-65 anos. Cerca de 2 em cada 3 pessoas diagnosticadas com essa doença têm mais de 65 anos de idade e menos de 2% dos casos são de pessoas com menos de 45 anos, os quais são mais frequentes em mulheres que nunca fumaram e a doença apresenta um comportamento mais agressivo^{1,2}.

Sua ocorrência está relacionada a uma série de fatores, sendo a exposição passada ao tabagismo a principal causa associada ao câncer de pulmão, representando cerca de 80% dos casos na maioria das populações, um risco de 20 a 30 vezes maior quando comparado a não fumantes. O número de cigarros fumados por dia, idade de início, duração do tabagismo e grau de inalação estão relacionadas ao câncer, assim como a exposição passiva à fumaça do cigarro. Outros fatores de risco conhecidos incluem: exposição a carcinógenos ocupacionais e ambientais, como amianto, arsênico, radônio e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, doenças pulmonares preexistentes, repetidas infecções pulmonares, história de tuberculose, deficiência ou excesso de vitamina A e história familiar de câncer de pulmão^{3,4,5}.

A sobrevida em sujeitos com câncer de pulmão varia com o estadiamento da doença no momento do diagnóstico, sua alta taxa de mortalidade está associada ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as opções de tratamento curativo. O percentual de cura representa cerca de 15% dos casos, não havendo consenso quanto a diretrizes sobre uma abordagem diagnóstica verdadeiramente precoce e com intenção curativa¹.

A grande maioria dos sujeitos com um tumor maligno de pulmão vai necessitar de cuidados paliativos constantes para melhor controle da dor e sintomas relacionados à qualidade de vida que esse sujeito apresentará durante o período de vida remanescente, seja ele breve ou não⁶. A quimioterapia paliativa, apesar dos seus possíveis efeitos tóxicos, é um tratamento sistêmico também indicado para esses objetivos de conforto e alívio de sintomas.

A ocorrência de dor, de sintomas depressivos e outros sintomas como a náusea e fadiga são fatores de grande impacto na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de sujeitos com câncer, que podem persistir por meses ou anos após o fim do

tratamento, ou até sua morte. A fadiga é um sintoma prevalente nesta população, responsável por uma alta carga de sofrimento vivido pelos sujeitos com câncer em cuidados paliativos, impactando negativamente na percepção da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), porém é pouco diagnosticada e tratada⁷.

A QVRS é um conceito importante para sujeitos com câncer avançado e é influenciada por muitos fatores, incluindo sintomas, nível funcional, estratégias de enfrentamento, e sistemas de suporte⁸. Considerando a alta mortalidade por câncer, torna-se indispensável que ela seja considerada no atendimento a esses sujeitos.

1.1.Epidemiologia do câncer de pulmão

Segundo as estimativas do projeto GLOBOCAN da *World Health Organization International/Agency for Research on Cancer (WHO/IARC)* apresentadas para o ano de 2012, o câncer de pulmão é considerado mundialmente o terceiro tipo de câncer com maior taxa de incidência (23,1%) e mortalidade (19,4%) em ambos os sexos e considerando uma estrutura etária padrão para a população, ficando atrás dos cânceres de mama (incidência 43,3%; mortalidade 12,9 %) e próstata (incidência 31,1%; mortalidade 7,8%).

Ao estratificar esses dados por sexo, observa-se que na população masculina o câncer de pulmão é o de maior incidência (34,2%) e mortalidade (30,0%), seguido de câncer de próstata (incidência 31,1%; mortalidade 7,8%) e colorretal (incidência 20,6%; mortalidade 10,0%), enquanto na população feminina ele ocupa o quarto lugar (incidência 13,6%; mortalidade 11,1%), sendo ultrapassado em sua incidência pelos cânceres de mama (incidência 43,3%; mortalidade 12,9%), colorretal (incidência 14,3,6%; mortalidade 6,9%) e colo de útero (incidência 14,0%; mortalidade 6,8%)⁹.

A WHO/IARC ainda estima 1.987.909 novos casos para o ano de 2015, com predomínio na população masculina (68% dos casos novos), dos quais 60% dos casos em ambos os sexos ocorrerão na população com idade igual ou maior que 65 anos⁹.

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012, das quais 1,59 milhão (aproximadamente 19% das mortes por câncer) são decorrentes ao câncer de pulmão, sendo este a causa mais

comum de morte por câncer, seguido pelo câncer de fígado (9%), estômago (9%), colorretal (8%), mama (6%) e esôfago (5%)⁹.

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), apresenta um cenário que não destoa do contexto internacional, no entanto apresenta algumas peculiaridades. Estima-se 16.400 casos novos de câncer de pulmão entre homens (incidência de 16,79 casos novos a cada 100 mil homens) e 10.930 entre mulheres (incidência de 10,75 casos novos a cada 100 mil mulheres), ocupando a segunda posição entre os tipos de câncer mais incidente nos homens e a quarta posição entre as mulheres¹⁰. A distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo pode ser observado na figura 1.

Figura 1. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Os dados apresentados pela WHO/IARC referentes ao Brasil apontam que, para ambos os sexos, o câncer de pulmão ocupa a quarta posição entre os tipos de câncer de maior incidência (16.3%) e mortalidade (13.3%), superado pelo câncer de próstata

(incidência 76.2%; mortalidade 16.6%), mama (incidência 59.5%; mortalidade 14.3%) e cólo uterino (incidência 16,3%; mortalidade 7,3%). No sexo masculino o câncer de pulmão é o segundo mais incidente (21.3%) e mortal (17.9%), superado pelo câncer de próstata (incidência 76.2%; mortalidade 16.6%) e seguido pelo câncer colorretal (incidência 16.9%; mortalidade 8.8%), enquanto na população feminina ocupa o quarto lugar (incidência 12.2%; mortalidade 9.5%), sendo ultrapassado em sua incidência pelos cânceres de mama (incidência 59.5%; mortalidade 14.3%), colorretal (incidência 14.9%; mortalidade 7.4%) e colo de útero (incidência 16.3%; mortalidade 7.3%)⁹.

As estimativas do INCA apontam que a incidência do câncer em geral tende a continuar aumentando nos países em desenvolvimento, como o caso do Brasil, cujos três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres. Também crescerá ainda mais em países desenvolvidos, nos quais os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres, se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas¹⁰.

1.2.Diagnóstico

Existem diversas classificações histológicas para o câncer de pulmão, as quais são importantes para que se possa reconhecer adequadamente os diferentes tipos de tumor, pois há implicações terapêuticas a serem consideradas pelos vários tipos histológicos de neoplasias pulmonares¹¹, bem como para o diagnóstico definitivo. Uma das classificações histológicas mais utilizadas na prática clínica é a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹², que reconhece sete principais tipos histológicos de câncer de pulmão, cujos principais subtipos histológicos, definição e características epidemiológicas de cada tipo segundo esta classificação serão apresentados a seguir:

1) Carcinoma de Células Escamosas (CEC): Principais subtipos histológicos: Papilífero, Células claras, Pequenas células e Basalóide. O CEC é um tumor epitelial maligno mostrando queratinização e/ou pontes intercelulares que surge a partir do epitélio brônquico. Este tipo de carcinoma ocorre, em mais de 90% dos casos, em tabagistas, no entanto. outros fatores também podem estar associados a ele como a exposição ao arsênio.

2) Câncer de Pequenas Células: Tipos morfológicos: Principal subtipo histológico: Câncer de Pequenas Células Combinado. O Câncer de Pulmão de Pequenas Células (CPPC) consiste em um tumor epitelial maligno de pequenas células com citoplasma escasso, bordas celulares mal definidas, cromatina nuclear finamente granular e nucléolo ausente ou discreto. As células são redondas, ovais e fusiformes e a moldagem nuclear é proeminente. A necrose é tipicamente extensa e a contagem mitótica é alta. O câncer de Pequenas Células Combinado ocorre quando o câncer de pequenas células é combinado com um componente adicional que consiste em qualquer um dos tipos histológicos de câncer não pequenas células, sendo geralmente o adenocarcinoma, o carcinoma de células escamosas ou o carcinoma de células grandes e, menos comumente, o carcinoma de células fusiformes ou o carcinoma de células gigantes.

3) Adenocarcinoma: Principais subtipos histológicos: Acinar, Papilífero, Carcinoma bronquioalveolar, Não-mucinoso, Mucinoso, Misto mucinoso e não-mucinoso, Sólido com produção de mucina e Adenocarcinoma com subtipos mistos. Um tumor epitelial maligno com diferenciação glandular ou produção de mucina, mostrando padrões de crescimento acinar, papilar, bronquioloalveolar ou sólido com mucina ou uma mistura desses padrões. O adenocarcinoma ultrapassou o CEC como o subtipo histológico mais comum de câncer de pulmão em muitos países. Embora a maioria dos seus casos sejam vistos em fumantes, ele se desenvolve em sujeitos (particularmente as mulheres) que nunca fumaram com mais frequência do que qualquer outro tipo histológico de câncer de pulmão.

4) Carcinoma de grandes células: Principais subtipos histológicos: Carcinoma de grandes células neuroendócrino, Carcinoma de grandes células neuroendócrino combinado, Carcinoma tipo linfoepitelioma, Carcinoma basalóide, Carcinoma de células claras e Carcinoma de grandes células com características rabdóides. É um carcinoma não-pequenas células indiferenciado que não tem as características citológica e arquitetônicas do câncer de pequenas células, bem como diferenciação glandular ou escamosa. O carcinoma de células grandes representa cerca de 9% de todos os cânceres de pulmão enquanto o carcinoma de grandes células neuroendócrino representa aproximadamente 3% dos tipos de câncer de pulmão. Todos os subtipos predominam em fumantes, exceto a carcinoma tipo linfoepitelioma. A idade média no momento do diagnóstico é de 60 anos e a maioria dos sujeitos diagnosticados são do sexo masculino.

O carcinoma tipo linfóepitelioma é um tumor muito raro, mas representa 1% dos tumores de pulmão em China, afeta mais jovens, principalmente do sexo feminino (idade média de 57) e apenas 40% são fumantes.

5) Carcinoma adenoescamoso: É um carcinoma que apresenta pelo menos 10% do tumor composto de cada um dos tipos histológicos CEC e adenocarcinoma. Sua frequência está entre 0,4-4% dos carcinomas pulmonares e sua incidência pode estar aumentando paralelamente ao aumento de adenocarcinoma. A maioria dos doentes são fumantes e sua apresentação e comportamento clínico é semelhante ao adenocarcinoma.

6) Carcinoma sarcomatóide: Principais subtipos histológicos: Carcinoma pleomórfico, Carcinoma de células fusiformes, Carcinoma de células gigantes, Carcinosarcoma e Blastoma pulmonar. É um grupo de câncer de pulmão não pequenas células pouco diferenciado, que possuem um componente de sarcoma ou diferenciação semelhantes ao sarcoma (fuso e/ou de células gigantes). Estes tumores são raros, representando apenas cerca de 0,3-1,3% de todas as neoplasias pulmonares. A idade média de diagnóstico é 60 anos, e a razão entre homens e mulheres é de quase 4-1, já para os blastomas, homens e mulheres são atingidos na mesma proporção na faixa etária dos 40 anos.

7) Tumor carcinoide: Principais subtipos histológicos: Carcinóide típico e Carcinóide atípico. É caracterizado por padrões de crescimento (organóide, trabecular, insular, paliçada, fita, arranjos do tipo roseta que sugerem diferenciação neuroendócrina. Tem características citológicas uniformes com eosinofílica moderada, citoplasma finamente granular e núcleos com um padrão de cromatina finamente granular. O Carcinóide típico é um tumor carcinoide com menos de duas mitoses por 2 mm² e ausência de necrose e o Carcinóide atípico é um tumor carcinoide com 2-10 mitoses por 2 mm² e/ou com focos de necrose.

O diagnóstico definitivo de câncer somente pode ser feito após o exame anatomopatológico realizado por meio da biópsia da lesão suspeita. Este procedimento pode ser realizado por meio de broncoscopia, biópsia por agulha, toracoscopia, mediastinoscopia e/ou toracocentese.

De modo geral o estudo histopatológico dos linfonodos é considerado método padrão ouro para avaliar a presença ou ausência de metástases no mediastino¹³.

Além dos métodos citados acima considerados invasivos, outros métodos diagnósticos não invasivos, que incluem exames de imagem, podem ser empregados para dar suporte ao processo diagnóstico ou guiar a escolha do procedimento mais adequado, que incluem a tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), tomografia por emissão de pósitron (PET) e/ou tomografia por emissão de fóton único (SPECT).

1.3. Estadiamento

O Sistema de estadiamento Tumor-Nódulo-Metástase (TNM) para a classificação dos tumores malignos é um sistema de classificação bem conhecido, baseado nas características do próprio tumor, nos linfonodos regionais e em sítios potencialmente metastáticos. Esse sistema tem sido adotado para o estadiamento do câncer de pulmão desde o final da década de 1960. De acordo com esse sistema, cada um dos descritores (tumor, nódulo e metástase) é subdividido em categorias que são combinadas a fim de fornecer uma classificação final, com o objetivo de agrupar sujeitos com prognósticos semelhantes em uma mesma categoria de estadiamento. Isso também auxilia na seleção do melhor tratamento do câncer de pulmão caso a caso¹⁴. Este sistema é aceito pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) e pelo *American Joint Committee on Cancer* (AJCC).

O sistema TNM classifica os tumores quanto a extensão anatômica da doença, que envolve a classificação clínica pré-tratamento, designada TNM (ou cTNM), que tem por base as evidências obtidas antes do tratamento por meio de exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia, biópsia, exploração cirúrgica e outros exames relevantes e a classificação patológica (classificação histopatológica pós-cirúrgica), designada pTNM, que tem por base as evidências conseguidas antes do tratamento, complementadas ou modificada pela evidência adicional conseguida por meio da cirurgia e do exame histopatológico¹⁴.

Após definir as categorias T, N e M ou pT, pN e pM, elas podem ser agrupadas em estádios. A classificação TNM e o grupamento por estádios, uma vez estabelecidos, devem permanecer inalterados no prontuário médico.

A 7ª edição do estadiamento do câncer de pulmão proposto pela AJCC¹⁵ adota a seguinte definição da classificação TMN para câncer de pulmão:

- Tumor primário (T)

TX - O tumor primário não pode ser avaliado ou tumor comprovado pela presença de células malignas no escarro ou lavagem brônquic, mas não visualizado por imagem ou broncoscopia.

T0 - Não há evidência de tumor primário.

Tis - Carcinoma in situ.

T1 - Tumor de 3 cm ou menos em sua maior dimensão, circundado por pleura pulmonar ou visceral, sem evidência broncoscópica de invasão para além do brônquio lobar. (i.e., não está no brônquio principal).

T1a - Tumor de 2 cm ou menos em sua maior dimensão.

T1b - Tumor de mais de 2 cm, mas com 3 cm ou menos em sua maior dimensão.

T2 – Tumor de mais de 3 cm mas menor que 7 cm ou tumor com qualquer das seguintes características (tumores T2 com estas características são classificados de T2a se forem menor que 5 cm): envolve brônquio principal, 2 cm ou mais distalmente à carina; invade pleura visceral; associado com atelectasias ou pneumonite obstrutiva, estendendo-se à região hilar mas sem envolver completamente o pulmão.

T2a - Tumor de 3 cm, mas menor ou igual a 5 cm em sua maior dimensão.

T2b - Tumor maior de 5 cm, mas menor ou igual a 7 cm em sua maior dimensão.

T3 - Tumor com mais de 7 cm ou que invade diretamente qualquer das seguintes estruturas: pleura parietal, parede torácica (incluindo os tumores do sulco superior), diafragma, nervo frénico, pleura mediastínica, pericárdio parietal; ou tumores do brônquio principal menor que 2 cm distalmente à carina, mas sem envolvimento da carina; ou associados a atelectasias ou pneumonite obstrutiva de todo o pulmão ou nódulo(s) tumoral(ais) isolado(s) no mesmo lobo.

T4 - Tumor de qualquer tamanho que invade qualquer das seguintes estruturas: Mediastino, coração, grandes vasos, traqueia, nervo laríngeo recorrente, esófago, corpo vertebral, carina; nódulo(s) tumoral(ais) isolado(s) em um lobo diferente ipsilateral.

- Nódulos linfáticos regionais (N)

NX - Nódulos linfáticos regionais não foram estudados

N0 - Sem metástases em nódulos linfáticos regionais

N1 - Metástases presentes em nódulos linfáticos ipsilaterais peribrônquicos e/ou ipsilaterais hilares e nódulos intrapulmonares, incluindo envolvimento por extensão direta.

N2 - Metástases no mediastino ipsilateral e/ou nódulo(s) linfático(s) subcarineal(ais).

N3 - Metástases no mediastino contralateral, hilar contralateral, escalênio ipsilateral ou contralateral ou nódulo(s) linfático(s) supraclavicular(es).

- Metástases à distância (M)

M0 - Sem metástases à distância.

M1 - Metástases à distância.

M1a - Nódulos tumorais isolados em lobo contralateral; tumores com nódulos pleurais ou derrame pleural (ou pericárdico) maligno.

M1b - Metástases à distância (em órgãos extratorácico).

A tabela 1 apresenta o estadiamento por grupos do câncer do pulmão Segundo o AJCC.

Tabela 1 - Agrupamentos TNM 7.^a edição 2009 – Lung Cancer

Estadiamento anatômico / Grupos de prognóstico			
Estadiamento	T	N	M
Carcinoma Oculto	TX	N0	M0
Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio IA	T1a	N0	M0
	T1b	N0	M0
	T2b	N0	M0
Estádio IIA	T1a	N1	M0
	T1b	N1	M0
	T2a	N1	M0
Estádio IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
	T1a	N2	M0
Estágio IIIA	T1b	N2	M0
	T2a	N2	M0
	T2b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
Estágio IIIB	T4	N1	M0
	T1a	N3	M0
	T1b	N3	M0
	T2a	N3	M0
	T2b	N3	M0
	T3	N3	M0
Estágio IV	T4	N2	M0
	T4	N3	M0
Estágio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1a
	Qualquer T	Qualquer N	M1b

A partir do estadiamento do câncer de pulmão será definida a melhor opção de tratamento para a pessoa. Assim, a partir dos achados no determinado caso e da condição clínica desse sujeito, o tratamento pode envolver uma ou várias das modalidades que serão apresentadas a seguir.

1.4. Tratamento

Na maioria das vezes o câncer de pulmão não é detectado precocemente. Geralmente, seus sintomas não aparecem até que a doença já esteja em um estágio avançado, ou podem ser confundidos com outros problemas como uma infecção ou com efeitos do fumo a longo prazo, podendo retardar ainda mais o diagnóstico. Cerca de 85% dos sujeitos diagnosticados com câncer de pulmão morrem nos primeiros cinco

anos pós-diagnóstico¹⁶, evidenciando que, conforme dito anteriormente, essa alta taxa de mortalidade está associada ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as opções de tratamento curativo.

A escolha do tratamento adequado considera o estadiamento. As principais opções de tratamento para pessoas com câncer de pulmão não pequenas células podem incluir a cirurgia, a radioterapia e outros tratamentos locais, a quimioterapia e a terapia direcionada, sendo que, em muitos casos, mais de um desses tratamentos podem ser utilizados.

A cirurgia é geralmente considerada como a melhor opção de tratamento para o câncer de pulmão em sua fase inicial (estádios clínicos I e II A/B), mas apenas cerca de 30% dos tumores são adequados para ressecção potencialmente curativa 20% dos sujeitos, geralmente aqueles que apresentam doença localmente avançada, são submetidos a radioterapia torácica radical ou quimio e radioterapia combinadas. Os 50% restantes dos sujeitos, essencialmente aqueles com doença metastática ou aqueles considerados inaptos à medicação, são tratados paliativamente¹⁷.

Em sujeitos no estágio IA, a indicação terapêutica inclui a lobectomia e linfadenectomia mediastinal, sendo que a ressecção em cunha ou a segmentectomia poderá ser avaliada naqueles casos nos quais a prova de função respiratória contra indica a lobectomia enquanto para o estágio IB as opções terapêuticas mais adequadas incluem a mediastinoscopia cervical e/ou anterior com lobectomia associada à linfadenectomia mediastinal¹⁸.

Para os estádios IIA e IIB a escolha terapêutica deve considerar o grau de acometimento desencadeado pelo câncer, deste modo em casos de Tumor de Pancoast aborda-se de uma forma especial realizando mediastinoscopia, quimioterapia e radioterapia pré-operatória e decorridas cerca de 4-6 semanas do término da radioterapia realiza-se a cirurgia. Em casos de invasão da parede torácica opta-se pela ressecção pulmonar com lindadenectomia e toracotomia e, em casos em que a invasão é localizada no diafragma ou no pericárdio (sem derrame pleural), realiza-se ressecção em bloco da lesão. Para casos de paralisia diafragmática, faz-se, no caso de comprometimento baixo do nervo frênico sem derrame pericárdio, ressecção em bloco e, no caso de comprometimento alto do nervo frênico for alto, por invasão direta do tumor, a lesão é irressecável. Nos estádios III opta-se pela ressecção pulmonar (lobectomia ou pneumectomia) e em casos de dois ou mais linfonodos acometidos, deve-se associar

linfadenectomia mediastinal, se for um achado per operatório. Nos demais casos, deve-se realizar previamente a mediastinoscopia¹⁸.

Quanto a realização de quimioterapia, esta pode ser utilizada sozinha ou combinada com a cirurgia e a radioterapia. As drogas da quimioterapia mais usadas para câncer de pulmão não pequenas células pulmão são: cisplatina, carboplatina, paclitaxel, docetaxel, gemcitabina, vinorelbina, irinotecano, etoposide, vinblastina, pemetrexed, bevacizumabe, gefitinibe, erlotinibe e cetuximabe. As combinações mais comuns incluem a cisplatina ou carboplatina com uma outra droga, embora alguns estudos tenham descoberto que o uso de combinações com menos efeitos colaterais graves, como gemcitabina com vinorelbina e paclitaxel, podem ser muito eficazes para muitos sujeitos¹⁹.

A quimioterapia pode ser classificada segundo suas finalidades da seguinte forma²⁰:

- Quimioterapia curativa - utilizada com o objetivo de se obter eliminação completa do tumor
- Quimioterapia adjuvante – utilizada seguida da cirurgia curativa com o objetivo de destruir células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância
- Quimioterapia neoadjuvante ou prévia – utilizada anterior ao tratamento cirúrgico, quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia
- Quimioterapia paliativa – utilizada sem fins curativos para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida do mesmo, visando reduzir a massa tumoral e os sintomas relacionados ao câncer

Para o tratamento do câncer de pulmão pequenas células, em estágios iniciais (30% dos casos) em que há uma sobrevida de 15% em 2 anos, este é realizado com quimioterapia associada à radioterapia, já em estágios mais avançados (70% dos casos), cuja sobrevida em 2 anos é menor que de 3%, é realizado com quimioterapia com paclitaxel e derivados de platina (cisplatina ou carboplatina), com uma resposta de 25%¹⁸.

1.5. A fadiga relacionada ao câncer

As drogas quimioterápicas agem sobre células que se dividem rapidamente, sejam elas cancerosas ou não, tais como as da medula óssea, o revestimento da boca e dos intestinos e os folículos pilosos, são igualmente susceptíveis a serem afetados pela quimioterapia, o que pode levar a efeitos colaterais como a queda de cabelo, mucosite, perda do apetite, náuseas e vômitos, diarreia ou constipação, aumento da probabilidade de infecções (neutropenia), facilidade em ter hematomas e hemorragias (plaquetopenia), fadiga (de baixo número de glóbulos vermelhos). Estes efeitos colaterais são geralmente de curta duração e desaparecem após o final do tratamento e medicações específicas podem ajudar a reduzir esses efeitos.

Além dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento citados acima, dor e diversos sintomas podem acometer o indivíduo com câncer, os quais podem estar relacionados tanto ao tratamento, quanto à própria doença. Dentre os sintomas mais frequentes, podemos elucidar a anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia e fadiga, os quais interferem de algum modo em sua qualidade de vida, merecendo, portanto, a atenção dos profissionais de saúde²¹.

A fadiga é considerada um dos sintomas mais comumente relatados por pessoas com câncer, com sua prevalência na faixa de 60-95%²². As queixas decorrentes desse sintoma representam grande proporção do sofrimento referido pelos sujeitos sob cuidados paliativos, mas é pouco diagnosticada e tratada pelos profissionais da saúde².

A palavra fadiga se origina da experiência no dia a dia de indivíduos saudáveis, mas estudos baseados em entrevistas²³ revelaram que, apesar dos sujeitos rotularem sua sensação como fadiga, muitas vezes a consideram qualitativamente diferente da fadiga que experimentaram antes de ficarem doentes.

“sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço físico, emocional e / ou cognitiva ou exaustão relacionada ao câncer ou ao tratamento do câncer que não é proporcional a atividade recente e interfere com o funcionamento normal. Em comparação com a fadiga experimentada por indivíduos saudáveis, a fadiga relacionada ao câncer é mais grave, mais angustiante e menos provável de ser aliviada pelo repouso” (NCCN, 2015, p14)²⁴

Diferentemente da fadiga muscular, a fadiga clínica inclui três componentes principais: 1) fraqueza generalizada, resultando em incapacidade para iniciar certas atividades, 2) cansaço fácil e reduzida capacidade de manter o desempenho, e 3), fadiga mental, resultando em comprometimento da concentração, perda de memória e labilidade emocional^{25,26}.

A fadiga pode ser aguda (a qual desaparece após uma noite de repouso) ou crônica (provocada por condições físicas e psicológicas pré-existentes). A forma aguda é um mecanismo protetor e a forma crônica deixa de ser um mecanismo protetor podendo levar a uma fuga da atividade²⁷. O tempo para caracterizar a fadiga como crônica ainda não está estabelecido, podendo variar de um a seis meses; quando se torna crônica, debilita o sujeito e interfere no cotidiano do mesmo²⁸.

A causa da fadiga nos sujeitos com câncer pode estar relacionada a diversos aspectos, como estado hipermetabólico associado ao crescimento tumoral, competição entre o organismo e o tumor por nutrientes, efeitos deletérios da quimioterapia e da radioterapia, ingestão nutricional inadequada associada à náusea e vômitos decorrentes do tratamento anti-neoplásico, anemia, medo da morte, distúrbio do sono, incerteza do futuro e estresse prolongado²⁹.

Sete em nove sujeitos com fadiga tem uma diminuição significativa na qualidade de vida, bem como da função cognitiva e desempenho físico³⁰. Similar à dor, numerosos obstáculos para a gestão eficaz da fadiga foram documentados, o que inclui barreiras do sujeito, dos profissionais envolvidos e do sistema de saúde, sendo necessário para superar essas barreiras intervenções para melhorar a avaliação e comunicação da fadiga para os sujeitos e profissionais, bem como exigir dos profissionais um maior conhecimento sobre a gestão da fadiga, e sistemas que forneçam abordagens oportunas, coordenadas e interdisciplinares para a gestão da fadiga³¹.

Um estudo³² que avaliou a fadiga e sua associação com medidas da função física e incapacidade em uma amostra representativa da população idosa, confirmou sua importância pela demonstração de uma forte associação entre a fadiga e a força de preensão manual, o *Short Physical Performance Battery* (SPPB), um andar rápido de 400 metros e inabilidade para realizar as atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AVDIs). Essas descobertas são consistentes com pesquisas anteriores, demonstrando que em pessoas mais velhas não deficientes, a fadiga, expressa como o cansaço ao realizar as AVDs, prevê limitação funcional e incapacidade.

O diagnóstico da fadiga pode ser feito por meio de uma combinação de história clínica e exame físico, exames laboratoriais, informações obtidas com familiares ou acompanhantes que convivam com o sujeito e o uso de medidas padronizadas para acessar fadiga³³.

1.6. Cuidados paliativos

O diagnóstico de uma doença incurável é de grande impacto tanto para o sujeito portador desta doença e sua família quanto para os profissionais de saúde, que muitas vezes não estão preparados para lidar com essa situação.

No Brasil, os primeiros serviços de Cuidados Paliativos surgiram no final dos anos 80, a princípio no Rio Grande do Sul e em seguida no Rio de Janeiro, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), e a partir de então em demais localidades como Paraná, Santa Catarina e Jaú, no interior de São Paulo, que iniciou em 1992 a primeira enfermaria de Cuidados Paliativos com nove leitos³⁴.

Em 2002, a OMS estabeleceu uma definição revisada sobre cuidados paliativos diferenciada para adultos e crianças, a qual compreende que os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos sujeitos e suas famílias, que enfrentam problemas associados com doenças que ameacem a vida. Essa definição orienta para a prevenção e alívio de sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e demais problemas físicos, psicossociais e espirituais³⁵.

Os princípios dos Cuidados Paliativos foram reafirmados pela OMS em 2002 para nortear suas ações^{36, 37} de modo que:

- proporcione alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- afirme a vida e considera a morte como um processo natural;
- não tenha a intenção nem de apressar ou adiar a morte;
- integre os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao sujeito;
- ofereça um sistema de apoio para ajudar o sujeito de viver tão ativamente quanto possível até a morte;

- ofereça um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do sujeito e em seu próprio luto;
- utilize uma abordagem em equipe para atender às necessidades dos sujeitos e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- traga melhor qualidade de vida, influenciando positivamente o curso da doença;
- seja aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia e inclui investigações necessárias para melhor compreender e manejar complicações clínicas angustiantes.

Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, para que esta não se torne difícil de tratar nos últimos dias da vida³⁸. Esse acompanhamento deve ser multiprofissional, incluindo anestesiólogos, clínicos, cirurgiões, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, capelães e psicólogos.

Não há uniformidade na literatura em relação à definição do momento em que a pessoa enferma evolui para a terminalidade da vida, mas deve-se levar em conta três condições: a confirmação diagnóstica de doença maligna, o reconhecimento da aproximação da morte e a exaustão de todas as alternativas terapêuticas possíveis³⁹. No entanto, há uma dificuldade em identificar o prognóstico, os níveis de qualidade de vida e estabelecer o período de “final de vida” sem se considerarem as peculiaridades pessoais e as particularidades do contexto familiar e social.

É importante que o sujeito esteja bem informado sobre a doença, recebendo apoio e orientação quanto aos cuidados a serem prestados, pois diminui a ansiedade de familiares e sujeitos, criando um vínculo de confiança e segurança com a equipe profissional. Além disso, é preciso oferecer um sistema de suporte que estimule o sujeito a viver ativamente até o momento final de seu viver, da mesma forma que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença e respeitar a autonomia do sujeito com ações que elevem a sua auto-estima e favorecer uma morte digna, no local de escolha do sujeito⁴⁰.

Em todo o mundo, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos no final de sua vida todo ano, sendo que a maioria (69%) é de adultos

com mais de 60 anos e apenas 6% são crianças. A proporção mais elevada de adultos com necessidade de cuidados paliativos no fim da vida (78%) vive em países de baixa e média renda, mas as taxas mais elevadas são encontradas nos grupos de renda mais alta. Cerca de 90% da demanda para os cuidados paliativos no final de vida são os que morrem de doenças não transmissíveis, sendo as principais: doenças cardiovasculares, câncer e doenças pulmonares obstrutivas crônicas que, junto com diabetes e outras doenças não transmissíveis, representam a grande maioria das necessidades de cuidados paliativos para adultos e tende a ser predominantes na faixa etária dos mais velhos²⁹.

Em oncologia, em estádios menos avançados, o tratamento tem como principal objetivo atingir a cura e prevenir recidivas da doença, ao passo que em estádios mais avançados, em que a doença encontra-se avançada para órgãos vizinhos ou disseminada para outras áreas do corpo, o tratamento deixa de ser focalizado na cura e passa a ser direcionado a fim de minimizar a progressão da doença e controle de sinais e sintomas, os quais podem trazer grande sofrimento e impacto negativo na qualidade de vida desses sujeitos.

A pessoa com câncer avançado apresenta muitas vezes sinais e sintomas relacionados a própria doença ou tratamento de difícil controle como dor, dispneia, náuseas e vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, fraqueza. Logo, é importante que o profissional de saúde esteja atento à detecção desses sintomas e planeje sua conduta terapêutica de modo a favorecer o melhor controle possível de dor e sintomas, para proporcionar melhor qualidade de vida a sujeitos que se encontram fora de possibilidades de cura.

1.7. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Ao identificar ou descrever o sucesso do tratamento oncológico, geralmente se tem privilegiado a utilização de termos como sobrevivência e sobrevida, complicações e taxas de recidiva. No entanto, esses aspectos do tratamento não são capazes, por si só, de traçar um panorama sobre a complexidade da doença oncológica, sendo importante atentar-se para a percepção do próprio sujeito quanto aos eventos ligados à sua doença

Neste contexto, torna-se importante considerar a dimensão do sujeito no que diz respeito a sua doença, de modo a compreender como sua percepção quanto a *"sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em*

relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (p. 1405)⁴¹ expressa sua qualidade de vida.

A qualidade de vida de sujeitos com câncer pode ser entendida como a avaliação/satisfação dos doentes com o seu nível de funcionamento comparado com o que entendem como possível ou ideal⁴². A QVRS tem sido usada frequentemente de forma semelhante à sua definição mais geral, a de QV, no entanto aquela aborda mais diretamente os aspectos associados às enfermidades ou às intervenções em saúde⁴³.

Para tanto, define-se QVRS como a percepção individual do impacto dos aspectos clínicos e não clínicos que possam influenciar a saúde dos sujeitos como os aspectos da saúde geral, saúde física, estado mental/emocional, função social e aspectos relacionados à doença⁴⁴. Deste modo, esse conceito refere-se à percepção subjetiva dos aspectos da vida que são diretamente influenciados pelas alterações no estado de saúde ou que são afetados pela doença e pelo tratamento⁴⁵, podendo ser definida como a QV dentro do contexto de saúde e doença⁴⁶.

Outra definição da QVRS engloba também o valor atribuído à vida, considerando as limitações na funcionalidade, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e econômica do sistema assistencial⁴⁷.

A mensuração da QVRS é uma tarefa complexa, sendo que os instrumentos utilizados podem ser genéricos, ou seja, aqueles não elaborados para determinadas patologias ou sintomas, ou específicos, para determinadas patologias, como o câncer. Podem englobar aspectos relativos à experiência de doenças, agravos ou resultados de intervenções, podendo ser utilizados separada ou simultaneamente^{48, 49}. Instrumentos que mensuram QVRS são considerados uma ferramenta comumente utilizada para a avaliação do impacto da doença nos indivíduos, partindo de um constructo multidimensional que avalia o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexual relevante para algumas doenças crônicas⁵⁰.

No contexto oncológico, a avaliação da QVRS é uma ferramenta importante de avaliação, que abrange vários aspectos da vida, possibilitando a busca por melhores alternativas de tratamento e conhecer melhor os aspectos da qualidade e da vida de sujeitos com câncer, seja este dentro ou fora de possibilidade terapêutica de cura.

Para uma melhor compreensão do problema central deste estudo, os conteúdos introdutórios apresentados anteriormente foram mais amplamente explorados por meio de uma revisão integrativa da literatura, que será apresentada a seguir.

1.8. Revisão da literatura

Para orientar a revisão da literatura, a elaboração da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizado o método PICO, uma estratégia para a elaboração de perguntas de pesquisa e estratégias de busca⁵¹, na qual:

- P (sujeito ou população) corresponde à descrição das características ou estágio da doença, da população em investigação, ou ainda, definição da condição de interesse;
- I (intervenção ou indicador) corresponde a descrição do que será realizado com a população/sujeito/participantes;
- C (comparação ou controle) corresponde à descrição dos critérios que serão utilizados para avaliar a efetividade da intervenção;
- O (*outcomes*) corresponde ao desfecho clínico (resposta encontrada).

Quadro 1 – Critérios para a formulação da pergunta PICO

P	Problema ou Sujeito	Pessoas com câncer de pulmão, independente do tipo histológico (adenocarcinoma, carcinoma espinocelular, carcinoma de células pequenas ou carcinoma de células grandes) em cuidados paliativos que apresentem fadiga
I	Intervenção	Avaliação da qualidade de vida
C	Controle ou comparação	—
O	Desfecho (“ <i>outcomes</i> ”)	Identificação da prevalência de fadiga e mensuração da qualidade de vida desta população

A partir do exposto, estabeleceu-se como questão norteadora da revisão:

- Quais as evidências disponíveis na literatura relativas à qualidade de vida de sujeitos com câncer de pulmão, independente do tipo histológico, em cuidados paliativos que receberam intervenções não farmacológicas para controle da fadiga relacionada ao câncer e seu tratamento?

Para alcançar tais resultados, foram selecionados como fontes de pesquisa para o levantamento das informações as bases/bancos de dados eletrônicos Pubmed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scopus, acessadas por meio da internet na Biblioteca Central - USP Ribeirão Preto.

- PubMed (<http://www.pubmed.com/>) é um banco de dados possibilitando a pesquisa bibliográfica em mais de 17 milhões de referências de artigos médicos publicados em cerca de 3.800 revistas científicas. O PubMed, desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information, NCBI (em português: Centro Nacional para a Informação Biotecnológica) e mantido pela National Library of Medicine (em português: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América), é a versão gratuita do banco de dados Medline, usando o tesouro de Medical Subject Headings.

- LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/>) - é uma base de dados produzida BIREME, que a define como um “índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS. Com mais de 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, dos quais aproximadamente 830 são atualmente indexados. LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. LILACS pode ser acessada para pesquisa bibliográfica no Portal de Pesquisa da de BVS ou no próprio portal LILACS e seus registros também são indexados no Google.

- Scopus (<http://www.scopus.com>) - é uma base de dados bibliográfica que contém resumos e citações de artigos em periódicos acadêmicos. Abrange cerca de 21.000 títulos de mais de 5.000 editores, dos quais 20.000 são revisados por pares nas revistas científicas, técnicas, médicas e sociais (incluindo artes e humanidades). É propriedade da Elsevier e está disponível on-line por assinatura. As pesquisas na Scopus incorporam pesquisas científicas de páginas web por meio da Scirus, outro produto Elsevier, bem como bancos de dados de patentes.

Para a busca dos artigos nas bases/bancos de dados citados, foram usados os seguintes descritores: “Lung Neoplasm”, “Lung Cancer”, “Quality of Life”, “Fatigue”,

“Palliative Care”, “Hospice Care”, “Terminal Care”, seus correspondentes em português e seus cruzamentos.

De modo a selecionar estudos relativos à temática de estudo proposta, foram estabelecidos critérios de inclusão/exclusão para orientar a seleção de estudos que compuseram a Revisão da Literatura. Esses critérios são descritos a seguir.

Critérios de inclusão

- Estudos indexados nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scopus
- Estudos publicados no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2014
- Estudos publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol
- Estudos realizados com seres humanos
- Estudos realizados com sujeitos diagnosticados com câncer de pulmão independente do tipo histológico, familiares, cuidadores ou equipe profissional responsável por seu cuidado
- Estudos que avaliem a qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos com câncer de pulmão
- Estudos que avaliem a fadiga de sujeitos com câncer de pulmão
- Estudos que abordem intervenções curativas e/ou paliativas não farmacológicas que influenciem na percepção da fadiga e qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão

Critérios de exclusão

- Estudos repetidos
- Estudos de fonte secundária
- Material disponível na forma de editoriais, carta-respostas, etc
- Estudos metodológicos
- Estudos que discutam procedimentos cirúrgicos, tratamento farmacológico, aspectos bioquímicos e moleculares do câncer

- Estudos que abordem exclusivamente o tratamento radioterápico em sujeitos com câncer de pulmão

A partir da aplicação destes critérios, foram identificados 30192 artigos que compuseram o n inicial desta revisão de literatura. Os resultados da busca dos potenciais artigos selecionados para esta revisão segundo as bases/bancos de dados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Resultados da Busca Bibliográfica

Cruzamentos de Descritores	<i>Lilacs</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Scopus</i>	<i>Total</i>
<i>“Lung Cancer” or “Lung Neoplasm” and “Quality of Life”</i>	17	1082	3720	4819
<i>“Lung Cancer” or “Lung Neoplasm” and “Fatigue”</i>	2	188	4139	4329
<i>“Lung Cancer” or “Lung Neoplasm” and “Palliative Care”</i>	1	881	1430	2312
<i>“Lung Cancer” or “Lung Neoplasm” and “Hospice Care”</i>	0	59	172	231
<i>“Lung Cancer” or “Lung Neoplasm” and “Terminal Care”</i>	0	189	328	517
<i>“Quality of Life” and “Fatigue”</i>	7	1834	11347	13188
<i>“Quality of Life” and “Palliative Care” or “Hospice Care” or “Terminal Care”</i>	56	2697	5550	8303
<i>“Fatigue” and “Palliative Care” or “Hospice Care” or “Terminal Care”</i>	7	245	1210	1462
<i>“Lung Neoplasm” or “Lung Cancer” and “Quality of Life” and “Fatigue”</i>	1	68	760	829
<i>“Lung Neoplasm” or “Lung Cancer” and “Quality of Life” and “Palliative Care” or “Hospice Care” or “Terminal Care”</i>	3	174	482	659
<i>Lung Neoplasm” or “Lung Cancer” and “Quality of Life” and “Fatigue” and “Palliative Care” or “Hospice Care” or “Terminal Care”</i>	0	17	88	105
Total de artigos encontrados	94	872	29226	30192

Após o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão foi realizada a busca e seleção de estudos potenciais. O material identificado inicialmente foi composto por 30192 artigos. Para a definição do material final da revisão de literatura, foram

aplicados os critérios de exclusão, cujos resultados serão apresentados na tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Processo de seleção dos artigos segundo os critérios de exclusão

Critérios utilizados para exclusão	<i>Lilacs</i>	<i>Pubmed</i>	<i>Scopus</i>	<i>Total Artigos Excluídos</i>
	(N)	(N)	(N)	(N)
Artigos identificados	94	7434	29226	36754
Exclusão dos artigos repetidos	82	872	2143	3097
Exclusão de artigos não relacionados a temática	12	6530	27055	33597
Exclusão de estudos de fonte secundária	0	7	23	30
Exclusão de editoriais, respostas	0	0	1	1
Exclusão de estudos metodológicos	0	1	0	1
Exclusão de estudos que abordam procedimentos cirúrgicos, tratamento farmacológico, aspectos bioquímicos e moleculares do câncer	0	1	0	1
Exclusão de estudos que abordem exclusivamente o tratamento radioterápico em sujeitos com câncer de pulmão	0	3	0	3
Exclusão de eapós consenso entre pesquisadores	0	4	1	5
Artigos selecionados	0	16	3	19

Inicialmente foram excluídos os artigos duplicados e que não se enquadravam na proposta da revisão. Após o consenso entre as pesquisadoras envolvidas na pesquisa, foi identificado o N final de 19 artigos que compuseram esta revisão da literatura, os quais foram lidos integralmente, visando extrair informações para a caracterização dos artigos. Foi utilizada uma planilha de dados baseada no instrumento validado no Brasil⁵², contendo dados referentes ao periódico (nome, ano, volume, número, idioma, país de origem), ao pesquisador (nome) e ao estudo (título, ano e local da pesquisa, objetivo, desenho metodológico, amostra, resultados, conclusão e qualidade do estudo/nível de evidência).

Para a construção desta revisão integrativa da literatura, foram percorridas 6 etapas que incluem: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4)

avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁵³. Deste modo, para a avaliação e interpretação dos estudos incluídos nestes revisão, estes foram classificados em duas unidades de análise desta revisão da literatura, que serão apresentadas a seguir:

- Unidade 1 - Fadiga e qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=14)
- Unidade 2 - Os cuidados paliativos em sujeitos com câncer de pulmão (n=5)

1.8.1. Unidade de análise 1 - Fadiga e qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=14)

Os estudos incluídos nesta unidade ⁴⁵⁻⁵⁸ abordam a avaliação e identificação da fadiga em diferentes situações em que aspectos que compõe a qualidade de vida global são influenciados por sua presença. Nesses estudos foram utilizadas estratégias como relatos de prevalência, descrição de respostas quanto à gravidade, comparações, experiências e percepções da fadiga em diferentes amostras populacionais de sujeitos. também equipe médica e em diferentes momentos do tratamento em vigência e fatores do risco e fatores associados a piora do quadro clínico para traçar um panorama geral da fadiga e levantar hipóteses sobre sua relação com a qualidade de vida.

Trazem reflexões sobre a importância de não somente avaliar a presença da fadiga, como também compreender os possíveis impactos que pode trazer na qualidade de vida, funcionalidade, aspectos psicossociais, culturais entre outros, especialmente em uma população com câncer de pulmão, que apresenta uma alta carga de sintomas comparada com outros tipos de câncer e que além de limitações decorrentes da fadiga somam-se as decorrentes da coocorrência desta com um grupo de sintomas.

O manejo da fadiga é um desafio aos profissionais. Para uma abordagem adequada deste sintoma é necessário um compreensão mais ampla do mesmo para que se possa definir um tratamento individualizado ao sujeito com fadiga e que favoreça a compreensão e conscientização destes sobre seus próprios sintomas, sendo imprescindível, para tanto, conhecer os diversos aspectos do cotidiano do sujeito que trazem influências na percepção e expressão percepção da fadiga.

Esta unidade inclui artigos que abordam a temática do manejo da fadiga por meio de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, mas também estratégias para enfrentamento da fadiga desenvolvidas pelos próprios sujeitos ou aspectos emocionais, culturais, psicossociais, entre outros, que favoreçam ou influenciem neste processo ou são influenciados pela fadiga.

O modelo médico tradicional, em relação ao câncer de pulmão, vê sintomas como dor, fadiga e tosse como sintomas subjacentes à doença, deixando assim de considerar a influência de fatores e as dimensões que podem estar envolvidos nesta, como físico, mental, emocional, ambiental, fisiológico e também patológico.

A visão multidimensional da fadiga aponta suas influências na função cognitiva, física, psicossocial e também espiritual, sendo que em um estudo que avaliou como os sujeitos responderam a pergunta "você está cansado" do EORTC QLQ-C30 em quatro momentos no decorrer da quimioterapia de primeira linha mostrou que ao questionar sobre a fadiga, o instrumento não mediu claramente o impacto da quimioterapia sobre o nível de energia dos sujeitos, considerando que foram observadas discrepâncias no nível relatado de fadiga no decorrer do estudo e uma diminuição gradual da energia no final da quimioterapia, no entanto, como os sujeitos foram convidados a "pensar em voz alta" enquanto preenchiam o questionário, identificou-se como os sujeitos estão lidando com a situação de adoecimento e que para enfrentá-lo de forma mais positiva, valem-se de estratégias como apresentar uma imagem melhor de si mesmo e adotar de uma perspectiva mais otimista sobre o tratamento⁵⁴.

O quadro 2 a seguir apresenta de forma resumida informações relevantes dos estudos incluídos nesta unidade quanto a seus objetivos, procedimentos metodológicos e desfechos.

Quadro 2 – Unidade 1 - Fadiga e Qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=8)

AUTORES	ANO/ PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
Hung, et al ⁵⁵	2011, EUA	Relatar a prevalência, gravidade e correlatos médicos e psicossociais da fadiga	Aplicação do <i>Brief Fatigue Inventory</i> (BFI) para avaliar a prevalência e a severidade de fadiga e do KPS para medir estado funcional	Formas moderada e grave de fadiga são associadas a alteração funcional, sintomas ansiosos e depressivos, dispneia entre outros
Shi et et al ⁵⁶	2011, EUA	Identificar fatores de risco associados a sintomas e qualidade de vida após o diagnóstico de câncer	Sobreviventes ao câncer foram recrutados aleatoriamente em 11 estados para responder questionário sobre qualidade de vida via correio	O grupo com alta carga sintomas tem menor qualidade de vida e maior severidade média do que grupo com baixa carga de sintomas
Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F ⁵⁷	2010, Inglaterra	Explorar o impacto de tratamento de primeira linha na QVRS, transtornos de humor e autocontrole	Estudo prospectivo com 479 pessoas com diagnóstico recente de câncer de pulmão, em que foram coletados dados histológicos, tratamento, QVRS, transtornos de humor e autocontrole na <i>baseline</i> e após o tratamento	Menor incidência de neuropatias em sujeitos ansiosos e melhor função social e apetite em depressivos. Metade dos sujeitos tratados ativamente repetiria o mesmo tratamento novamente
Barbera et al ⁵⁸	2010, EUA	Descrever resultados de sujeitos com câncer quanto às respostas aos instrumentos PPS e ESAS	Estudo qualitativo com aplicação PPS e ESAS entre a data do diagnóstico e a data da morte ou último follow-up	Sujeitos com câncer de pulmão tiveram a pior carga de sintomas, sendo a fadiga prevalente em relação à náusea
Berendes et al ⁵⁹	2010, EUA	Examinar como a esperança está associada a vários índices de ajustamento ao câncer de pulmão	Aplicação de questionário para avaliar esperança, dor, fadiga, tosse e depressão	Esperança é inversamente associada aos principais sintomas do câncer (dor, fadiga e tosse) e distúrbios psíquicos (depressão)
Barbera, Taylor e Dudgeon ⁶⁰	2010, Canadá	Descrever os motivos mais comuns para as visitas feitas ao serviço de emergência durante o final da vida	Identificados todos os sujeitos que morreram de câncer entre 2002 e 2005 em Ontário	Motivos para visitas ao serviço de emergência foram: mal estar e fadiga, dispneia, pneumonia, dor abdominal, câncer de pulmão e derrame pleural
Lis, Rodeghier, Grutsch e Gupta ⁶¹	2009, Inglaterra	Descrever a experiência dos sujeitos com o atendimento recebido	Aplicação de um questionário de satisfação do sujeito e do EORTC QLQ-C30	A fadiga é fator preditivo na avaliação da satisfação do sujeito na área da oncologia
Basch et al ⁶²	2009, EUA	Comparar as associações de sintomas adversos relatados pelos sujeitos e por médicos	Sujeitos e médicos relataram seis sintomas do National Cancer Institute's Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) e Karnofsky Performance Status (KPS) longitudinalmente	Relatos de médicos são preditores melhores para eventos clínicos desfavoráveis e dos sujeitos refletem melhor o estado de saúde diário

Continuação Quadro 2 – Unidade 1 - Fadiga e Qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão (n=8)

AUTORES	ANO/ PAÍS	OBJETIVO	METODOLOGIA	DESFECHOS
Temel JS et al ⁶³	2009, EUA	Avaliar a viabilidade de um programa estruturado de exercícios para sujeitos recentemente diagnosticados com câncer	Um fisioterapeuta facilitou sessões bissemanais de exercícios aeróbicos e musculação durante um período de 8 semanas	Os participantes que o completaram o programa experimentaram melhora dos sintomas de câncer de pulmão
Porter, Keefe, Garst, McBride e Baucom ⁶⁴	2008, Holanda	Analisar a autoeficácia para controlar a dor, sintomas e função em sujeitos com câncer de pulmão e seus cuidadores	Participantes recrutados em várias clínicas oncológicas (Durham, NC). Aplicação de questionário específico em sujeitos e seus cuidadores	Escores baixos para sujeito e cuidador quanto a autoeficácia, sintomas e função, podendo influenciar no ajuste ao câncer.
Kozachik e Bandeen-Roche ⁶⁵	2008, EUA	Abordar a padronização e estabilidade de padrões de Fadiga, Dor e Insônia (PIF) e características preditivas de padrão de PIF	Realizado entrevistas telefônicas em quatro momentos durante um ano após o diagnóstico de câncer sincronizado com o recebimento do tratamento antineoplásico	Padrão PFI foi associado a riscos maiores deste padrão subsequente, de morte, de perda do acompanhamento ao sujeito e aumento de outros sintomas
Rao, Debb, Blitz, Choi e Cella ⁶⁶	2008, EUA	Identificar as diferenças raciais/étnicas entre Americanos-Europeus (AEs) e Americanos-Africanos (AA)	Coletados dados sobre a qualidade de vida do projeto <i>Bilingual Intercultural Oncology Quality of Life</i> por meio da aplicação do FACT-G	AAAs apresentam sintomatologia mais grave em mal-estar e capacidade de trabalhar do que AEs e menos grave em fadiga e outros
Westerman et al ⁶⁷	2007, Holanda	Descrever como os sujeitos responderam a pergunta "você está cansado" do EORTC QLQ-C30 em diferentes momentos de seu tratamento	Investigação qualitativa do comportamento de resposta de sujeitos com câncer de pulmão pequenas células na mensuração da fadiga por meio do EORTC QLQ-C30	Diminuição gradual da energia no final da quimioterapia, com a subnotificação, como resultado
Schneider SM et al ⁶⁸	2007, EUA	Explorar a Realidade Virtual (RV) como intervenção para aliviar sintomas estressantes, como fadiga e ansiedade, em adultos em tratamento quimioterápico	Participantes foram selecionados aleatoriamente para receber a intervenção de realidade virtual durante o tratamento de quimioterapia e depois não receber tratamento (controle)	O uso da RV é eficaz no manejo de sintomas estressantes e ajuda a fazer do tratamento quimioterapia mais tolerável

Foi constatado que, clinicamente, a fadiga é um dos sintomas mais prevalente em sujeitos com câncer de pulmão e que a fadiga grave foi associada com maior comprometimento funcional, sintomas ansiosos e depressivos, dispneia e presença de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou asma. Foi identificado que mais da metade dos participantes do estudo tinha alguma fadiga, e que sua severidade entre moderada a grave é responsável por limitações na funcionalidade diária, sendo que os participantes relataram ser incapazes de trabalhar ou cuidar de suas necessidades pessoais de forma independente fora da casa⁴³.

Ainda sobre a presença de fadiga, dentre os sintomas que uma pessoa diagnosticada com câncer pode experimentar, a dor, fadiga e insônia podem ser considerados os mais prevalentes e que causam maior desgaste para os sujeitos que os apresentam. A prevalência desses sintomas foi de 25,2% para dor contínua, 40,4% para fadiga e 23,2% para insônia um ano após o diagnóstico de câncer⁴⁰. É importante ressaltar que em ambos os estudos citados anteriormente, a população e metodologia adotadas foram diferentes. Em um estudo,⁴³ a amostra inclui sujeitos diagnosticados exclusivamente com câncer de pulmão submetidos à ressecção pulmonar com intenção curativa não sendo especificado o período em que foram acompanhados. Já no segundo estudo⁴⁰, a população estudada apresentava diagnóstico de câncer geral, ou seja, a amostra não continha apenas sujeitos com câncer de pulmão, e foram acompanhadas durante o diagnóstico e 1 ano após o mesmo, podendo justificar diferença na avaliação da fadiga.

Complementando essas informações⁴⁰, a dor, a fadiga e a insônia podem ser mais intensas entre os sujeitos idosos com câncer devido às alterações pré-existent de possíveis comorbidades e /ou relacionadas à idade, como alterações do sono, o que pode predispor esta população a maiores riscos para os padrões de dor, fadiga e insônia ao longo do tratamento do câncer, bem como para a fase de pós-tratamento, que compreende 1 ano após o término deste.

A fadiga em sujeitos com câncer de pulmão é mais intensa do que em outros tipos de câncer como o colo-retal ou de ovário⁶⁹. Ao examinar os sobreviventes de câncer com alta carga de sintomas⁴⁶, foi identificado que as características associadas a ela incluía ter idade inferior a 55 anos, ter baixo nível socioeconômico, ter câncer de pulmão e/ou câncer metastático, apresentar condições de comorbidade e estar em tratamento de quimioterapia. Em sobreviventes com alta carga de sintomas foi possível

identificar a partir dos itens de sintomas do *Modified Rotterdam Checklist*, sete fatores, dos quais a fadiga e dor tiveram pontuações mais altas (maior gravidade) e, junto com a depressão, são os fatores que afetam mais negativamente a pontuação de qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos com alta carga de sintomas. Um achado significativo identificado nesse estudo⁴⁶ é de que os sujeitos jovens apresentam maior carga de sintomas do que sujeitos mais velhos, o que pode estar relacionado com o fato da população mais jovem estar mais propensa a ser submetida a terapias mais agressivas.

Outro estudo⁴⁸ aponta a alta prevalência da fadiga em sujeitos com câncer por meio do instrumento ESAS. A partir desse instrumento, a sensação de cansaço foi o sintoma relatado mais frequentemente (75% dos sujeitos relataram uma pontuação de pelo menos 1 por cansaço) enquanto náusea menos frequentemente (25% dos sujeitos relataram uma pontuação de pelo menos 1 por sentir náuseas). As maiores médias de escores de sintomas foram o de cansaço e problemas com o bem-estar. Mudanças de 2 na pontuação mediana foram relacionados a alguns sintomas a partir de covariáveis idade, comorbidades, objetivo do tratamento e tipo de câncer.

Os sujeitos com câncer de pulmão apresentaram a maior carga sintoma, seguido de perto por aqueles cujo câncer primário era desconhecido. Embora os resultados desse estudo mostrem claramente que os sujeitos mais perto da morte (ou seja, aqueles que morreram no prazo de 90 dias após a primeira avaliação) têm o dobro de chance de quadruplicar a possibilidade relatar escores de sintomas de moderado a grave, a alta prevalência desses sintomas na população ambulatorial ainda é notável⁴⁸.

Dentre os motivos mais comuns para as visitas feitas ao serviço de emergência⁵⁰, a dor abdominal, dispneia, pneumonia, mal-estar e fadiga e derrame pleural foram diagnósticos altamente classificados, tanto para visitas realizadas durante os últimos seis meses quanto para aquelas feitas durante as duas últimas semanas de vida. Foram encontrados níveis semelhantes de sintomas graves como os já citados acima entre sobreviventes que terminaram a terapia e os que ainda estavam em terapia ativa, sugerindo que a carga sintomas no início do período de sobrevida pode persistir mesmo após o tratamento do câncer ter sido completado.

Além da multidimensionalidade da fadiga, há algumas peculiaridades na expressão desse sintoma, referindo-se à subjetividade da fadiga evidenciada pela

necessidade de o indivíduo expressá-la, ou seja, dependendo da história e experiência de vida deste sujeito, a forma com que ele expressa a sensação de fadiga é diferente de pessoa para pessoa⁷⁰.

Com o objetivo de identificar as diferenças raciais/étnicas nos relatos sobre o bem-estar físico, funcional, emocional e social entre Americanos-europeu (AEs) e Americanos-Africano (AA), foram identificadas⁵⁶ diferenças específicas na sintomatologia em sujeito com câncer, observando que em relação a sujeitos EAs, os AAs relataram pior estado físico e bem-estar social, melhor bem-estar emocional e sintomatologia relativamente menos grave do que EAs quanto aos itens que refletem a fadiga e os efeitos colaterais do tratamento. Os AAs eram mais propensos a ter uma melhor perspectiva sobre a vida de EAs, por outro lado, AAs relataram sintomatologia mais grave em itens que refletem mal-estar ("sentir mal") e capacidade de trabalhar, em comparação com sujeitos da EA no mesmo nível de bem-estar geral. Deste modo, o estudo aponta que os resultados sugerem que bem-estar emocional está relacionado ao apoio social, que por sua vez pode ajudar AAs com câncer a manter uma visão positiva da vida, manter altos níveis de energia e seu foco fora dos efeitos colaterais do tratamento.

Algumas hipóteses levantadas frente à dificuldade no manejo da doença e dos sintomas adversos foram: a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, evidenciada pelas disparidades raciais/étnicas em determinadas populações (EAs e AAs) ou dificuldade de comunicação com os prestadores de serviço; a necessidade de escuta, por parte dos profissionais de saúde de como o sujeito e seu cuidador estão se adaptando a doença, entre outros.

Nesse contexto, por meio da comparação de dados coletados longitudinalmente acerca dos sintomas adversos relatados pelos sujeitos e dos identificados pelos seus médicos, observou-se que os sujeitos relataram sintomas mais cedo e mais frequentemente do que os médicos. No entanto, só houve associação estatisticamente significativa com a morte e admissões de emergência para os relatos feitos pelos médicos de fadiga ($p < .001$), náuseas ($p = .01$), constipação ($p = 0,038$) e Índice de Karnofsky ($p < .001$)⁵². Notavelmente, a pior sobrevida foi observada em sujeitos para os quais os médicos relataram náuseas, fadiga, dor ou pontuação no KPS de 70 ou menos durante o mês inicial de observação (com um tempo médio de sobrevida de 12

meses) em comparação com sujeitos para os quais não foram atribuídos escores elevados.

A presença de fadiga apresenta-se como um preditor forte e independente da diminuição da satisfação pessoal e qualidade de vida dos sujeitos e apesar de ser tratável, continua sendo subnotificada. Estudos mostram que os sujeitos não consideram a fadiga como um problema sobre o qual não é válido apresentar como queixa para um profissional da saúde a menos que sejam previamente questionados quanto a sua presença⁷¹⁻⁷².

Os estudos incluídos nesta unidade de análise consideram algumas hipóteses para esta questão. Os sobreviventes de câncer muitas vezes procuram os cuidados de saúde pós-tratamento por meio de prestadores de cuidados primários, que podem não estar familiarizado com os efeitos a longo prazo de câncer e/ou seu tratamento⁵⁵.

Com a proximidade da morte, muitas pessoas diagnosticadas com câncer precisam buscar auxílio de uma unidade de emergência, sendo que a maior parte dessas visitas ocorrem durante as duas últimas semanas de vida e resultam na admissão deste sujeito à uma unidade de terapia intensiva. Isso não significa que esta seja a única opção de manejo desta população, sendo importante que os profissionais da saúde estejam atentos à quantidade e a qualidade do atendimento às necessidades desses sujeitos e de seus cuidadores⁵⁰.

Esses autores sugerem que, para diminuir as visitas aos serviços de emergência, uma série de intervenções pode ser considerada, por exemplo, a educação dos cuidadores, estruturação de intervenções psicoeducacionais, podendo ajudar familiares e cuidadores a antecipar, identificar e lidar com uma situação como uma crise já esperada ao invés de ir à emergência, para que se possa pensar em outras perspectivas além de procurar por serviços de emergência. Com essas intervenções, pode-se aumentar a capacidade ou experiência no atendimento ao sujeito em sua casa, resolvendo problemas tais como a atenção para curativos, suturas e cateteres, bem como a necessidade de visitas de acompanhamento, receitas médicas e exames laboratoriais.

1.8.2. Unidade de análise 2 – Os cuidados paliativos em sujeitos com câncer de pulmão (n=5)

nesta unidade de análise foram incluídos artigos⁶³⁻⁶⁷ que abordam a temática dos cuidados paliativos junto a sujeitos com câncer de pulmão em fase avançada e a terapêutica adotada tem por objetivo não mais alcançar a cura mediante intervenções modificadoras da doença, mas sim controle de sintomas e oferecer estratégias e terapêuticas que proporcionem melhor qualidade de vida ao sujeito e seus familiares e cuidadores. Os artigos incluídos nesta unidade de análise serão apresentados no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Unidade 2 - Os cuidados paliativos em sujeitos com câncer de pulmão (n=5)

AUTORES	ANO/ PAÍS	OBJETIVO	MÉTODO	DESFECHOS
Leppert W et al ⁷³	2012, EUA	Avaliar QV em sujeitos com câncer de pulmão avançado	Estudo prospectivo com 78 sujeitos atendidos em casa e em uma unidade de cuidados paliativos que foram avaliados quanto a QV em dois momentos	QV deteriorou-se com poucas diferenças entre os sujeitos atendidos em casa e os atendidos na Unidade
Borneman T et al ²⁸	2008, EUA	Realizar intervenção com modelo educacional para reduzir barreiras no controle da dor e fadiga (estudo 1 - barreiras) e responder às preocupações de qualidade de vida no câncer de pulmão (estudo 2 - piloto da QV)	No estudo 1, quase-experimental, 46 sujeitos fizeram parte de um programa educacional e estudo 2 sujeitos tiveram a QV avaliada por uma enfermeira após uma reunião da equipe interdisciplinar para discussão do caso	Estudo das barreiras - diminuição estatisticamente significativa das barreiras relacionadas com dor e fadigas. Estudo da QV - interdisciplinaridade dos cuidados paliativos foi viável para atender às necessidades de sujeitos mais complexos
Brown J, et al ⁷⁴	2005, EUA	Avaliar as implicações na qualidade de vida (QV) de diferentes opções de tratamento	Ensaio clínico randomizado controlado e multicêntrico em que o EORTC QLQ-C30 e LC17 foram aplicados em seis espaços de tempo: 0, 6 a 8, 12, 18, e 24 semana	QV global, as funções papel, fadiga, perda de apetite e constipação foram indicadores prognósticos de sobrevida em 12 semanas
Lutz S et al ⁷⁵	2001, EUA	Definir sintomas e a necessidade terapêutica para sujeitos com câncer de pulmão metastático ou localmente recorrente	69 sujeitos com câncer de pulmão localmente avançado em consulta em uma unidade de oncologia responderam questionários sobre QV	Sujeitos com câncer de pulmão avançado sofrem com sintomas frequentes e graves que pioram nos meses finais da vida
Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J ⁷⁶	2000, Holanda	Identificar a prevalência de fadiga em diferentes grupos de sujeitos com câncer	227 sujeitos com câncer e 98 indivíduos do grupo controle completaram uma série de questionários sobre fadiga, qualidade de vida e os sintomas psicológicos além da avaliação da função muscular voluntária e estado nutricional	Fadiga é um problema comum para sujeitos com câncer e, particularmente, para os sujeitos com doença avançada. Identificaram fatores significativamente relacionados à gravidade da fadiga

O câncer de pulmão representa um problema de saúde pública mundial, sendo que o diagnóstico tardio corrobora com um prognóstico pobre e alta taxa de mortalidade, sendo que 80% dos sujeitos apresentam com doença localmente avançada ou metastática⁷⁷.

A prevalência da fadiga em sujeitos com câncer é alta e estudos apontam que, no momento do diagnóstico ou após o primeiro ciclo de quimioterapia, ela ocorre em cerca de 40% dos sujeitos⁷⁸ enquanto que na fase mais avançada da doença a fadiga atinge 99% de ocorrência⁷⁹.

Em consonância a esses dados, um estudo realizado com 69 sujeitos com câncer de pulmão localmente avançado identificou que a fadiga foi o sintoma mais comumente relatado (80%), embora a perda de apetite (65%), tosse (77%), dispneia (73%) e dor torácica (57%) também estivessem presentes em mais de metade dos sujeitos. Quanto à gravidade da fadiga, dos quarenta e dois sujeitos que apresentavam fadiga, 38% queixaram-se de que, pelo menos ocasionalmente ou geralmente, eram incomodados pela alta intensidade de fadiga⁶⁶.

A literatura atual sugere que sujeitos com câncer de pulmão vivenciam sintomas mais graves quando comparados aos sujeitos com outros tipos de câncer em estágio similar^{67,80}.

A sobrevida média para essa população em que a sobrevida média do grupo como um todo foi de 7 meses, sendo que para o grupo de estágio IV do Câncer de Pulmão não Pequenas Células (CPNPC) foi de 5 meses (variação de 0 a 44), 8 meses (intervalo de 1 a 27) para o grupo com Câncer de Pulmão Recorrente Localmente (CPRL) e 10 meses (variação de 6 a 15) para a fase extensa do grupo com Câncer de Pulmão Pequenas Células (SCLC)⁶⁶.

Comparando sujeitos com câncer de pulmão a outros tipos de câncer, bem como a um grupo de sujeitos com câncer avançado sob cuidados de um equipe de cuidados paliativos, foi encontrado que a prevalência de fadiga severa foi de 15% entre os sujeitos com câncer de mama diagnosticado recentemente, 16% entre os sujeitos com câncer de próstata diagnosticado recentemente, 50% entre os sujeitos com câncer de pulmão não pequenas células inoperável e 78% entre os sujeitos que receberam cuidados paliativos durante a internação especializada. Os autores ainda trazem que nos sujeitos, uma combinação de dispneia, sofrimento psíquico, dor e uma medida da carga global da doença foi responsável por 56% da variância nos escores de fadiga, ou seja, a fadiga severa se mostrou como um problema comum entre os sujeitos com câncer em

Introdução

geral, mas parece acometer ainda mais aqueles com doença avançada, sendo esta significativamente associada com a gravidade de sintomas psicológicos (ansiedade e depressão) e com a gravidade da dor e dispneia⁶⁷. Esses achados elucidam a importância de se oferecer um programa de cuidados paliativos a este grupo logo após o diagnóstico, dadas a alta frequência e severidade dos sintomas, a sobrevivência média curta e a necessidade de assistência paliativa frequentemente.

Nesse contexto, os cuidados paliativos e de suporte interdisciplinar devem ter início no momento do diagnóstico e continuar durante todo o tratamento, trazendo benefícios a esta população, especialmente àqueles com o câncer em estágio mais avançado, bem como a seus familiares e cuidadores, no entanto, ainda é pouco utilizados especialmente nos cuidados ambulatoriais, resultando no tratamento dos sintomas abaixo do identificado como ideal⁶⁴.

A utilização de uma estratégia de uso de modelo educacional para reduzir as barreiras no manejo de dor e fadiga de sujeitos com câncer de pulmão em atendimento ambulatorial, mostrou que os sujeitos com câncer de pulmão no grupo experimental tiveram uma diminuição estatisticamente significativa das barreiras identificadas como relacionadas ao próprio sujeito no que diz respeito à dor e à fadiga. Já o uso de uma abordagem interdisciplinar de cuidados paliativos para manejo das questões de qualidade de vida nesta mesma população revelou que diversos aspectos de sua qualidade de vida apresentam-se alterados, assim uma abordagem interdisciplinar de cuidados paliativos se mostrou viável para atender necessidades complexas e multidimensionais deste grupo. Ambas as abordagens também foram capazes de reduzir as barreiras relacionadas ao próprio sujeito no manejo de seus sintomas, identificar as necessidades de cuidados paliativos e fazer encaminhamentos em tempo hábil⁵⁴.

Sujeitos com câncer de pulmão sofrem de vários sintomas debilitantes que afetam negativamente a qualidade de vida geral. Nas últimas décadas a literatura tem mostrado extensivamente diversas barreiras e dificuldades no manejo de sintomas relacionados ao câncer, especialmente aqueles que são conhecidos por afetar todas as dimensões da qualidade de vida do sujeito, como o caso da dor e da fadiga⁸¹.

Um estudo-piloto quase-experimental que testou uma intervenção educativa em duas fases para reduzir as barreiras relacionadas à dor e ao gerenciamento de fadiga⁶⁴, trouxe evidências de que a intervenção educacional foi bem-sucedida para combater a barreira encontrada pelos sujeitos em notificar o profissional da saúde sobre a presença de fadiga, ajudando a combater as percepções equivocadas sobre a fadiga. Crenças

Introdução

comuns como a inevitabilidade de fadiga, a falta de tratamento eficaz para a fadiga, a prioridade mais baixa dada ao manejo da fadiga e preocupação do sujeito em ser visto como poliqueixoso ao relatar fadiga ao profissional foram melhoradas no grupo de intervenção, apontando a existência de equívocos substanciais em ambos os grupos, antes e após a intervenção, e a necessidade de maior enfoque na educação do sujeito.

A mensuração da qualidade de vida tem sido muito utilizada para avaliar os ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de medir os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia e esta é a melhor forma de avaliar a tolerância do sujeito ao tratamento⁸².

Um estudo foi realizado para avaliar as implicações na qualidade de vida de diferentes opções de tratamento⁶⁵; 138 sujeitos foram selecionados aleatoriamente para não receber quimioterapia e 135 para receber a quimioterapia. Constatou-se que não houve efeitos adversos importantes da quimioterapia na qualidade de vida e que a QV global e as funções desempenho de papéis, fadiga, perda de apetite e constipação foram indicadores prognósticos de sobrevida em 12 semanas. Neste período de 12 semanas foram descartados em todas as análises os grandes efeitos positivos ou negativos da quimioterapia sobre a fadiga e dispneia, mas os resultados para a função emocional não descartaram a possibilidade de grandes efeitos em qualquer direção⁶⁵.

Ainda sobre a qualidade de vida da população com câncer de pulmão em cuidados paliativos, foi feito um estudo prospectivo com 78 sujeitos atendidos em casa e em uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) para avaliar a qualidade de vida em sujeitos com câncer de pulmão avançado por meio de duas avaliações com o EORTC QLQ-C30. As escalas de função deste instrumento indicaram uma baixa pontuação e, em sua maioria, piorou com o efeito do tempo, no entanto foi semelhante nos dois grupos de sujeitos. As únicas diferenças encontradas entre os dois grupos foi que a dor foi mais intensa nos sujeitos do UCP enquanto a dispneia foi mais intensa e o KPS piorou no grupo de sujeitos em casa⁶³.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer e intervir sobre a fadiga, sendo necessário que este tenha conhecimento dos tratamentos curativos, mas também paliativos em se tratando de uma população com câncer de pulmão⁸³.

Esses estudos sobre a qualidade de vida de sujeitos em Cuidados Paliativos trazem à reflexão a importância da introdução dos cuidados paliativos precocemente. Em sujeitos com câncer de pulmão, a QV é muito importante, especialmente na fase

Introdução

avançada da doença, quando a cura não é possível e os sujeitos apresentam múltiplos sintomas⁸⁴

Os cuidados paliativos podem ser vistos como uma forma de manejo eficaz da dor e dos sintomas como dispneia, fadiga, perda de apetite e prisão de ventre e que, quando essa abordagem é acompanhada de apoio psicossocial e espiritual, pode trazer melhorias significativas na qualidade de vida de sujeitos com câncer de pulmão avançado.

Problematização e hipótese

2. Problematização e hipótese

As questões que se pretendem com esse estudo são: a presença de fadiga influencia na percepção da QVRS de sujeitos diagnosticados com câncer de pulmão em cuidados paliativos? Qual a relação entre as características sociodemográficas e clínicas desta população com a percepção de sua QVRS e fadiga?

A hipótese levantada é de que a fadiga é um sintoma prevalente em sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos comparado com a população geral sem diagnóstico oncológico e sua presença influencia negativamente a percepção da QVRS desses sujeitos.

Objetivos

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Avaliar a QVRS e a fadiga de sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos e identificar a relação entre a presença de fadiga e percepção da QVRS dessa população em comparação com a população sadia sem diagnóstico oncológico.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos
- Descrever a QVRS e a fadiga de sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos a partir das dimensões avaliadas pelos instrumentos de coleta de dados
- Comparar a QVRS e a fadiga de sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos com uma amostra pareada da população geral sem diagnóstico oncológico
- Verificar a correlação entre a fadiga e a QVRS de sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos

Procedimentos Metodológicos

4. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo transversal e com abordagem quantitativa, correlacional sobre a influência da fadiga na QVRS de sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos.

4.1. Casuística

A definição da casuística seguiu um plano de amostragem não probabilística, por conveniência, de sujeitos adultos, de ambos os sexos, diagnosticados com câncer primário de pulmão, localmente avançado e/ou metastático (i.e. estadiamento IIIB e IV do AJCC), em cuidados paliativos, atendidos no HCFMRP-USP no período de maio a novembro de 2014, que atenderam aos critérios de inclusão.

A identificação dos potenciais sujeitos em Cuidados Paliativos para a pesquisa se deu pela consulta à equipe responsável pelo cuidado deste e pela aplicação dos “Critérios de Regulação para a Admissão Hospitalar (Internação e Ambulatorial) de Cuidados Paliativos”, elaborado pelo Grupo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)⁸⁵ (Anexos A e B), baseado nas diretrizes de prognóstico em doenças crônicas e diversos documentos internacionais de cuidados paliativos. esses critérios estabelecidos possibilitam uma regulação de sujeitos de forma clara e coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Grupo de Estudo (GE) - constituído por 60 sujeitos com câncer de pulmão (tumor primário) localmente avançado e/ou metastático, selecionados dentre os atendidos na Central de Quimioterapia, ou pelo Ambulatório de Oncologia Clínica ou pelo Ambulatório de Pneumo-Oncologia ou pelo Grupo de Cuidados Paliativos do HCFMRP-USP.

- Grupo-Controle (GC) - constituído por 60 sujeitos, sem diagnóstico de câncer, selecionados dentre a população em geral de forma pareada com o grupo de estudo segundo idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico.

Procedimentos Metodológicos

4.2. Critérios de inclusão

- GRUPO DE ESTUDO (GE): Foram incluídos os sujeitos:
 - Com o diagnóstico de câncer de pulmão (tumor primário) localmente avançado e/ou metastático (Estadiamento Clínico IIIb ou IV)
 - Atendido na Central de Quimioterapia, no Ambulatório de Oncologia Clínica ou no Ambulatório de Pneumo-Oncologia do HCFMRP-USP ou pelo Grupo de Cuidados Paliativos do HCFMRP-USP
 - Com idade igual ou superior a 18 anos

- GRUPO CONTROLE (GC): Foram incluídos os sujeitos:
 - Com idade igual ou superior a 18 anos
 - Sem o diagnóstico oncológico, exceto pele não melanoma
 - Não estavam em vigência de tratamento antineoplásico

4.3. Critérios de exclusão

- GRUPO DE ESTUDO (GE): Foram excluídos os sujeitos que:
 - Não estavam consciente e cognitivamente orientado segundo avaliação da equipe responsável pelo sujeito;
 - Não estavam em Cuidados Paliativos segundo os “Critérios de Regulação para a Admissão Hospitalar (Internação e Ambulatorial) de Cuidados Paliativos”, elaborado pelo Grupo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)

- GRUPO CONTROLE (GC): Foram excluídos os sujeitos que:
 - Não estavam pareados com os sujeitos do GE segundo idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). (Anexo C)

4.4. Local do estudo

O estudo foi realizado na Central de Quimioterapia, no Grupo de Cuidados Paliativos e nos Ambulatórios de Oncologia Clínica e Pneumo-Oncologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HC-FMRP-USP.

O HCFMRP-USP, hospital no qual os sujeitos que compuseram o grupo de estudo foram selecionados, compreende a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), a qual é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Barretos, localizado na macrorregião Noroeste do estado de São Paulo, de Araraquara, de Franca e de Ribeirão Preto, que estão situados na macrorregião Nordeste do estado de São Paulo. Neste conjunto, há 90 municípios agregados nas Regiões de Saúde Central do DRS III, Centro-Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Coração do DRS III, Norte-Barretos, Sul-Barretos, Três Colina, Alta Anhanguera, Alta Mogiana, Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras. Abrange uma população total de 3.307.320 habitantes.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10⁸⁶, as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

As RRAS têm como objetivos integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de informações para dar suporte às atividades de planejamento e definição de fluxos no território (Portaria GM/MS nº 4279/10). São compostas por Redes Temáticas (urgência e emergência, maternoinfantil, Oncologia, entre outras), que podem ser definidas como pontos de atenção articulados entre si para promover a integralidade do cuidado.

A RRAS 13 conta com 7 unidades especializadas de atendimento em Oncologia, conforme apresentado no Quadro 4, a seguir.

Procedimentos Metodológicos

Quadro 4. Relação de unidades habilitadas na rede de alta complexidade em oncologia da RRAS 13.

DRS	Instituição	Serviço
Araraquara	Santa Casa de Araraquara	UNACON com Hematologia e Radioterapia
	Santa Casa de São Carlos	UNACON com Radioterapia
Barretos	Fundação Pio XII – Barretos	CACON com Oncologia Pediátrica
Franca	Santa Casa de Franca	CACON com Oncologia Pediátrica
Ribeirão Preto	HC de Ribeirão Preto	CACON com Oncologia Pediátrica
	Santa Casa de Ribeirão Preto	UNACON com Oncologia Pediátrica
	Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto	CACON

Todos os sujeitos selecionados foram entrevistados no ambulatório em que recebia atendimento ou central de quimioterapia.

4.5. Etapa operacional

Os sujeitos atendidos na Central de Quimioterapia e Ambulatório de Oncologia Clínica ou Onco-Pneumo identificados como potenciais sujeitos para compor o grupo de estudo da pesquisa foram pré-selecionados pela pesquisadora de modo a identificar por meio da revisão dos dados de prontuário àqueles sujeitos que eram elegíveis segundo os “Critérios de Regulação para a Admissão Hospitalar (internação e ambulatorial) de Cuidados Paliativos” à pesquisa, atendendo aos critérios de inclusão.

Após serem identificados os sujeitos do grupo de estudo da pesquisa, estes foram abordados enquanto aguardavam o atendimento nos ambulatórios e central de quimioterapia e convidados a participar da pesquisa. Com o consentimento do sujeito em participar, foi inicialmente aplicado na forma de entrevista a ficha de identificação e em seguida o Critério de Classificação Econômica Brasil, o Karnofsky Performance Scale, a Escala de Fadiga de Piper – Revisada e o EORTC-QLQ-C30 seguido do EORTC-QLQ-LC13, sendo que a pesquisadora posicionava-se sentada ao lado do sujeito entrevistado com uma prancheta com os protocolos de entrevista impresso em mãos de modo a permitir que os sujeitos tivessem acesso visual às perguntas lidas pela pesquisadora, bem como às escalas do tipo likert dos questionários EORTC-QLQ-C30 e LC-13 e Escala de Fadiga de Piper – Revisada. As respostas dadas pelos sujeitos eram anotadas nos protocolos impressos pela pesquisadora e, caso o sujeito apresentasse

Procedimentos Metodológicos

dificuldade de compreensão de alguma questão a pergunta era lida novamente e o sujeito era orientado a responde-la da forma que a compreendera.

Os dados clínicos e relativos ao tratamento do sujeito que participou da pesquisa foi coletado em seu respectivo prontuário. Finalizada a coleta com o grupo de estudo, foi elaborado um banco de dados contendo todas as informações coletadas.

Os potenciais sujeitos a compor o grupo controle, sem o diagnóstico oncológico, foram identificados em espaços públicos de grande circulação em Ribeirão Preto, sendo estes: Catedral Metropolitana de São Sebastião, Praça das Bandeiras, Praça Sete de Setembro, Praça XV de Novembro e Terminal Rodoviário Ribeirão Preto. Os sujeitos que frequentavam os espaços públicos selecionados para a pesquisa foram abordados pela pesquisadora e convidados a participar da pesquisa.

Os sujeitos que manifestaram seu consentimento em participar da pesquisa foram inicialmente questionados quanto à presença de algum diagnóstico oncológico (exceto pele não melanoma) e/ou vigência de algum tratamento antineoplásico e, caso a resposta fosse negativa para ambas as questões, o sujeito era identificado como elegível para a pesquisa.

O procedimento de coleta de dados com o grupo controle seguiu o mesmo padrão apresentado acima com o grupo de estudo, exceto que os dados clínicos referente ao câncer e de seu tratamento não foram aplicados com o grupo controle.

Finalizada a coleta de dados com o grupo controle, as informações foram salvas em um banco de dados, por meio do qual os sujeitos do grupo controle foram selecionados de forma pareada ao grupo de estudo segundo os critérios de sexo, idade, escolaridade e nível econômico avaliado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil, sendo que os sujeitos que não foram pareados ao grupo de estudo excluídos da pesquisa.

4.6. Instrumentos de coleta de dados

Foram aplicados uma ficha de identificação composta por dados sociodemográficos e clínicos, pelo *Karnofsky Performance Scale* (KPS) e Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) e dois instrumentos estruturados e padronizados para avaliar fadiga - Escala de Fadiga de Piper – Revisada - e QVRS de sujeito com câncer de pulmão - *European Organization for Research in the Treatment*

Procedimentos Metodológicos

of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-QLQ-C30) - e módulo para câncer de pulmão - *Quality of Life Questionnaire Lung Cancer* 13 (QLQ-LC13) -, os quais foram disponibilizados na forma de questionário aos sujeitos selecionados, após ao esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A e B).

4.6.1. Ficha de identificação

A Ficha de Identificação (Apêndice C), elaborada pela pesquisadora para coletar informações sobre sujeito de pesquisa, contém dados sociodemográficos como nome (siglas), sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade e classe econômica (avaliados pelo Critério de Classificação Econômica Brasil), serviço de saúde responsável pelo tratamento do câncer, dados clínicos referentes ao diagnóstico e seu tratamento, como o diagnóstico oncológico, estadiamento, tratamento em vigência e tratamentos realizados previamente (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia). Na ficha de identificação também continha informações relativas à capacidade funcional, que foi avaliada pelo Karnofsky Performance Status - KPS.

Nesta ficha também está incluída uma questão acerca da necessidade de auxílio do sujeito entrevistado para atividades do dia a dia como banho, uso do banheiro, vestir-se, alimentação, mobilidade funcional, cuidado com equipamentos pessoais e higiene pessoal e autocuidado e caso fosse necessário este auxílio, quem seria o responsável pelos cuidados.

4.6.2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

O Critério de Classificação Econômica Brasil versão 2014 (CCEB, 2014)⁸⁷ foi desenvolvido segundo a Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP) e sua alteração mais recente foi realizada em 2012 a partir do Levantamento socioeconômico realizado pelo IBOPE em 2010. O CCEB enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”.

O método utilizado no CCEB estabelece quantos pontos a família recebe pela presença de um determinado bem ou serviço e o peso de cada um de acordo com a quantidade possuída, bem como pelo grau de instrução do chefe de família. A partir da

Procedimentos Metodológicos

soma dos pontos alcançados por uma dada família, procede-se à sua classificação em uma das oito classes econômicas propostas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E).

4.6.3. Karnofsky Performance Status (KPS)

O *Karnofsky Performance Status* (KPS) foi desenvolvida por Karnofsky e Burchenal em 1949, sendo o primeiro instrumento desenvolvido para avaliação funcional de sujeitos com câncer. Permite classificar os sujeitos de acordo com o seu grau de comprometimento funcional, a partir de uma escala de 0 a 100 que representa a capacidade de desempenhar atividades da vida diária, de realizar atividades laborais e a necessidade de receber cuidados especiais.

Os escores da escala refletem em valores que predizem o desempenho funcional dos sujeitos, nos quais escores de 80 a 100 pontos significam que o sujeito possui capacidade para desempenhar atividades da vida diária e trabalhar sem necessidade de cuidados específicos. Escores de 50 a 70 pontos significam incapacidade do indivíduo para trabalhar, porém é capaz de ficar em casa e dar conta da maioria das necessidades pessoais, tendo necessidade variável de assistência e finalmente, os escores 0 a 40 pontos predizem incapacidade para autocuidado e que o sujeito requer o equivalente a cuidado institucional ou hospitalar com progressão rápida da doença⁸⁸.

Apesar de seu amplo uso, não se conhece estudo que tenha testado suas propriedades psicométricas na cultura brasileira.

4.6.4. Escala de Fadiga de Piper – Revisada

A Escala de Fadiga de Piper - Revisada (Anexo D) é um instrumento multidimensional, de auto-relato, composto por 22 itens, validado no Brasil em 2002²², que variam de 0 a 10 e avaliam as seguintes dimensões da fadiga: dimensão comportamental (itens 2 a 7), dimensão afetiva (itens 8 a 12) e dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23). Cada item é pontuado numericamente em uma escala de 0 a 10, sendo possível obter um escore total ou um escore de cada dimensão, ambos calculados por meio da média entre os 22 itens totais e entre os itens que compõem cada domínio, respectivamente. Escores mais altos indicam maior fadiga. Além dos 22 itens supracitados, há 5 questões abertas acerca do tempo que o sujeito está sentindo fadiga, o que causa e o que alivia a fadiga, se há algo que o sujeito queira relatar sobre

Procedimentos Metodológicos

sua fadiga e se algum outro sintoma está presente no momento. Estas questões não são computados para o cálculo do escore do instrumento, no entanto proporcionam uma avaliação adicional de modo a permitir ao indivíduo informar mais dados sobre a sua experiência de fadiga.

O escore total é calculado pela média de todos os itens do instrumento (itens 2 a 23) e os escores das dimensões são calculados pela média dos itens contidos em cada dimensão. O escore total e das dimensões são descritos numa escala numérica de 0 a 10, sendo que quanto maior o resultado, maior a fadiga.

A dimensão comportamental, que corresponde aos itens 02 ao 07 da escala, avalia componentes primariamente relacionados à capacidade funcional que podem ser prejudicados pela fadiga, incluindo questões pessoais (itens 02 e 06), atividades sociais (itens 03 e 04) e relacionamento sexual (item 05). Essa dimensão também apresenta um item (item 07) que avalia a intensidade global do fenômeno no momento da entrevista.

A dimensão afetiva, que corresponde aos itens 08 ao 12, busca identificar a interpretação ou o significado atribuído à fadiga. As âncoras dos itens são agradável/desagradável, aceitável/inaceitável, protetora/destruidora, positiva/negativa e normal/anormal.

A dimensão sensorial/psicológica, que corresponde aos itens 13 ao 23, reúne componentes de auto-percepção, emocionais e cognitivos na presença da fadiga. Os itens referentes à auto-percepção (itens 13 a 17) permitem ao indivíduo expressar como ele se sente, utilizando termos cotidianos: forte/fraco, acordado/sonolento, com vida/apático, com vigor/cansado, com energia/sem energia. Os itens referentes à emoção (itens 18 a 20) relacionam-se a sentimentos de ansiedade e depressão. Os itens referentes aos aspectos cognitivos (itens 21 a 23) investigam as funções mentais de memória, concentração e organização de pensamentos, que podem sofrer impacto pela fadiga.

O ponto de corte estabelecido para determinar a presença ou ausência de fadiga foi do escore 4, em que um escore menor que 4 o sujeito não apresenta fadiga e escore maior que 4 apresenta fadiga, definido com base no consenso do *National Comprehensive Cancer Network*⁷ e na validação da versão brasileira da escala²². Reunindo esses critérios, adotou-se no presente estudo a seguinte classificação:

- escore 0 = ausência de fadiga
- escore maior que 0 e menor que 4 = fadiga leve

Procedimentos Metodológicos

- escore igual a 4 e menor que 6 = fadiga moderada
- escore igual ou maior a 6 até 10 = fadiga intensa

A partir dessa classificação estabeleceu-se o ponto de corte no escore 4 para discriminar indivíduos fatigados dos não fatigados. Assim, o grupo de pacientes “com fadiga” correspondeu aos pacientes com fadiga moderada e intensa e o grupo de pacientes “sem fadiga” correspondeu aos pacientes que apresentaram ausência de fadiga e fadiga leve. A opção por adotar-se 4 como ponto de corte visou a que se tivesse maior segurança na identificação de casos com fadiga relevante na clínica.

4.6.5. *European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-QLQ-C30)*

O EORTC-QLQ-C30 (Anexo E) é uma escala desenvolvida pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (*European Organization for Research and Treatment for Cancer*), junto a sujeitos com câncer de pulmão, para avaliar a Qualidade de Vida daqueles que participavam de um ensaio clínico internacional. É considerada válida e confiável para avaliar a Qualidade de Vida de sujeitos com câncer, independente da localização do tumor. Esse questionário foi validado no Brasil em 2006⁸⁹.

A EORTC aborda a Qualidade de Vida de maneira multidimensional e seu questionário é autoaplicável. Busca avaliar as diversas condições de sofrimento no sujeito com câncer, como os sintomas físicos prevalentes, os efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, capacidade funcional, interação social, imagem corporal, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico.

O instrumento QLQ C-30 (versão 3.0) possui 16 domínios, distribuídos em 30 questões, que formam 4 escalas: Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (um domínio; dois itens); Escala Funcional (cinco domínios; 15 itens); Escala de Sintomas (nove domínios; 12 itens) e Escala de Dificuldades Financeiras (um domínio; um item).

As questões de 1 a 28 do questionário são colocadas em Escala do tipo Likert de quatro pontos, de modo que as respostas variam de não (valor do escore = 1) a muito (valor do escore = 4). As questões 29 e 30 são apresentadas em escala do tipo Likert de sete pontos, em que um corresponde a péssimo e sete a ótimo.

Procedimentos Metodológicos

Segundo as diretrizes da EORTC, os resultados devem ser interpretados da seguinte forma:

- Para a Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida, quanto maior for o escore (mais próximo de 100), melhor será a percepção do sujeito sobre seu estado de saúde global e quanto menor for o escore (mais próximo de 0), pior será essa percepção;
- Para as Escalas Funcionais, que avaliam função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e função social, quanto maior for o escore (mais próximo de 100), melhor será sua funcionalidade.
- Para a Escala de Sintomas, que avalia fadiga, náusea e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e também dificuldades financeiras, a interpretação é o oposto das escalas anteriores, sendo que quanto maior o escore (mais próximo de 100), maior a presença dos referidos sintomas e conseqüentemente, pior QVRS e quanto menor o escore (mais próximo de 0), menor a presença de sintomas e melhor a QVRS.

4.6.6. *Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13 (QLQ-LC13)*

O Grupo de Qualidade de Vida do EORTC desenvolveu um sistema modular para a avaliação da qualidade de vida de sujeitos com câncer em estudos clínicos que é composto por dois elementos básicos: um núcleo contemplando um questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, o EORTC QLQ-C30, que abrange aspectos gerais de qualidade de vida relacionada a saúde, e (2) módulos específicos complementares a esse questionário que abrange questões relativas a doença ou tratamento, neste caso, o módulo específico para sujeito com câncer de pulmão. O módulo EORTC QLQ-LC13 (anexo F) trata-se de um questionário de 13 itens específicos do câncer de pulmão que compreende tanto questões multi-itens como de item único, quanto a mensuração de sintomas associados ao câncer de pulmão (tosse, hemoptise, dispneia e dor) e de efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia (ou seja, perda de cabelo, neuropatia, estomatite e disfagia)⁹⁰.

As opções de resposta permitidas pelo questionário são "não" (um ponto), "pouco" (dois pontos), "moderadamente" (três pontos) ou "muito" (quatro pontos). Nas duas questões referentes à escala de estado de saúde global, as opções de escolha variam de um (péssima) a sete pontos (ótima). Para a pontuação os escores são convertidos

Procedimentos Metodológicos

numa escala linear que varia de 0 a 100. Quanto à interpretação dos escores nas escalas, nas escalas funcionais e de estado de saúde global, maiores pontuações relacionam-se a melhor qualidade de vida, enquanto que nas escalas de sintomas, maiores pontuações correspondem a maior presença do referido sintoma e, conseqüentemente, a pior qualidade de vida. Esse questionário foi validado no Brasil em 2006⁸⁷.

Segundo as diretrizes do EORTC, os dados devem ser interpretados da seguinte forma:

- O módulo específico de câncer de pulmão avalia sintomas associados ao câncer de pulmão (tosse, hemoptise, dispnéia e dor em local específico), os efeitos secundários relacionados com o tratamento (boca seca, disfagia, neuropatia periférica e alopecia) e medicação para a dor, a interpretação segue o mesmo princípio da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30. Quanto maior o escore (mais próximo de 100), maior a presença de sintomas relacionados ao câncer de pulmão e efeitos secundários ao tratamento e maior uso de medicação para dor e conseqüentemente, com pior QVRS; quanto menor o escore (mais próximo de 0), menor a presença de dos aspectos citados e melhor a QVRS.

Procedimentos Metodológicos

4.7. Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo G e H) sob o protocolo CAAE 26970714.6.0000.5393 em 7 de maio de 2014 atendendo à Resolução CNS 466/12⁹¹.

A população foi selecionada por meio do acompanhamento das agendas dos locais da pesquisa e foi convidada a participar do estudo e devidamente esclarecida sobre a pesquisa, assegurando os direitos de sigilo da identidade, continuidade do tratamento e desistência de participação do estudo a qualquer momento e, somente após este processo, foi solicitado o consentimento expresso por mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma via de pertence do sujeito.

4.8. Análise dos dados

Para descrever os dados sociodemográficos, clínicos e os escores dos instrumentos EORTC-QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de fadiga de Piper - revisada foi utilizada estatística descritiva (Mediana, Mínimo e Máximo e 1º e 3º quartil).

Para as comparações dos grupos (estudo e controle) quanto aos domínios do instrumento de fadiga, QLQ-C30 e LC13 foi proposto o teste de Mann-Whitney. Tal teste utiliza a técnica não paramétrica para comparar a distribuição dos grupos, não sendo necessária suposições quanto à distribuição dos dados.

As comparações das variáveis clínicas quanto a esses mesmos instrumentos foi feita pelo teste de Mann-Whitney (no caso em que a variável possuía duas categorias, como no caso do KPS, estadiamento e cirurgia) e pelo teste de Kruskal-Wallis no caso em que as variáveis possuíam três ou mais categorias de resposta (protocolo, QT em vigência e diagnóstico)⁹²⁻⁹³. O teste comparando os instrumento em relação à variável "metástase" não foi feito, uma vez que essa variável tem resposta idêntica à variável "estadiamento".

Ambos os teste apresentados comparam a distribuição dos dados, e não uma medida em si (como média ou mediana), desta forma foram descritos a partir dos

Procedimentos Metodológicos

valores mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo. Embora a média seja a medida de posição mais conhecida e utilizada, neste estudo optou-se por utilizar a mediana por ela ser adequada às provas estatísticas definidas, além de, diferentemente da média, a mediana não é influenciada por valores extremos em uma série ou conjunto de dados.

As comparações foram obtidas com o auxílio do software R versão 3.1.1. O nível de significância (α) adotado no estudo é 0,05.

Para analisar a correlação entre os domínios dos instrumentos foi proposto o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Esse coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita e o valor -1 também indica uma relação perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a relação entre as duas variáveis.

A interpretação dos resultados do teste de correlação de Spearman se configura da seguinte forma:

$\rho = 0$ – não há correlação linear entre as variáveis,

$\rho \leq 0,2$ – há uma correlação fraca,

$0,2 > \rho > 0,5$ – há uma correlação regular,

$0,5 \geq \rho > 0,7$ – há uma correlação moderada,

$\rho \geq 0,7$ – há uma correlação forte e

$\rho = 1$ – há correlação perfeita

A mesma interpretação é válida para as correlações negativas.

Para reduzir possíveis vieses da pesquisa ao comparar os dados do GE com o GC, os sujeitos dos dois grupos foram pareados segundo o sexo, idade, escolaridade e classe econômica, de acordo com o CCEB.

Projeto piloto

5. Projeto piloto

O projeto-piloto foi realizado para possibilitar o treinamento da pesquisadora e observar o nível de entendimento dos participantes, no que diz respeito à aplicação dos instrumentos de coleta de dados, bem como auxiliar no dimensionando do tempo médio necessário para apresentação do projeto, aplicação dos instrumentos e no cálculo da amostra. Para isto, foram selecionados cinco sujeitos com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico paliativo na Central de Quimioterapia do HCFMRP-USP e cinco pessoas pertencentes à população geral, sem diagnóstico de câncer, selecionados em espaços públicos de grande circulação.

A coleta de dados com os participantes do projeto-piloto ocorreu sem intercorrências, todos os sujeitos convidados a participar da pesquisa aceitaram participar e expressaram seu consentimento por meio da assinatura do TCLE. A aplicação dos questionários se deu por meio de entrevista realizada pela pesquisadora, que consistiu na leitura e anotação das respostas dadas pelos participantes no questionário impresso em posse da pesquisadora. Para realizar a entrevista, a pesquisadora posicionou-se sentada ao lado do sujeito entrevistado sendo permitido que este tivesse acesso visual ao questionário a ser preenchido.

Durante todo o período de entrevista, os sujeitos do GE entrevistados estavam na presença de um acompanhante, familiar ou não. Os sujeitos do GC, em sua maioria, não se encontravam acompanhados no momento da entrevista. O tempo médio de aplicação dos questionários com os sujeitos foi de 25 minutos.

Identificou-se que alguns sujeitos apresentaram dificuldades na compreensão e na atribuição de uma nota às questões 8, 9, 10, 11 e 12 da Escala de Fadiga de Piper e outros desconheciam o significado de palavras como “apático” e “com vigor” nas questões 15 e 16 da mesma escala. Nesses casos, a pergunta foi relida ao sujeito, que foi orientado a responder conforme sua compreensão da questão.

Todas as entrevistas para coleta de dados foram realizadas pela mesma pesquisadora e não houve mudança na metodologia no estudo, os sujeitos e os dados coletados durante o projeto-piloto foram incluídos na casuística total deste estudo.

6. Resultados

Participaram do estudo 60 sujeitos com câncer primário de pulmão em cuidados paliativos atendidos na Central de Quimioterapia e ambulatório de Pneumo-Oncologia do HCFMRP-USP e 60 sujeitos sem o diagnóstico de câncer de pulmão selecionado dentre a população geral em espaços de grande circulação, no período de julho a novembro de 2014.

6.1. Caracterização da amostra segundo dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram coletados ao início da entrevista e foram categorizados segundo sexo, faixa etária, estado civil, procedência, religião, escolaridade, atividade e classe econômica. A caracterização sociodemográfica dos sujeitos que compuseram o GE e GC será apresentada na Tabela 4.

Os resultados indicam que 60% da amostra foi composta por homens em ambos os grupos (GE e GC), com predominância (71,67%) na faixa etária dos 50 aos 69 anos de idade, cuja média da idade foi de 61 anos. O estado civil declarado pelos sujeitos da pesquisa mostrou que 54,33% do GE e 63,33% do GC declaram ter um companheiro (eram casados ou amasiados). Quanto aos filhos, 85% tanto do GE como do GC responderam ter filhos com uma média de 2,8 filhos para o GE e 2,2 filhos para o GC.

A procedência da amostra caracteriza-se, em sua maioria, por uma população que reside nas cidades pertencentes à DRS III (Araraquara), DRS VIII (Franca) e DRS XIII (Ribeirão Preto), que compõem a RRAS XIII, salvo sete casos de sujeitos procedentes de regiões não incluídas nas DRSs citadas no GE e dois casos no GC, observando em ambos os grupos o predomínio de sujeitos procedentes da DRS XIII (73,33% do GE e 96,67% do GC).

Resultados

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo sexo, faixa etária, estado civil, procedência, religião, escolaridade, atividade e classe econômica, Ribeirão Preto, 2015

<i>Variável</i>	<i>Variáveis</i> <i>Categoria</i>	<i>GE</i> <i>N (%)</i>	<i>GC</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>(n)</i>
Sexo	<i>Feminino</i>	24 (40%)	24 (40%)	48
	<i>Masculino</i>	36 (60%)	36 (60%)	72
Faixa Etária	<i>30-49</i>	4 (6,67%)	4 (6,67%)	8
	<i>50-69</i>	43 (71,67%)	43 (71,67%)	86
	<i>70+</i>	13 (21,67%)	13 (21,67%)	26
Estado Civil	<i>Casado</i>	35 (58,33%)	30 (50%)	65
	<i>Divorciado</i>	8 (13,33%)	6 (10%)	14
	<i>Solteiro</i>	16 (26,67%)	14 (23%)	30
	<i>Viúvo</i>	1 (1,67%)	10 (16%)	11
Filhos	<i>Sim</i>	51 (85%)	51 (85%)	102
	<i>Não</i>	9 (15%)	9 (15%)	18
Procedência	<i>DRS III¹</i>	3 (5%)	0	3
	<i>DRS V²</i>	0	0	0
	<i>DRS VII³</i>	6 (10%)	0	6
	<i>DRS XII⁴</i>	44 (73,33%)	58 (96,67%)	102
	<i>Outras DRS</i>	7 (11,67%)	2 (3,33%)	9
Religião	<i>Católico</i>	39 (65%)	39 (65%)	78
	<i>Evangélico</i>	5 (8,33%)	13 (21,67%)	18
	<i>Outros</i>	16 (26,67%)	8 (13,33%)	24
Escolaridade	<i>Analfabeto (a)</i>	11 (18,33%)	11 (18,33%)	22
	<i>Fundamental</i>	30 (50%)	30 (50%)	60
	<i>Médio</i>	10 (16,67%)	10 (16,67%)	20
	<i>Superior</i>	9 (15%)	9 (15%)	18
Atividade	<i>Aposentado ativo</i>	7 (11,67%)	3 (5%)	10
	<i>Aposentado não ativo</i>	29 (48,33%)	29 (48,33%)	58
	<i>Ativo</i>	21 (35%)	10 (16,67%)	31
	<i>Não ativo</i>	3 (5%)	18 (30%)	21
Classe Econômica	<i>A</i>	2 (3,33%)	2 (3,33%)	4
	<i>B</i>	21 (35%)	21 (35%)	42
	<i>C</i>	34 (56,67%)	34 (56,67%)	68
	<i>D</i>	3 (5%)	3 (5%)	6

¹DRS III - Araraquara ²DRS V – Barretos ³DRS VIII - Franca ⁴DRS XIII - Ribeirão Preto

Quanto à religião, no GE houve prevalência de sujeitos que se declaravam católicos em ambos os grupos (65%), 8,33% declaravam-se evangélicos e 26,67% de outras religiões, enquanto que no GC 21,67% e 13,33% declaravam-se evangélicos e outras religiões respectivamente. Os dados sobre escolaridade dos sujeitos evidenciaram que 50% possuíam o ensino fundamental completo ou incompleto nos 2 grupos.

Sobre a atividade profissional dos sujeitos entrevistados, 48,33% da amostra tanto do GE quanto GC estava aposentada e não realizava nenhuma atividade

Resultados

remunerada. Segundo os resultados do CCEB, a casuística está composta principalmente por pessoas pertencentes à Classe Econômica C (56,67%) e 35% à Classe Econômica B.

6.2. Caracterização da amostra segundo dados clínicos e de funcionalidade

Os dados clínicos foram coletados exclusivamente com o GE, a partir do questionário elaborado pela pesquisadora e, de forma complementar, por meio de consulta ao seu prontuário. Os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre seu conhecimento acerca do diagnóstico e dos tratamentos por eles realizados, referentes ao câncer de pulmão. Os dados clínicos foram categorizados segundo diagnóstico e estadiamento (tabela 5 a seguir) e segundo os diferentes tipos de tratamentos realizados relacionados ao câncer de pulmão (Tabela 6).

Tabela 5 – Caracterização da amostra segundo variáveis clínicas de diagnóstico e estadiamento do Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015

<i>Variáveis</i>		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>	<i>Frequência Acumulada</i>	<i>Porcentagem Acumulada</i>
<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>				
<i>Diagnóstico</i>	<i>CPNPC¹</i>	47	78,33	47	78,33
	<i>CPPC²</i>	11	18,33	58	96,67
	<i>Outros³</i>	2	3,33	60	100
<i>Estadiamento</i>	<i>IIIB</i>	25	41,67	25	41,67
	<i>IV</i>	35	58,33	60	100

¹Câncer de Pulmão Não Pequenas Células ²Câncer de Pulmão Pequenas Células ³Inclui Adenoide cístico e Mesotelioma pleural

Os dados referentes ao diagnóstico apontaram que 78,33% da amostra (47 sujeitos) foi diagnosticada com Câncer de Pulmão não Pequenas Células (CPNPC), incluindo os tipos histológicos adenocarcinoma, carcinoma epinocelular (CEC), carcinoma bronquioloalveolar e tumor de Pancoast. Os dados sobre o estadiamento mostraram um predomínio do estágio IV com 35 sujeitos (ou 58,33%) em relação ao estágio IIIb com 25 sujeitos (ou 41,67%).

Resultados

Tabela 6 – Caracterização da amostra segundo tratamento realizado no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015

<i>Variáveis</i>		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>	<i>Frequência Acumulada</i>	<i>Porcentagem Acumulada</i>
<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>				
<i>Cirurgia</i>	<i>Não</i>	42	70	42	70
	<i>Sim</i>	18	30	60	100
<i>Tipo de Cirurgia</i>	<i>Lobectomia</i>	7	11,67	7	11,67
	<i>Não fez</i>	42	70	49	81,67
	<i>Outra</i>	7	11,67	7	11,67
<i>Radioterapia</i>	<i>Não</i>	26	43,33	26	43,33
	<i>Sim</i>	34	56,67	60	100
<i>Sessões de Radioterapia</i>	<i>Em Vigência</i>	6	10	6	10
	<i>Até 29</i>	17	28,33	60	100
	<i>Entre 30 e 39</i>	11	18,33	17	28,33
	<i>Não fez</i>	26	43,33	43	71,67
<i>Quimioterapia</i>	<i>Não</i>	6	10	6	10
	<i>Sim</i>	54	90	60	100
<i>Vigência da quimioterapia</i>	<i>Nunca</i>	6	10	6	10
	<i>Não</i>	17	28,33	23	38,33
	<i>Sim</i>	37	61,67	60	100

Os resultados apontaram que 70% das pessoas entrevistadas não realizaram tratamento cirúrgico; as cirurgias realizadas incluíram lobectomia e outros procedimentos, como drenagem pleural e cirurgia torácica exploratória. A radioterapia foi realizada por 34 sujeitos (56,67% da amostra), dos quais 6 sujeitos (10%) ainda continuavam em vigência deste tratamento no momento da coleta de dados. Sobre a radioterapia, 17 pessoas (28,33%) realizaram até 29 sessões de radioterapia e 11 (ou 18,33%) realizaram entre 30 e 39 sessões. A quimioterapia foi realizada por 54 sujeitos (90% da amostra) em algum momento de seu tratamento; no momento da entrevista, 37 sujeitos (61,67% da amostra) estavam em vigência da quimioterapia.

A tabela 7 apresenta a quantidade de ciclos de quimioterapia segundo o protocolo quimioterápico indicado para seu tratamento.

Resultados

Tabela 7 – Distribuição do número de ciclos de Quimioterapia realizados segundo o protocolo quimioterápico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015

Nº de ciclos	Protocolos					Total
	Não fez N (%)	Carboplatina e associações N (%)	Cisplatina e associações N (%)	Docetaxel N (%)	Ignorados N (%)	
<i>Não fez</i>	6 (100%)	0	0	0	0	6
<i>Entre 0 e 3</i>	0	18 (52,94%)	2 (16,67%)	2 (33,33%)	1 (50%)	23
<i>Entre 4 e 6</i>	0	15 (44,12%)	10 (83,33%)	4 (66,67%)	0	29
<i>Ignorados</i>	0	1 (2,94%)	-	-	1 (50%)	2
<i>Total</i>	6	34	12	6	2	60

No momento da coleta os dados acerca do último protocolo quimioterápico realizado ou protocolo em vigência foram coletados no prontuário destes sujeitos e agrupados em carboplatina e associações, que inclui a droga Carboplatina associada a paclitaxel, etoposide, gemcitabina e irinotecano e cisplatina e associações, que inclui a cisplatina associada a etoposide, gemcitabina, paclitaxel, pemetrexed ou vinorelbina. O terceiro protocolo incluiu o uso exclusivo da droga docetaxel. Deste modo, dentre os sujeitos que receberam o protocolo 1 de quimioterapia, 18 (52,94%) realizaram entre 0 e 3 ciclos; dentre os que estavam recebendo o protocolo 2, 10 sujeitos (83,33%) realizaram entre 4 e 6 ciclos e dentre os que recebiam o protocolo de docetaxel, 4 (66,67%) haviam realizado entre 4 e 6 ciclos.

Por meio das questões incluídas na ficha de identificação buscou-se informações acerca da dependência de cuidados especiais para a realização de suas AVDs como: tomar banho, uso do banheiro, vestir-se, alimentação, mobilidade funcional, cuidado com equipamentos pessoais e higiene pessoal e autocuidado e sobre quem é o cuidador responsável pelo prestação de tais cuidados. Esses dados são apresentados na tabela 8 a seguir.

Resultados

Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo dependência de cuidados para realização das Atividades de Vida Diária e Cuidador Principal, Ribeirão Preto, 2015.

<i>Variável</i>	<i>Variáveis</i>		<i>GE</i>	<i>GC</i>	<i>Total (n)</i>
	<i>Categoria</i>		<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
<i>Dependência de Cuidados</i>	<i>Não</i>		45 (75%)	59 (98,33%)	104
	<i>Sim</i>		15 (25%)	1 (1,67%)	16
<i>Cuidador Principal</i>	<i>Companheiro</i>		7 (46,67%)	0 (0%)	7
	<i>Filho(s)</i>		3 (20%)	1 (100%)	4
	<i>Companheiro mais filho(s)</i>		2 (13,33%)	0 (0%)	2
	<i>Outros familiares</i>		2 (13,33%)	0 (0%)	2
	<i>Vizinhos</i>		1 (6,67%)	0 (0%)	1

A maioria dos sujeitos dos dois grupos (75% do GE e 98,33% do GC) respondeu que não dependia de cuidados especiais dispensados por um cuidador formal ou informal. Contudo, 7 sujeitos (46,67%) do GE que responderam serem dependentes de cuidados indicaram o companheiro como cuidador principal e no GC apenas 1 pessoa dependia de cuidados e apontou o filho como cuidador principal.

O *Karnofsky Performance Status* (KPS) foi aplicado para a obtenção de informações sobre a capacidade funcional e o grau de independência do indivíduo em exercer atividades diárias, incluindo o autocuidado e sua necessidade de assistência de cuidados em saúde (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo KPS, Ribeirão Preto, 2015.

<i>Variável</i>	<i>Variáveis</i>		<i>GE</i>	<i>GC</i>	<i>Total (n)</i>
	<i>Categoria</i>		<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	
<i>KPS</i>	100-80		43 (71,67%)	57 (95%)	100
	70-50		17 (28,33%)	3 (5%)	20

Embora os sujeitos entrevistados do GE estivessem nos estádios IIIb e IV do câncer, os resultados indicaram que, em ambos os grupos, houve predominância de sujeitos com KPS entre 100 e 80.

6.3. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi mensurada por meio da aplicação do questionário EORTC QLQ-C30, junto com seu módulo específico para o câncer de pulmão - o EORTC QLQ-LC13. Os escores destes instrumentos foram

Resultados

convertidos em uma escala de 0 a 100 e são apresentados na tabela 10, sendo que a comparação entre os grupos foi feita por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 10 – Escore e comparação do instrumento de QVRS (EORTC QLQ-C30 e módulo LC13) no Grupo de Estudo e Grupo Controle, Ribeirão Preto, 2015

<i>Variável</i>	<i>GE Mediana (Q1- Q3)¹</i>	<i>GC Mediana (Q1- Q3)¹</i>	<i>Valor p²</i>
<i>Qualidade de Vida Global / QOL</i>	83,3 (62,5-91,7)	83,3 (66,7-91,7)	0,51
<i>Escalas Funcionais</i>			
<i>Função Física</i>	66,7 (53,3-80)	93,3 (80-100)	<0,01*
<i>Desempenho de papéis</i>	66,7 (16,7-100)	100 (83,3-100)	<0,01*
<i>Função emocional</i>	79,2 (41,7-91,7)	87,5 (66,7-100)	<0,01*
<i>Função cognitiva</i>	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,37
<i>Função social</i>	75,0 (41,7-100)	100 (83,3-100)	<0,01*
<i>Escalas de Sintomas</i>			
<i>Fadiga</i>	33,3 (11,1-66,7)	11,1 (0-22,2)	<0,01*
<i>Náuseas e vômito</i>	0 (0-33,3)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Dor</i>	16,7 (0-75,0)	0 (0-33,3)	0,02*
<i>Dispneia</i>	0 (0-66,7)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Insônia</i>	0 (0-83,3)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Perda de apetite</i>	0 (0-66,7)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Constipação</i>	16,7 (0-66,7)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Diarreia</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,43
<i>Dificuldades Financeiras</i>	16,7 (0-100)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Módulo LC13</i>			
<i>Dispneia</i>	11,1 (0-38,9)	0 (0-11,1)	<0,01*
<i>Tosse</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,18
<i>Hemoptise</i>	0 (0-33,3)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Boca Seca</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,44
<i>Disfagia</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,01*
<i>Neuropatia periférica</i>	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	<0,01*
<i>Alopécia</i>	16,7 (0-100)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Dor no peito</i>	0 (0-33,3)	0 (0-0)	<0,01*
<i>Dor no braço ou ombro</i>	0 (0-66,7)	0 (0-16,7)	0,02*
<i>Dor em outras partes do corpo</i>	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,51
<i>Medicação para dor</i>	33,3 (0-33,3)	0 (0-0)	<0,01*

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ²Teste de Mann-Whitney * p<0,05

Resultados

Os sujeitos de ambos os grupos (GC e GE) avaliaram como satisfatória sua qualidade de vida global, com mediana de 83,33 pontos. Entretanto, nas Escalas Funcionais os sujeitos do GE apresentaram medianas inferiores às do GC, exceto para a função cognitiva. As funções mais acometidas no GE foram: a função cognitiva (100), emocional (mediana 79,19), social (mediana 75), física e de desempenho de papéis (ambas com mediana de 66,67). Foi identificada significância estatística ($p < 0,05$) entre os grupos (GE e GC) para os itens Desempenho de papéis, Função emocional e Função Física, dentre as Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30. Vale ressaltar que os sujeitos incluídos no GE deste estudo não eram cronicamente dependentes de oxigênio.

A seguir serão apresentados os gráficos em formato *boxplot* dos dados que apresentaram significância estatística para a tabela 10.

Os Gráficos 1 ao 4, apresentados a seguir, mostram as comparações referentes ao desempenho de papéis, função física, função social e função emocional dos Grupos Controle e de Estudo.

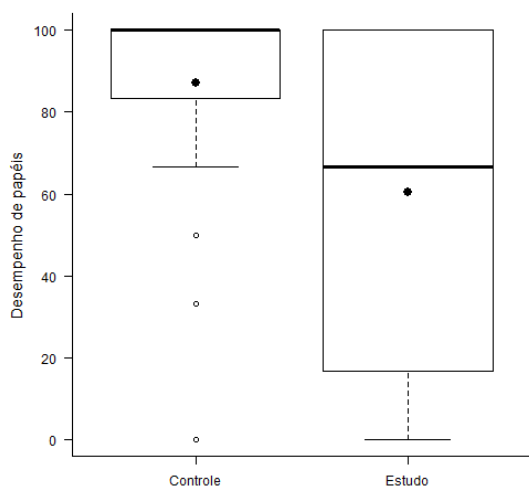


Gráfico 1 – Comparação da distribuição dos dados referentes ao desempenho de papéis.

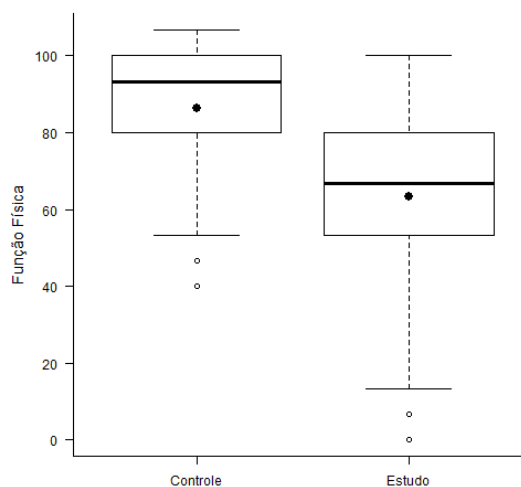


Gráfico 2 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função física.

Resultados

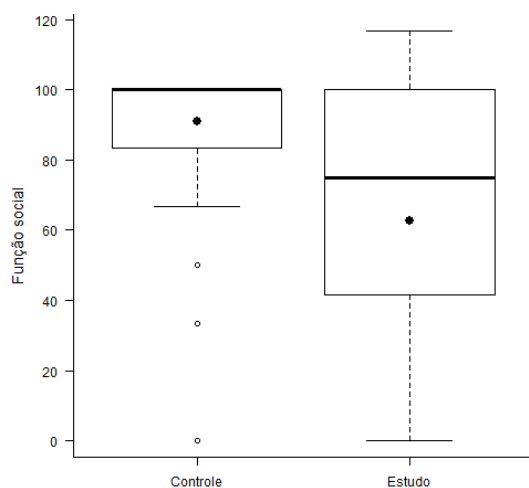


Gráfico 3 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função social.

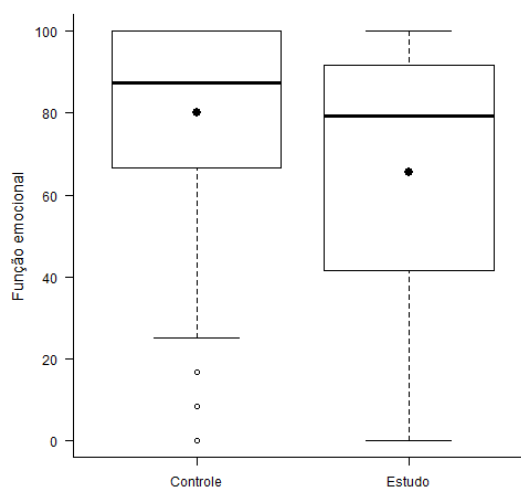


Gráfico 4 – Comparação da distribuição dos dados referentes à função emocional.

Quanto à Escala de sintomas, observamos que a mediana do GE é maior do que a do GC para os sintomas de fadiga (mediana 33,33), dor (mediana 16,67), constipação (mediana 16,67) e dificuldades financeiras (mediana 16,67), para os quais foram identificados significância estatística ($p < 0,05$). Embora os sintomas de Náuseas e vômito, Dispneia, Insônia e Perda de apetite, tiveram valores medianos iguais à zero, observou-se variabilidade na distribuição dos dados, apresentando significância estatística ($p < 0,05$).

A seguir, a comparação entre a distribuição dos dados referentes à fadiga, dor, constipação e dificuldades financeiras nos Grupos de Estudo e Controle é apresentada na forma de *boxplot* (Gráficos 5 ao 12).

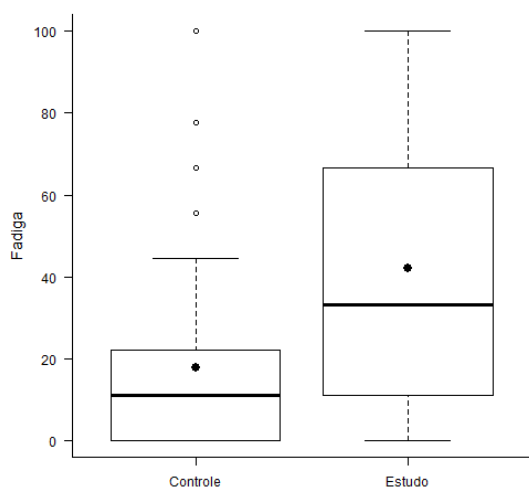


Gráfico 5 – Comparação da distribuição dos dados referente à fadiga entre os Grupos Controle e de Estudo.

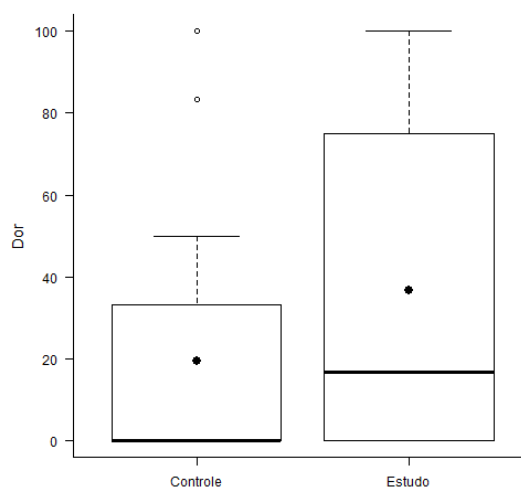


Gráfico 6 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor entre os Grupos Controle e de Estudo.

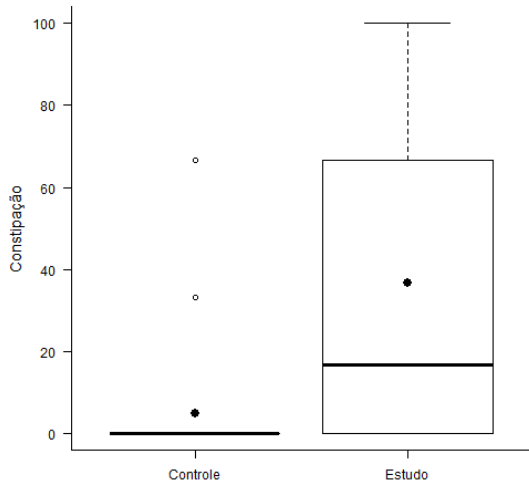


Gráfico 7 – Comparação da distribuição dos dados referente à constipação entre os Grupos Controle e de Estudo.

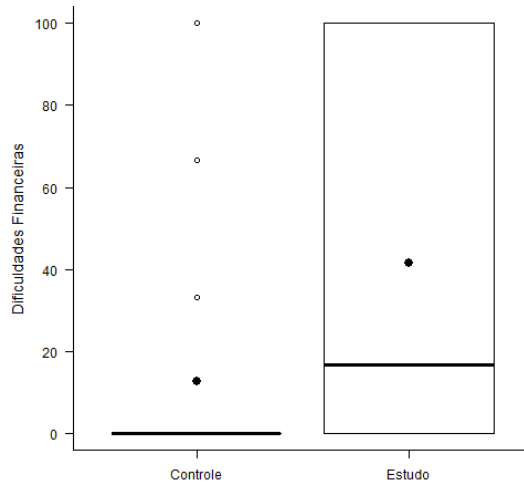


Gráfico 8 – Comparação da distribuição dos dados referente a dificuldades financeiras entre os Grupos Controle e de Estudo.

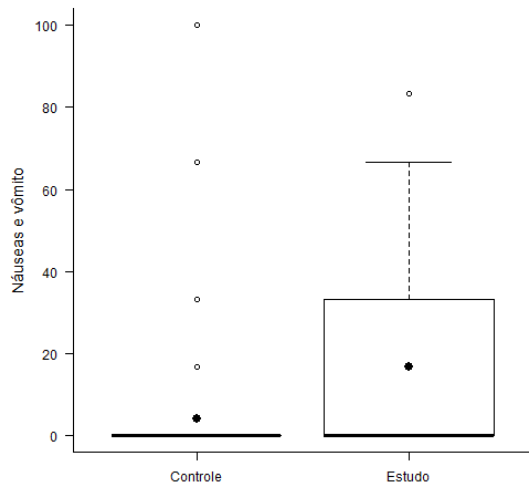


Gráfico 9 – Comparação da distribuição dos dados referente a náuseas e vômito entre os Grupos Controle e de Estudo.

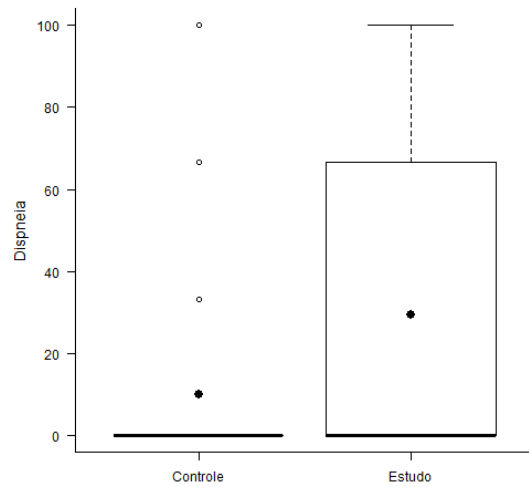


Gráfico 10 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia entre os Grupos Controle e de Estudo.

Resultados

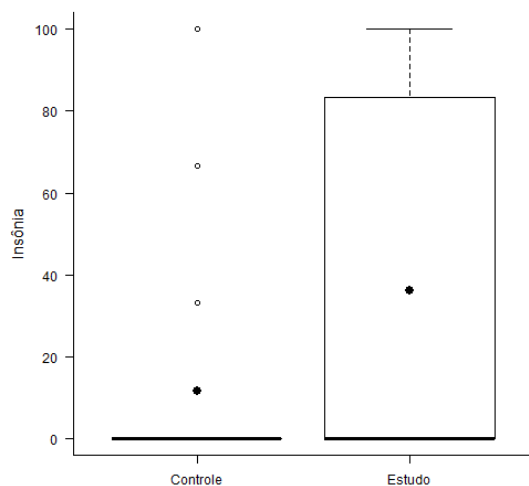


Gráfico 11 – Comparação da distribuição dos dados referente à insônia entre os Grupos Controle e de Estudo.

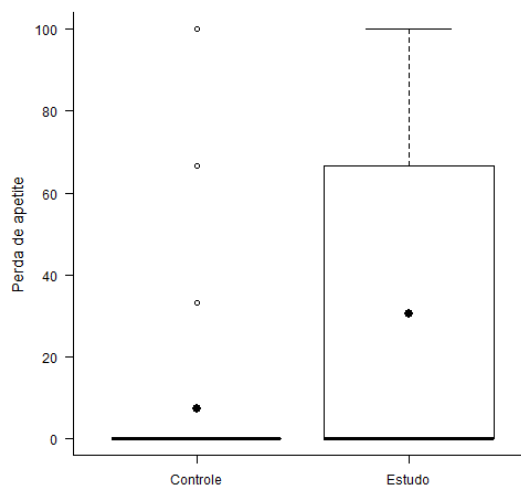


Gráfico 12 – Comparação da distribuição dos dados referente à perda de apetite entre os Grupos Controle e de Estudo.

Em relação aos sintomas avaliados pelo módulo específico para câncer de pulmão (EORTC QLQ-LC13), o GE atribui valores medianos mais altos do que no GC, nos itens medicação para dor (mediana 33,33), alopecia (mediana 16,67) e dispneia (mediana 11,11), além dos sintomas associados ao câncer de pulmão e seu tratamento como hemoptise, disfagia, neuropatia periférica, dor no peito e dor no braço ou ombro. Embora seus valores medianos sejam iguais à zero, observou-se variabilidade na distribuição dos dados, apresentando assim significância estatística ($p < 0,05$). A seguir serão apresentados os Gráficos 13 ao 20, com os resultados referentes aos sintomas citados.

Resultados

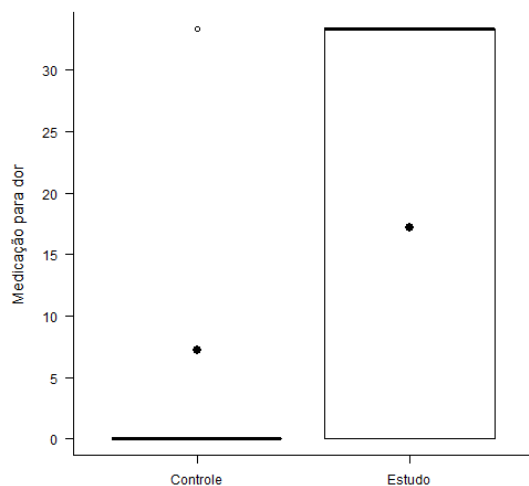


Gráfico 13 – Comparação da distribuição dos dados referente ao uso de medicação para dor entre os Grupos Controle e de Estudo.

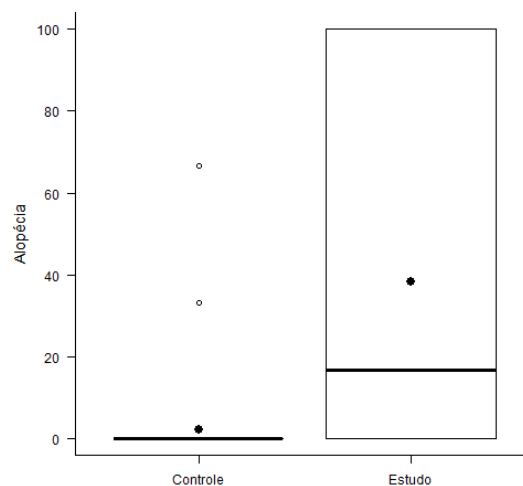


Gráfico 14 – Comparação da distribuição dos dados referente à alopecia entre os Grupos Controle e de Estudo.

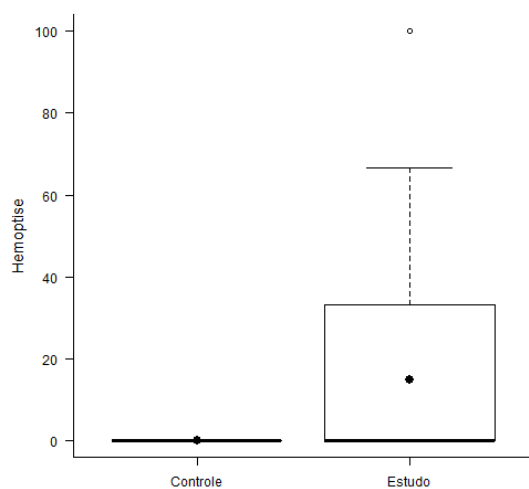


Gráfico 15 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia entre os Grupos Controle e de Estudo.

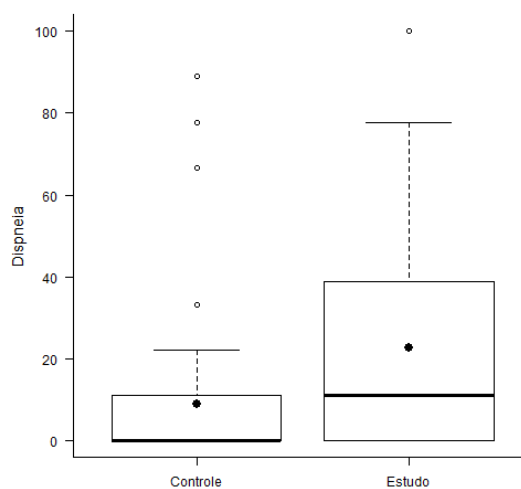


Gráfico 16 – Comparação da distribuição dos dados referente à hemoptise entre os Grupos Controle e de Estudo.

Resultados

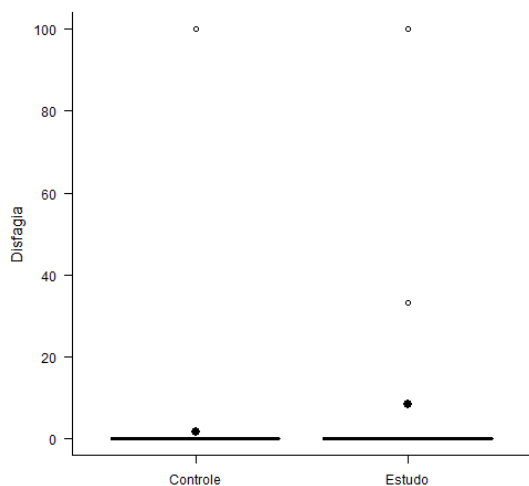


Gráfico 17 – Comparação da distribuição dos dados referente à disfagia entre os Grupos Controle e de Estudo.

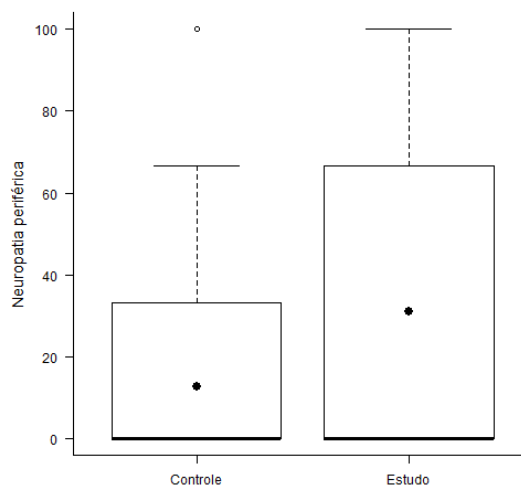


Gráfico 18 – Comparação da distribuição dos dados referente à neuropatia periférica entre os Grupos Controle e de Estudo.

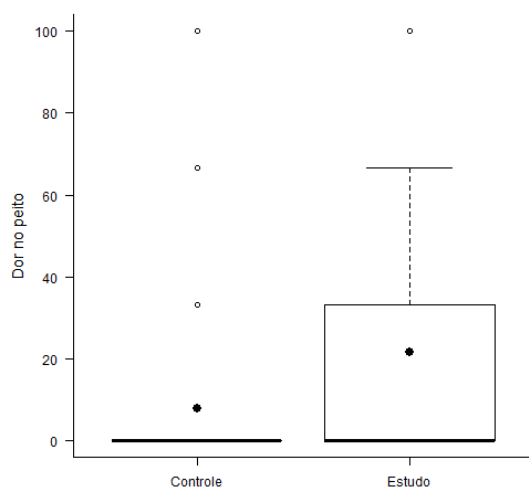


Gráfico 19 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor no peito entre os Grupos Controle e de Estudo.

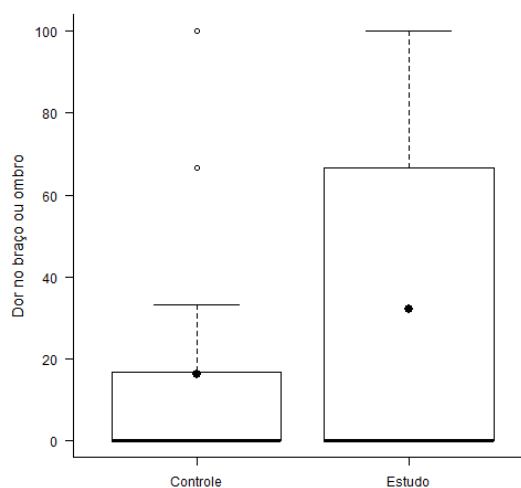


Gráfico 20 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor no braço ou ombro entre os Grupos Controle e de Estudo.

6.4. Avaliação da Fadiga

A fadiga foi avaliada por meio da aplicação da Escala de Fadiga de Piper – Revisada, que avalia as dimensões comportamental, afetiva e sensorial/psicológica da fadiga e também pode ser obtido um escore total para todas as dimensões. Um escore inferior a 4 indica que o sujeito não apresenta fadiga (ou fadiga leve), escores maiores ou iguais a 4 e menores que 7 são considerados moderados e escores maiores ou iguais a 7 e menores ou igual a 10 indicam fadiga intensa .

Resultados

A tabela 11 a seguir apresenta os escores referentes ao GE e GC e a comparação entre eles, por meio do teste de Mann-Whitney.

Tabela 11 – Escore e Comparação do instrumento de fadiga (Escala de Fadiga de Piper- Revisada) no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015.

<i>Variável</i>	<i>GE</i>	<i>GC</i>	<i>Valor p²</i>
	<i>Mediana (Q1- Q3)¹</i>	<i>Mediana (Q1- Q3)¹</i>	
<i>Dimensão Comportamental</i>	3,3 (1,0-6,4)	0 (0-1,9)	<0,01*
<i>Dimensão Afetiva</i>	5,5 (2,9-7,7)	2,4 (0-4,9)	<0,01*
<i>Dimensão Sensorial-Psicológica</i>	4,1 (1,9-5,0)	1,1 (0,6-2,7)	<0,01*
<i>Total</i>	4,1 (2,5-5,4)	1,1 (0,6-2,6)	<0,01*

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ²Teste de Mann-Whitney * $p < 0,05$

O GE avaliou sua fadiga como maior do que o GC nas dimensões comportamental, afetiva e sensorial-psicológica ($p < 0,05$) em todas as dimensões. Com base na pontuação total da escala, que engloba a pontuação total nas três dimensões avaliadas pela Escala de Fadiga de Piper - revisada, os sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos (GE) apresentaram fadiga leve ou moderada em diferentes dimensões. O GC não apresentou fadiga ou foi considerada leve em certas dimensões.

Foi identificada significância estatística ($p < 0,05$) em todas as dimensões da Escala de Fadiga de Piper – Revisada e no escore total da mesma na comparação entre os Grupos de Estudo e Controle, apresentados nos Gráficos 21 ao 24.

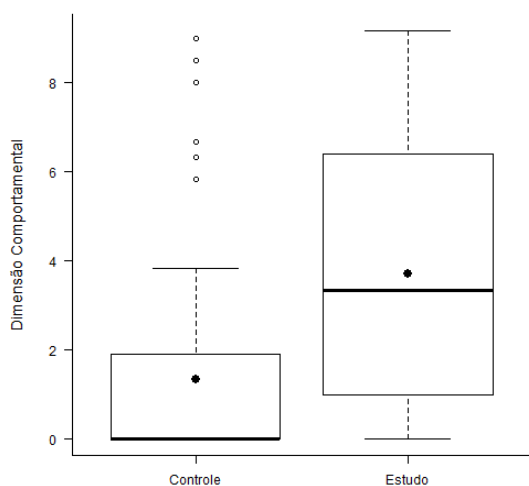


Gráfico 21 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Comportamental entre os Grupos Controle e de Estudo.

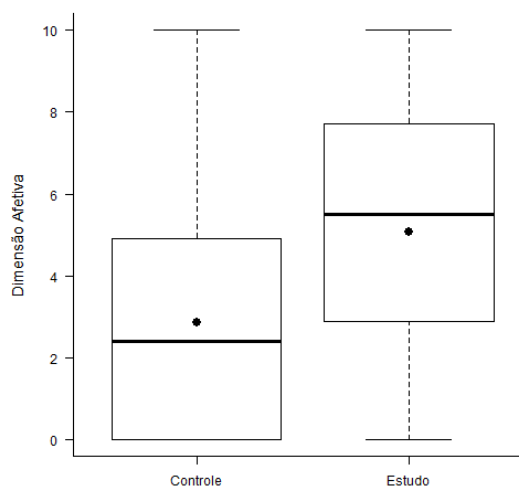


Gráfico 22 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Afetiva entre os Grupos Controle e de Estudo.

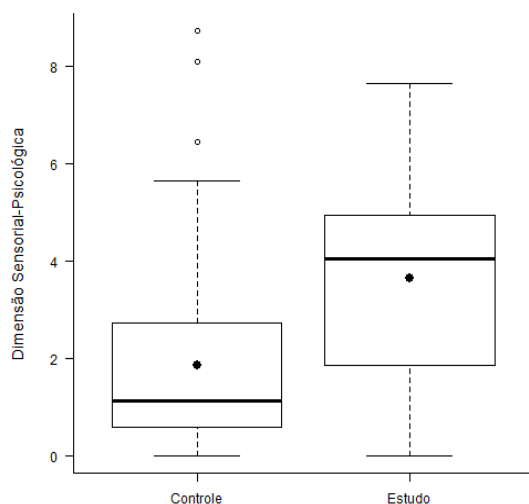


Gráfico 23 – Comparação da distribuição dos dados referente à Dimensão Sensorial-Psicológica entre os Grupos Controle e de Estudo.

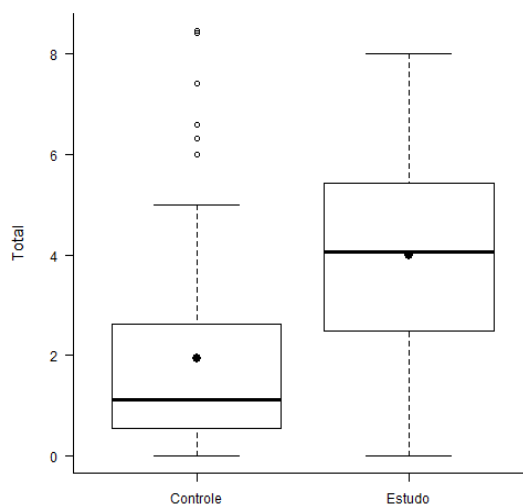


Gráfico 24 – Comparação da distribuição dos dados referente à Total entre os Grupos Controle e de Estudo.

6.5. Comparações das dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper - revisada com as variáveis sociodemográficas

Os dados referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo a variável sociodemográfica sexo, nos GE e GC, serão apresentados na tabela 12, a seguir.

Resultados

Tabela 12 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sexo no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	Sexo GE			Sexo GC		
	Feminino Mediana (Q1- Q3) ¹	Masculino Mediana (Q1- Q3) ¹	Valor p ²	Feminino Mediana (Q1- Q3) ¹	Masculino Mediana (Q1- Q3) ¹	Valor p ²
Escala de Fadiga de Piper						
Total	3,9 (1,6-5,4)	4,3 (2,9-5,4)	0,62	0,8 (0,6-2,4)	1,2 (0,5-2,7)	0,67
Comportamental	3,9 (0,7-6,3)	3,3 (1,2-6,4)	0,99	0,1 (0-1,4)	0 (0-2,0)	0,85
Afetiva	4,5 (1,6-7,0)	5,9 (3,0-8,0)	0,19	1,0 (0-4,1)	2,7 (0-5,1)	0,44
Sensorial-Psicológica	4,2 (1,8-5,3)	4,0 (1,9-4,8)	0,93	1,1 (0,5-2,8)	1,1 (0,7-2,7)	0,99
EORTC QLQ-C30						
Função Física	70 (53,3-93,3)	66,7 (53,3-73,3)	0,45	93,3 (73,3-100)	93,3 (80-100)	0,95
Desempenho de papéis	66,7 (16,7-100)	66,7 (25,0-100)	0,95	100 (75,0-100)	100 (83,3-100)	0,79
Função emocional	79,2 (41,7-91,7)	79,2 (45,8-91,7)	0,94	83,3 (66,7-100)	91,7 (66,7-100)	0,43
Função cognitiva	100 (83,3-100)	100 (75,0-100)	0,25	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,30
Função social	75,0 (41,7-91,7)	75,0 (33,3-100)	0,68	100 (83,3-100)	100 (91,7-100)	0,40
QV Global	79,2 (66,7-100)	83,3 (58,3-87,5)	0,55	83,3 (58,3-91,7)	83,3 (66,7-100)	0,40
Fadiga	38,9 (11,1-72,2)	33,3 (22,2-55,6)	0,99	11,1 (0-27,8)	11,1 (0-22,2)	0,99
Náuseas e vômito	8,3 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,39	0 (0-0)	0 (0-0)	0,99
Dor	25,0 (0-83,3)	16,7 (0-66,7)	0,70	0 (0-33,3)	0 (0-25,0)	0,81
Dispneia	0 (0-66,7)	16,7 (0-66,7)	0,89	0 (0-0)	0 (0-0)	0,52
Insônia	0 (0-66,7)	0 (0-100)	0,81	0 (0-16,7)	0 (0-0)	0,31
Perda de apetite	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,83	0 (0-0)	0 (0-0)	0,77
Constipação	16,7 (0-83,3)	16,7 (0-66,7)	1,00	0 (0-0)	0 (0-0)	0,80
Diarreia	0 (0-16,7)	0 (0-0)	0,24	0 (0-0)	0 (0-0)	0,47
Dificuldades Financeiras	0 (0-83,3)	66,7 (0-100)	0,14	0 (0-0)	0 (0-0)	0,94
EORTC QLQ-LC13						
Dispneia	0 (0-27,8)	22,2 (0-50)	0,12	0 (0-11,1)	0 (0-0)	0,50
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0,35	0 (0-0)	0 (0-0)	0,16
Hemoptise	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,15	0 (0-0)	0 (0-0)	0,99
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0,71	0 (0-0)	0 (0-0)	0,81
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0,67	0 (0-0)	0 (0-0)	0,43
Neuropatia periférica	16,7 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,95	0 (0-33,3)	0 (0-16,7)	0,48
Alopécia	83,3 (0-100)	0 (0-33,3)	0,03*	0 (0-0)	0 (0-0)	0,16
Dor no peito	0 (0-50)	0 (0-33,3)	0,24	0 (0-0)	0 (0-0)	0,74
Dor braço ou ombro	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,58	0 (0-16,7)	0 (0-16,7)	0,89
Dor outras partes do corpo	0 (0-16,7)	0 (0-66,7)	0,15	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,90
Medicação para dor	33,3 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,76	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,26

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ² Teste de Mann-Whitney * p<0,05

Resultados

Os resultados indicaram que houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável sexo apenas em relação à alopecia (efeito secundário ao tratamento para o câncer de pulmão) do módulo QLQ-LC13 para o GE ($p < 0,05$).

A tabela 13 (pág.92), apresenta os dados referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo a variável sociodemográfica faixa etária nos GE e GC.

Houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável faixa etária, na Escala Funcional nos itens Desempenho de papéis ($p < 0,05$) e Função emocional ($p=0,02 < 0,05$) e na Escala de Sintomas no item Dificuldades Financeiras ($p < 0,05$) do EORTC QLQ-C30 e nos sintomas relacionados ao câncer de pulmão no item Dor em outras partes do corpo ($p < 0,05$) do EORTC QLQ-LC13 dentro do GE. Quanto ao GC foi identificada significância estatística na Escala Funcional no item Função física ($p < 0,05$) do EORTC QLQ-C30 e nos sintomas relacionados ao câncer de pulmão no item Dor no braço ou no ombro ($p < 0,01 < 0,05$) do EORTC QLQ-LC13.

Embora não tenha sido identificada significância estatística, os dados apontam que, em relação à Escala de Fadiga de Piper – revisada, o valor mediano da fadiga diminui com o aumento da idade, exceto na Dimensão Afetiva da faixa etária dos 50-69 anos (mediana 6,0), que aumenta em relação a faixa dos 30-49 (mediana 5,4) e depois volta a diminuir em relação à população com 70 anos ou mais (mediana 3,0). O mesmo ocorre para todos os domínios do EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13, exceto itens de Desempenho de papéis e Função emocional que compõe o domínio Escala Funcional do EORTC QLQ-C30, em que foi observada significância estatística conforme apontado anteriormente e que foi observado uma redução da funcionalidade a medida em que aumenta a idade.

A tabela 14 (pág.93) apresenta os dados referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo a variável sociodemográfica escolaridade

Resultados

Tabela 13 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável Faixa Etária no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	Faixa Etária GE			Valor p ²	Faixa Etária GC			Valor p ²
	30-49 Mediana (Q1- Q3) ¹	50-69 Mediana (Q1- Q3) ¹	70+ Mediana (Q1- Q3) ¹		30-49 Mediana (Q1- Q3) ¹	50-69 Mediana (Q1- Q3) ¹	70+ Mediana (Q1- Q3) ¹	
Escala de Fadiga de Piper								
Total	5,0 (3,4-5,8)	4,1 (2,8-5,9)	3,0 (1,6-4,5)	0,12	1,7 (0,4-3,3)	0,9 (0,5-2,6)	1,6 (1,0-2,7)	0,52
Comportamental	4,1 (2,2-6,3)	4,0 (1,5-7,0)	1,2 (0-2,0)	0,06	0 (0-1,8)	0 (0-2,0)	0 (0-1,8)	0,82
Afetiva	5,4 (3,8-7,0)	6,0 (3,4-7,8)	3,0 (1,4-5,6)	0,32	2,3 (0,5-4,8)	2,0 (0-5,0)	2,8 (0-4,6)	0,95
Sensorial-Psicológica	4,7 (3,5-5,4)	3,9 (1,8-5,0)	4,0 (1,5-4,4)	0,43	1,8 (0,6-3,4)	1,1 (0,5-1,8)	2,5 (1,0-3,1)	0,28
EORTC QLQ-C30								
Função Física	60 (56,7-63,3)	66,7 (53,3-80)	66,7 (60-73,3)	0,49	100 (96,7-100)	93,3 (86,7-100)	73,3 (46,7-93,3)	0,01*
Desempenho de papéis	33,3 (16,7-50)	66,7 (16,7-100)	100 (66,7-100)	0,03*	91,7 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,97
Função emocional	45,8(25,0-58,3)	75,0(41,7-91,7)	91,7 (75,0-100)	0,02*	100 (95,8-100)	83,3 (66,7-100)	83,3 (66,7-91,7)	0,19
Função cognitiva	100 (75,0-100)	100 (66,7-100)	100 (83,3-100)	0,51	100 (100-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,23
Função social	83,3(75,0-83,3)	66,7 (16,7-100)	83,3 (50-100)	0,67	100 (91,7-100)	100 (100-100)	100 (83,3-100)	0,38
QV Global	41,7(33,3-66,7)	83,3(66,7-91,7)	83,3 (75,0-100)	0,07	95,8 (66,7-100)	83,3 (66,7-91,7)	83,3 (66,7-91,7)	0,60
Fadiga	50 (38,9-77,8)	44,4(22,2-66,7)	33,3(11,1-55,6)	0,19	0 (0-5,6)	11,1 (0-22,2)	11,1 (0-33,3)	0,18
Náuseas e vômito	16,7 (0-41,7)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,34	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,35
Dor	8,3 (0-58,3)	33,3 (0-83,3)	0 (0-33,3)	0,27	0 (0-0)	0 (0-33,3)	16,7 (0-50)	0,10
Dispneia	33,3 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,86	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,23
Insônia	33,3 (0-83,3)	0 (0-100)	0 (0-33,3)	0,30	0 (0-16,7)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,79
Perda de apetite	16,7 (0-50)	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,94	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,70
Constipação	33,3 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0 (0-100)	0,89	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,72
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,56	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,31
Dificuldades Financeiras	33,3(16,7-66,7)	66,7 (0-100)	0 (0-0)	0,03*	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,31
EORTC QLQ-LC13								
Dispneia	11,1 (0-44,4)	11,1 (0-66,7)	0 (0-22,2)	0,34	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-22,2)	0,10
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,54	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,72
Hemoptise	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,06	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	-
Boca Seca	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,25	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,62
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,42	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,82
Neuropatia periférica	66,7 (50-66,7)	0 (0-66,7)	33,3 (0-100)	0,10	0 (0-0)	0 (0-0)	33,3 (0-33,3)	0,06
Alopécia	66,7 (16,7-100)	0 (0-100)	33,3 (0-100)	0,51	0 (0-16,7)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,14
Dor no peito	16,7 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,40	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,17
Dor braço ou ombro	16,7 (0-66,7)	0 (0-100)	0 (0-33,3)	0,55	0 (0-0)	0 (0-0)	33,3 (0-100)	<0,01*
Dor outras partes do corpo	66,7 (50-83,3)	0 (0-66,7)	0 (0-0)	0,02*	0 (0-0)	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0,16
Medicação para dor	33,3(33,3-33,3)	33,3 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,05	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,18

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ² Teste de Kruskal-Wallis * p<0,05

Resultados

Tabela 14 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sociodemográfica Escolaridade no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	Escolaridade GE					Valor P ²	Escolaridade GC				
	Analfabeto Mediana (Q1- Q3) ¹	Fundamental Mediana (Q1- Q3) ¹	Médio Mediana (Q1- Q3) ¹	Superior Mediana (Q1- Q3) ¹	Analfabeto Mediana (Q1- Q3) ¹		Fundamental Mediana (Q1- Q3) ¹	Médio Mediana (Q1- Q3) ¹	Superior Mediana (Q1- Q3) ¹	Valor P ²	
Escola de Fadiga de Piper											
Total	4,8 (4,1-5,8)	3,8 (2,2-4,9)	3,3 (2,2-5,5)	4,6 (3,3-6,1)	0,36	0,7 (0,5-3,3)	0,7 (0,5-3,3)	0,7 (0,5-3,3)	2,1 (1,4-2,7)	0,28	
Comportamental	6,0 (1,2-8,3)	2,3 (1,0-5,2)	2,8 (0,5-5,0)	7,0 (1,5-7,7)	0,13	0 (0-2,8)	0 (0-2,8)	0 (0-2,8)	0,7 (0-1,3)	0,94	
Afetiva	6,4 (5,0-9,0)	4,9 (2,8-7,8)	4,5 (1,8-6,2)	6,0 (3,2-7,6)	0,20	0 (0-5,2)	0 (0-5,2)	0 (0-5,2)	2,4 (2,0-4,2)	0,63	
Sensorial-Psicológica	4,6 (2,1-5,0)	3,8 (1,6-4,6)	4,2 (1,6-5,3)	4,1 (1,9-4,4)	0,93	1,0 (0,6-2,7)	1,0 (0,6-2,7)	1,0 (0,6-2,7)	2,7 (2,5-3,6)	0,14	
EORTC QLQ-C30											
Função Física	60 (46,7-73,3)	70 (53,3-80)	63,3 (53,3-80)	60 (53,3-80)	0,50	86,7 (40-100)	93,3 (86,7-100)	93,3 (86,7-100)	86,7 (80-100)	0,71	
Desempenho de papéis	50 (0-83,3)	91,7 (50-100)	33,3 (16,7-100)	50 (16,7-83,3)	0,18	100 (66,7-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (100-100)	0,96	
Função emocional	83,3(25,0-91,7)	75,0 (50-91,7)	83,3 (50-91,7)	41,7(41,7-83,3)	0,71	83,3 (75,0-100)	95,8 (58,3-100)	95,8 (83,3-100)	66,7 (58,3-83,3)	0,05	
Função cognitiva	100 (50-100)	100 (83,3-100)	100 (66,7-100)	100 (83,3-100)	0,96	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (100-100)	100 (66,7-100)	0,38	
Função social	83,3 (50-100)	58,3 (0-100)	83,3 (66,7-100)	66,7(16,7-83,3)	0,47	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (100-100)	100 (83,3-100)	0,81	
QV Global	83,3 (66,7-100)	75,0(58,3-91,7)	79,2 (50-100)	75,0(66,7-83,3)	0,41	83,3 (83,3-91,7)	83,3 (66,7-100)	91,7 (66,7-100)	75,0 (50-83,3)	0,59	
Fadiga	55,6(22,2-66,7)	33,3(11,1-55,6)	38,9(33,3-88,9)	55,6(11,1-77,8)	0,25	11,1 (0-33,3)	11,1 (0-22,2)	11,1 (0-22,2)	11,1 (0-33,3)	0,95	
Náuseas e vômito	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,89	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-16,7)	0,03*	
Dor	16,7 (0-100)	16,7 (0-66,7)	8,3 (0-33,3)	66,7(33,3-83,3)	0,18	16,7 (0-50)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	16,7 (0-16,7)	0,81	
Dispneia	33,3 (0-66,7)	0 (0-33,3)	16,7 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,94	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,34	
Insônia	0 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0 (0-0)	100 (0-100)	0,08	0 (0-66,7)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,66	
Perda de apetite	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0 (0-100)	0,92	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,29	
Constipação	66,7 (0-100)	0 (0-66,7)	33,3 (0-100)	33,3 (0-66,7)	0,41	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,62	
Diarreia	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,19	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,42	
Dificuldades Financeiras	0 (0-0)	66,7 (0-100)	0 (0-33,3)	66,7 (0-100)	0,05	0 (0-100)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,58	
EORTC QLQ-LC13											
Dispneia	22,2 (0-66,7)	11,1 (0-33,3)	0 (0-22,2)	0 (0-33,3)	0,41	0 (0-22,2)	0 (0-11,1)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,70	
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,67	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,57	
Hemoptise	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,18	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	-	
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,18	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,25	
Disfagia	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,13	
Neuropatia periférica	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	66,7 (0-66,7)	33,3 (0-33,3)	0,50	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,49	
Alopécia	0 (0-100)	16,7 (0-100)	16,7 (0-100)	33,3 (0-100)	0,96	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,37	
Dor no peito	33,3 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-100)	0,48	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,11	
Dor braço ou ombro	33,3 (0-100)	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0 (0-100)	0,83	66,7 (0-100)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,02*	
Dor outras partes corpo	0 (0-0)	0 (0-66,7)	66,7 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,14	0 (0-100)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0,78	
Medicação para dor	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	33,3(33,3-33,3)	0,30	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,17	

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ² Teste de Kruskal-Wallis * p<0,05

Resultados

Quanto à escolaridade não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum domínio dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada para o GE, no entanto foi observado que no GC houve diferença estatística significativa para o sintoma náuseas e vômito ($p < 0,05$) da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30. O grupo com escolaridade mais alta (ensino superior) apresentou maior variabilidade em sua mediana do que os demais grupos, ou seja, o grupo com ensino superior parece ser mais acometido por esse sintoma do que os demais, e para o sintoma dor no braço ou ombro ($p = 0,02 < 0,05$) relacionado ao câncer de pulmão da escala QLQ-LC13, em que o grupo com menor escolaridade (analfabeto) apresentou maior mediana (66,7) que os demais grupos, sendo assim mais acometido por este sintoma do que os demais grupos.

Os dados sociodemográficos referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo a variável sociodemográfica classe econômica, avaliada por meio do CCEB nos GE e GC, são apresentados na tabela 15, na página seguinte..

A variável sociodemográfica classe econômica mostrou diferença estatisticamente significativa na Dimensão Afetiva da Escala de Fadiga de Piper – revisada ($p = 0,03 < 0,05$), indicando que quanto menor a classe econômica, pior a percepção de fadiga na dimensão afetiva, no efeito secundário relacionados com o tratamento boca seca ($p < 0,01 < 0,05$) do QLQ-LC13, em que foi observado maior carga deste no grupo com menor classe econômica (classe D) e no sintoma relacionado ao câncer de pulmão dor no braço ou no ombro ($p = 0,03 < 0,05$) do QLQ-LC13, para o qual foi identificado maior carga deste sintoma a medida que diminui a classe econômica.

Para o GC foi identificada significância estatística para a dimensão sensorial-psicológica ($p < 0,05$) da Escala de Fadiga de Piper, em que as duas classes econômicas extremas (classes A e D) apresentaram maior percepção da fadiga nesta dimensão e para os sintomas fadiga ($p < 0,05$), náuseas e vômitos ($p < 0,05$) e insônia ($p < 0,01$) do EORTC QLQ-C30, em que o grupo da classe econômica D apresentou maior carga destes sintomas.

Resultados

Tabela 15 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e segundo variável sociodemográfica Classe Econômica no Grupo de Estudo e Controle, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	Classe Econômica GE					Valor P ²	Classe Econômica GC				
	A Mediana (Q1- Q3) ¹	B Mediana (Q1- Q3) ¹	C Mediana (Q1- Q3) ¹	D Mediana (Q1- Q3) ¹	A Mediana (Q1- Q3) ¹		B Mediana (Q1- Q3) ¹	C Mediana (Q1- Q3) ¹	D Mediana (Q1- Q3) ¹	Valor P ²	
Escala de Fadiga de Piper											
Total	1,2 (0,1-2,2)	3,7 (2,8-5,9)	4,1 (2,8-5,4)	4,8 (1,6-7,6)	0,31	2,3 (2,1-2,4)	1,6 (0,7-2,8)	0,8 (0,5-2,1)	2,0 (0,9-3,3)	0,15	
Comportamental	0,6 (0-1,2)	3,2 (0,5-7,5)	3,8 (1,2-6,0)	3,2 (0,8-8,0)	0,45	0,7 (0-1,3)	0,2 (0-2,2)	0 (0-0,8)	2,8 (0,7-3,3)	0,25	
Afetiva	1,2 (0-2,4)	4,4 (1,8-6,0)	6,2 (3,4-8,4)	6,4 (3,0-7,2)	0,03*	2,2 (2,0-2,4)	2,8 (0-6,0)	1,6 (0-4,6)	3,0 (0-5,2)	0,93	
Sensorial-Psicológica	1,5 (0,2-2,7)	4,1 (1,9-5,1)	4,1 (1,8-4,7)	5,0 (1,5-7,6)	0,40	3,1 (2,6-3,6)	1,6 (1,0-3,5)	1,0 (0,5-1,6)	2,1 (0-2,7)	0,04*	
EORTC QLQ-C30											
Função Física	73,3 (66,7-80)	66,7 (53,3-80)	66,7 (53,3-73,3)	80 (60-86,7)	0,65	93,3 (86,7-100)	86,7 (73,3-93,3)	96,7 (86,7-100)	80 (73,3-100)	0,27	
Desempenho de papéis	75,0 (50-100)	50 (16,7-100)	75,0 (33,3-100)	50 (0-50)	0,35	100 (100-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (33,3-100)	0,72	
Função emocional	83,3 (66,7-100)	75,0 (41,7-91,7)	83,3 (58,3-91,7)	25,0 (16,7-66,7)	0,23	91,7(83,3-100)	83,3 (66,7-100)	91,7 (83,3-100)	66,7 (41,7-100)	0,31	
Função cognitiva	100 (100-100)	100 (66,7-100)	100 (83,3-100)	50 (16,7-100)	0,22	91,7(83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,77	
Função social	91,7 (83,3-100)	83,3 (16,7-100)	66,7 (50-100)	50 (0-100)	0,68	100 (100-100)	100 (83,3-100)	100 (100-100)	83,3 (50-100)	0,07	
QV global	58,3 (33,3-83,3)	75,0 (50-91,7)	83,3 (66,7-91,7)	83,3 (66,7-100)	0,68	91,7 (83,3-100)	75,0 (50-91,7)	83,3 (66,7-100)	83,3 (0-91,7)	0,30	
Fadiga	16,7 (0-33,3)	44,4 (11,1-77,8)	33,3 (22,2-66,7)	33,3 (11,1-66,7)	0,65	0 (0-0)	11,1 (11,1-33,3)	11,1 (0-11,1)	33,3 (11,1-44,4)	0,03*	
Náuseas e vômito	8,3 (0-16,7)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,96	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-100)	0,03*	
Dor	0 (0-0)	33,3 (0-83,3)	16,7 (0-66,7)	66,7 (16,7-83,3)	0,32	8,3 (0-16,7)	16,7 (0-50)	0 (0-16,7)	50 (0-100)	0,21	
Dispneia	0 (0-0)	33,3 (0-66,7)	16,7 (0-33,3)	0 (0-100)	0,60	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,44	
Insônia	0 (0-0)	66,7 (0-100)	0 (0-66,7)	100 (0-100)	0,10	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	33,3 (33,3-100)	<0,01*	
Perda de apetite	0 (0-0)	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,57	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-100)	0,49	
Constipação	16,7 (0-33,3)	66,7 (0-66,7)	0 (0-66,7)	66,7 (0-100)	0,57	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,78	
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	33,3 (0-33,3)	0,13	33,3 (0-66,7)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,20	
Dificuldades Financeiras	16,7 (0-33,3)	66,7 (0-100)	0 (0-100)	33,3 (0-100)	0,84	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	100 (0-100)	0,06	
EORTC QLQ-LC13											
Dispneia	0 (0-0)	0 (0-33,3)	22,2 (0-44,4)	0 (0-55,6)	0,24	0 (0-0)	0 (0-11,1)	0 (0-0)	22,2 (0-66,7)	0,17	
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,96	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-66,7)	0,40	
Hemoptise	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,81	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	-	
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	33,3 (0-33,3)	<0,01*	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,29	
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,05	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,60	
Neuropatia periférica	33,3 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0 (0-66,7)	100 (33,3-100)	0,17	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,55	
Alopécia	100 (100-100)	33,3 (0-66,7)	0 (0-100)	33,3 (0-100)	0,28	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,12	
Dor no peito	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	0,67	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-100)	0,29	
Dor braço ou ombro	0 (0-0)	0 (0-33,3)	16,7 (0-66,7)	100 (100-100)	0,03*	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-100)	0,78	
Dor outras partes corpo	33,3 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0 (0-100)	0,97	0 (0-0)	33,3 (0-66,7)	0 (0-33,3)	100 (0-100)	0,07	
Medicação para dor	16,7 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	0 (0-33,3)	33,3 (33,3-33,3)	0,29	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,84	

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ²Teste de Kruskal-Wallis * p<0,05

Resultados

6.6. Comparação entre as dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper com as variáveis clínicas e de funcionalidade

Foram realizadas comparações entre as medianas dos escores dos instrumentos de QVRS EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e seus respectivos domínios e as dimensões e total da Escala de Fadiga de Piper – revisada com as variáveis clínicas (diagnóstico, estadiamento, realização de tratamento cirúrgico, vigência de quimioterapia e protocolo quimioterápico) dos sujeitos do GE com câncer de pulmão em cuidados paliativos e das variável de funcionalidade (KPS) dos sujeitos do GE e do GC saudável.

Os dados do GE, referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada, segundo a variável clínica diagnóstico serão apresentados na tabela 16, na página seguinte.

Não foi identificada significância estatística para nenhum domínio ou dimensão dos referidos instrumentos. Entretanto, é possível observar que, de acordo com a Escala de Fadiga de Piper – revisada, os sujeitos que apresentaram “Outros diagnósticos” (incluindo Adenoide cístico e Mesotelioma pleural) apresentaram fadiga moderada em todas as dimensões e no escore total, enquanto que os grupo com diagnósticos de Câncer de Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC) e de Câncer de Pulmão Pequenas Células (CPPC) apresentaram fadiga moderada mais expressivamente na dimensão afetiva.

Quanto a Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, foi observado que o grupo com “outros diagnósticos” apresentou medianas maiores em todas os sintomas, em comparação com os outros dois grupos, exceto para o sintoma constipação, maior no grupo com diagnóstico de CPPC. O mesmo se aplica para os sintomas relacionados ao câncer de pulmão do QLQ-LC13, em que o grupo com “outros diagnósticos” apresentou mediana maior em diversos sintomas em comparação com os demais grupos, com exceção da alopecia e dor em outras partes do corpo, cujas medianas foram maiores no grupo CPPC.

Resultados

Tabela 16 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Diagnóstico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	GE			Valor p ⁴
	CPNPC ¹ Mediana (Q1- Q3) ⁵	CPPC ² Mediana (Q1- Q3) ⁵	Outros ³ Mediana (Q1- Q3) ⁵	
Escala de Fadiga de Piper				
Total	4,1 (2,2-5,5)	3,8 (3,1-4,7)	6,3 (4,9-7,6)	0,27
Comportamental	3,3 (1,0-6,5)	3,2 (0,8-6,3)	6,9 (5,8-8,0)	0,33
Afetiva	5,6 (2,4-7,8)	5,0 (3,8-7,0)	6,4 (5,6-7,2)	0,82
Sensorial-Psicológica	4,0 (1,9-4,6)	3,9 (1,5-5,3)	5,9 (4,1-7,6)	0,46
EORTC QLQ-C30				
Função Física	66,7 (53,3-80)	66,7 (53,3-80)	76,7 (66,7-86,7)	0,68
Desempenho de papéis	66,7 (33,3-100)	16,7 (16,7-100)	50 (0-100)	0,41
Função emocional	75,0 (41,7-91,7)	83,3 (66,7-91,7)	58,3 (16,7-100)	0,73
Função cognitiva	100 (83,3-100)	83,3 (50-100)	41,7 (16,7-66,7)	0,05
Função social	83,3 (50-100)	66,7 (16,7-100)	25,0 (0-50)	0,33
QV global	75,0 (58,3-91,7)	83,3 (75,0-100)	79,2 (75,0-83,3)	0,53
Fadiga	33,3 (11,1-66,7)	44,4 (0-55,6)	44,4 (33,3-55,6)	0,69
Náuseas e vômito	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	41,7 (33,3-50)	0,22
Dor	16,7 (0-83,3)	16,7 (16,7-66,7)	58,3 (33,3-83,3)	0,56
Dispneia	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	83,3 (66,7-100)	0,13
Insônia	0 (0-100)	0 (0-66,7)	50 (0-100)	0,52
Perda de apetite	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	66,7 (33,3-100)	0,19
Constipação	0 (0-66,7)	66,7 (0-100)	0 (0-0)	0,26
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,57
Dificuldades Financeiras	0 (0-100)	33,3 (0-100)	50 (0-100)	0,91
EORTC QLQ-LC13				
Dispneia	11,1 (0-33,3)	0 (0-66,7)	50 (44,4-55,6)	0,34
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,65
Hemoptise	0 (0-33,3)	0 (0-0)	16,7 (0-33,3)	0,76
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	16,7 (0-33,3)	0,05
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,65
Neuropatia periférica	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	100 (100-100)	0,07
Alopécia	0 (0-100)	33,3 (0-100)	16,7 (0-33,3)	0,69
Dor no peito	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,40
Dor no braço ou ombro	0 (0-66,7)	33,3 (0-100)	100 (100-100)	0,06
Dor outras partes do corpo	0 (0-33,3)	66,7 (0-100)	0 (0-0)	0,16
Medicação para dor	0 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	33,3 (33,3-33,3)	0,37

¹ Câncer de Pulmão Não Pequenas Células, ²Câncer de Pulmão Pequenas Células, ³Inclui Adenoide cístico e Mesotelioma pleural, ⁴ Teste de Kruskal-Wallis, ⁵ (1º Quartil – 3º Quartil)

A tabela 17, a seguir, ilustra os dados referentes às comparações entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada do GE segundo a variável clínica estadiamento.

Tabela 17 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Estadiamento no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

<i>Variável</i>	<i>GE</i>		<i>Valor p²</i>
	<i>IIIb Mediana (Q1- Q3)¹</i>	<i>IV Mediana (Q1- Q3)¹</i>	
<i>Escala de Fadiga de Piper</i>			
<i>Total</i>	3,7 (2,7-4,8)	4,6 (2,2-5,9)	0,17
<i>Comportamental</i>	2,5 (0,5-5,2)	4,0 (1,2-7,7)	0,07
<i>Afetiva</i>	5,2 (2,4-6,8)	5,6 (3,0-8,0)	0,34
<i>Sensorial-Psicológica</i>	4,0 (2,1-4,5)	4,1 (1,6-5,6)	0,56
<i>EORTC QLQ-C30</i>			
<i>Função Física</i>	73,3 (66,7-80)	60 (46,7-73,3)	0,06
<i>Desempenho de papéis</i>	66,7 (50-100)	50 (16,7-100)	0,13
<i>Função emocional</i>	75,0 (41,7-91,7)	83,3 (41,7-91,7)	0,96
<i>Função cognitiva</i>	100 (83,3-100)	100 (66,7-100)	0,85
<i>Função social</i>	83,3 (50-100)	66,7 (16,7-100)	0,49
<i>QV global</i>	75,0 (66,7-83,3)	83,3 (58,3-100)	0,75
<i>Fadiga</i>	33,3 (11,1-55,6)	44,4 (22,2-77,8)	0,07
<i>Náuseas e vômito</i>	0 (0-16,7)	16,7 (0-50)	0,06
<i>Dor</i>	33,3 (0-66,7)	16,7 (0-83,3)	0,52
<i>Dispneia</i>	0 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0,28
<i>Insônia</i>	0 (0-66,7)	0 (0-100)	0,95
<i>Perda de apetite</i>	0 (0-33,3)	0 (0-100)	0,25
<i>Constipação</i>	33,3 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,85
<i>Diarreia</i>	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,04*
<i>Dificuldades Financeiras</i>	66,7 (0-100)	0 (0-100)	0,68
<i>EORTC QLQ-LC13</i>			
<i>Dispneia</i>	0 (0-22,2)	22,2 (0-66,7)	0,11
<i>Tosse</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,04*
<i>Hemoptise</i>	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,09
<i>Boca Seca</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,53
<i>Disfagia</i>	0 (0-0)	0 (0-0)	0,52
<i>Neuropatia periférica</i>	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,88
<i>Alopecia</i>	0 (0-100)	33,3 (0-100)	0,45
<i>Dor no peito</i>	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,51
<i>Dor no braço ou ombro</i>	0 (0-33,3)	0 (0-100)	0,19
<i>Dor outras partes do corpo</i>	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,20
<i>Medicação para dor</i>	0 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	0,64

* (1º Quartil – 3º Quartil) **Teste de Mann-Whitney * p<0,05

Houve significância estatística no sintoma diarreia (p<0,05) da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, em que o grupo com estadiamento IIIb apresentou maior variação da mediana do que o grupo com estadiamento IV, e para o sintoma tosse (p<0,05) do QLQ-LC13; embora a mediana e o 1º e 3º Quartis sejam iguais a zero em ambos os grupos, no 3º quartil para o estágio IIIb foi observado o valor de 33,3 e o valor máximo de 100, enquanto para o estágio IV, o 3º quartil foi 0 e o máximo 66,67.

Resultados

Com relação aos tratamentos realizados pelo GE, que inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia, a Tabela 18, a seguir, apresenta os dados referentes à comparação entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada com relação à realização de tratamento cirúrgico.

Tabela 18 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Realização de Tratamento Cirúrgico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	GE		Valor p ²
	Realizou Cirurgia Mediana (Q1- Q3) ¹	Não Realizou Cirurgia Mediana (Q1- Q3) ¹	
Escala de Fadiga de Piper			
Total	4,1 (2,7-5,4)	3,8 (2,2-5,5)	0,94
Comportamental	3,3 (1,0-6,3)	3,7 (1,7-6,5)	0,87
Afetiva	5,5 (3,0-7,8)	5,4 (2,8-7,2)	0,99
Sensorial-Psicológica	4,2 (1,9-4,7)	3,0 (1,6-5,6)	0,78
EORTC QLQ-C30			
Função Física	66,7 (53,3-80)	63,3 (46,7-80)	0,44
Desempenho de papéis	66,7 (16,7-100)	91,7 (16,7-100)	0,44
Função emocional	70,8 (41,7-91,7)	83,3 (50-91,7)	0,46
Função cognitiva	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	0,65
Função social	66,7 (50-100)	83,3 (0-100)	0,80
QV global	75,0 (58,3-83,3)	83,3 (75,0-100)	0,05*
Fadiga	44,4 (11,1-66,7)	33,3 (22,2-55,6)	0,61
Náuseas e vômito	0 (0-33,3)	0 (0-16,7)	0,29
Dor	33,3 (0-83,3)	8,3 (0-66,7)	0,23
Dispneia	0 (0-66,7)	16,7 (0-66,7)	0,68
Insônia	0 (0-100)	0 (0-66,7)	0,45
Perda de apetite	16,7 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,09
Constipação	33,3 (0-100)	0 (0-66,7)	0,13
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0,13
Dificuldades Financeiras	16,7 (0-100)	16,7 (0-100)	0,76
EORTC QLQ-LC13			
Dispneia	5,6 (0-33,3)	16,7 (0-55,6)	0,59
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0,91
Hemoptise	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0,21
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0,40
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0,62
Neuropatia periférica	0 (0-66,7)	16,7 (0-66,7)	0,76
Alopecia	33,3 (0-100)	0 (0-33,3)	0,07
Dor no peito	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,07
Dor no braço ou ombro	0 (0-100)	0 (0-33,3)	0,46
Dor outras partes do corpo	0 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,36
Medicação para dor	33,3 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,07

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ²Teste de Mann-Whitney * p<0,05 ³ valor aproximado para **0,046**

Os dados evidenciam que há somente significância estatística para o domínio QV Global, em que os sujeitos que não realizaram cirurgia apresentaram maior QV Global do que os que realizaram cirurgia. Embora não seja estatisticamente significativa, o grupo que realizou cirurgia aparenta maiores escores do EORTC QLQ-C30 para função física e para os sintomas fadiga, dor, perda de apetite e constipação enquanto o

Resultados

grupo que não realizou cirurgia apresentou maiores escores para desempenho de papéis, função emocional e função social e para o sintoma dispneia. Com relação aos domínios do QLQ-LC13, os sintomas e efeitos secundários os escores para dispneia e neuropatia periférica foi maior para o grupo que não realizou cirurgia e alopecia e uso de medicação para dor foram maiores para o grupo que realizou cirurgia.

A tabela 19, abaixo, apresenta os dados referentes à comparação entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada quanto a vigência de quimioterapia.

Tabela 19 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Vigência de Quimioterapia no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	GE			Valor p ²
	Sim Mediana (Q1- Q3) ¹	Não Mediana (Q1- Q3) ¹	Nunca Mediana (Q1- Q3) ¹	
Escala de Fadiga de Piper				
Total	3,7 (2,2-5,8)	4,1 (3,7-4,8)	3,8 (0,8-4,9)	0,64
Comportamental	4,0 (0,8-6,5)	3,3 (1,8-6,0)	1,4 (0-5,8)	0,60
Afetiva	4,6 (2,4-6,8)	6,4 (5,2-7,8)	6,6 (0-8,0)	0,23
Sensorial-Psicológica	4,0 (2,4-5,0)	4,4 (1,9-5,0)	2,9 (1,6-4,1)	0,50
EORTC QLQ-C30				
Função Física	66,7 (46,7-73,3)	66,7 (53,3-86,7)	76,7 (66,7-80)	0,16
Desempenho de papéis	66,7 (33,3-100)	50 (16,7-100)	100 (100-100)	0,22
Função emocional	66,7 (41,7-91,7)	75,0 (33,3-83,3)	91,7 (75,0-91,7)	0,37
Função cognitiva	100 (83,3-100)	100 (83,3-100)	91,7 (83,3-100)	0,71
Função social	83,3 (50-100)	50 (0-100)	83,3 (50-100)	0,53
QV Global	83,3 (58,3-91,7)	75,0 (66,7-83,3)	79,2 (66,7-83,3)	0,95
Fadiga	44,4 (22,2-66,7)	33,3 (11,1-55,6)	16,7 (0-55,6)	0,18
Náuseas e vômito	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,48
Dor	16,7 (0-66,7)	66,7 (16,7-83,3)	16,7 (0-33,3)	0,27
Dispneia	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0 (0-0)	0,22
Insônia	0 (0-100)	0 (0-66,7)	16,7 (0-66,7)	0,79
Perda de apetite	33,3 (0-66,7)	0 (0-0)	16,7 (0-100)	0,16
Constipação	33,3 (0-100)	0 (0-66,7)	16,7 (0-33,3)	0,10
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,32
Dificuldades Financeiras	0 (0-100)	66,7 (0-100)	33,3 (0-100)	0,77
EORTC QLQ-LC13				
Dispneia	11,1 (0-33,3)	22,2 (0-66,7)	0 (0-22,2)	0,53
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,35
Hemoptise	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,31
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,75
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,42
Neuropatia periférica	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0 (0-33,3)	0,78
Alopécia	33,3 (0-100)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,09
Dor no peito	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,80
Dor no braço ou ombro	0 (0-33,3)	33,3 (0-100)	50 (0-100)	0,03*
Dor outras partes	0 (0-66,7)	33,3 (0-100)	0 (0-0)	0,05
Medicação para dor	33,3 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,99

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ²Teste de Kruskal-Wallis * p<0,05

Resultados

Esses resultados indicam que houve significância estatística apenas para o domínio dor no braço ou no ombro do QLQ-LC13, na comparação entre os grupos que nunca realizaram quimioterapia e aqueles que já realizaram quimioterapia em algum momento do seu tratamento ou estava em vigência da mesma no momento da entrevista.

As informações referentes aos protocolos de quimioterapia realizados pelo GE foram agrupadas da seguinte forma: aqueles que nunca haviam realizado quimioterapia, aqueles cujas informações acerca do protocolo quimioterápico não foram encontradas (Ignorados) e aqueles que receberam os seguintes quimioterápicos: carboplatina e associações, cisplatina e associações e exclusivamente docetaxel.

Estes protocolos quimioterápicos foram identificados a partir da definição da casuística, que englobou apenas pacientes em cuidados paliativos, cuja tratamento quimioterápico em vigência possuía indicação paliativa, isto é, sem finalidade curativa, com o objetivo de controlar sintomas, melhorar a qualidade de vida da sobrevivência dos sujeitos. Deste modo, não houve a intenção de apresentar todos os esquemas quimioterápicos possíveis de serem utilizados com pacientes em cuidados paliativos, mas apenas os aqueles que foram realizados pelos pacientes com câncer de pulmão em cuidados paliativos que compuseram a casuística deste estudo. Os dados sobre os protocolos de quimioterapia não se configuraram como um critério de inclusão no estudo, tendo sido usados para a estratificação dos resultados.

Na coleta de dados considerou-se apenas o protocolo quimioterápico em vigência no momento da entrevista ou o último protocolo realizado, não sendo levado em consideração para a análise dos dados os esquemas quimioterápicos realizados previamente, fossem eles com indicação curativa ou paliativa.

A tabela 20 a seguir apresenta os escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 a partir dos protocolos quimioterápicos realizados pelo GE apresentado anteriormente.

Resultados

Tabela 20 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável clínica Protocolo Quimioterápico no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	GE					Valor p ²
	Não Fez Quimioterapia	Carboplatina e associações	Cisplatina e associações	Docetaxel	Ignorados	
	Mediana (Q1- Q3) ¹	Mediana (Q1- Q3) ¹	Mediana (Q1- Q3) ¹	Mediana (Q1- Q3) ¹	Mediana (Q1- Q3) ¹	
Escala de Fadiga de Piper						
Total	3,8 (0,8-4,9)	3,9 (2,7-5,4)	4,2 (1,8-5,4)	5,8 (4,9-6,8)	3,9 (3,7-4,1)	0,43
Comportamental	1,4 (0-5,8)	2,8 (1,0-6,2)	3,3 (0,8-5,3)	7,3 (5,3-7,7)	5,8 (5,2-6,3)	0,34
Afetiva	6,6 (0-8,0)	5,3 (3,0-6,8)	4,8 (1,6-8,0)	7,8 (6,4-8,4)	4,7 (3,0-6,4)	0,57
Sensorial-Psicológica	2,9 (1,6-4,1)	4,2 (2,1-4,9)	3,6 (1,2-5,5)	4,3 (2,6-6,6)	2,5 (1,8-3,2)	0,63
EORTC QLQ-C30						
Função Física	76,7 (66,7-80)	66,7 (53,3-80)	70 (56,7-86,7)	53,3 (0-60)	70 (66,7-73,3)	0,15
Desempenho de papéis	100 (100-100)	66,7 (33,3-100)	50 (8,3-100)	33,3 (0-83,3)	66,7 (33,3-100)	0,28
Função emocional	91,7 (75,0-91,7)	83,3 (50-91,7)	70,8 (29,2-91,7)	62,5 (0-83,3)	79,2 (66,7-91,7)	0,60
Função cognitiva	91,7 (83,3-100)	100 (83,3-100)	91,7 (33,3-100)	100 (100-100)	91,7 (83,3-100)	0,62
Função social	83,3 (50-100)	66,7 (33,3-100)	83,3 (33,3-100)	66,7 (0-83,3)	50 (0-100)	0,76
QV Global	79,2 (66,7-83,3)	79,2 (58,3-91,7)	83,3 (70,8-95,8)	83,3 (66,7-91,7)	66,7 (58,3-75,0)	0,80
Fadiga	16,7 (0-55,6)	33,3 (11,1-66,7)	33,3 (16,7-44,4)	61,1 (55,6-77,8)	38,9 (11,1-66,7)	0,20
Náuseas e vômito	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-16,7)	33,3 (0-33,3)	0 (0-0)	0,39
Dor	16,7 (0-33,3)	16,7 (0-66,7)	25,0 (0-91,7)	75,0 (16,7-83,3)	50 (0-100)	0,79
Dispneia	0 (0-0)	33,3 (0-66,7)	16,7 (0-50)	33,3 (0-66,7)	0 (0-0)	0,34
Insônia	16,7 (0-66,7)	0 (0-100)	0 (0-66,7)	50 (0-100)	0 (0-0)	0,56
Perda de apetite	16,7 (0-100)	16,7 (0-66,7)	0 (0-0)	50 (0-100)	0 (0-0)	0,11
Constipação	16,7 (0-33,3)	50 (0-100)	0 (0-50)	33,3 (0-66,7)	50 (0-100)	0,58
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	50 (0-100)	0,50
Dificuldades Financeiras	33,3 (0-100)	16,7 (0-100)	16,7 (0-100)	100 (0-100)	0 (0-0)	0,46
EORTC QLQ-LC13						
Dispneia	0 (0-22,2)	11,1 (0-66,7)	0 (0-61,1)	11,1 (0-22,2)	22,2 (22,2-22,2)	0,76
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,60
Hemoptise	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,39
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-33,3)	0 (0-0)	0,08
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,25
Neuropatia periférica	0 (0-33,3)	0 (0-66,7)	50 (0-66,7)	33,3 (33,3-66,7)	50 (0-100)	0,50
Alopécia	0 (0-0)	33,3 (0-100)	16,7 (0-66,7)	16,7 (0-100)	100 (100-100)	0,25
Dor no peito	16,7 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0 (0-16,7)	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0,81
Dor no braço ou ombro	50 (0-100)	0 (0-33,3)	16,7 (0-100)	0 (0-0)	33,3 (0-66,7)	0,50
Dor outras partes do corpo	0 (0-0)	0 (0-66,7)	0 (0-83,3)	16,7 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0,45
Medicação para dor	16,7 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	16,7 (0-33,3)	0,96

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ² Teste de Kruskal-Wallis * p<0,05

Resultados

Os dados apontam que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos submetidos aos diferentes protocolos quimioterápicos paliativos e que nunca foram submetidos à tal tratamento. Entretanto, observa-se que, quanto a avaliação da fadiga pela Escala de Fadiga de Piper, os sujeitos que recebem o protocolo de docetaxel apresentam os escores de fadiga mais elevados em comparação com os demais protocolos quimioterápicos, sendo fadiga moderada no escore total e na dimensão sensorial-psicológica e fadiga intensa nas dimensões comportamental e afetiva. Por sinal, a dimensão afetiva foi aquela que apresentou os maiores escores em todos os protocolos de quimioterápicos analisados (excluindo os dados ignorados).

O grupo que foi submetido ao protocolo de docetaxel apresentou também as maiores valores de medianas na Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, para todos os sintomas e Dificuldades Financeiras (mediana 100). Para os domínios do QLQ-LC13 apresenta o maior escore em comparação com os demais protocolos apenas para o uso de medicação para dor.

A tabela 21, a seguir, apresenta os dados referentes à comparação entre as medianas dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 e Escala de Fadiga de Piper – revisada quanto à funcionalidade avaliada pelo KPS, tanto no GE como no GC.

Tabela 21 – Escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e LC13 e segundo variável de funcionalidade KPS no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

Variável	KPS GE		Valor p ²
	100-80 Mediana (Q1- Q3) ¹	70-50 Mediana (Q1- Q3) ¹	
EscaLa de Fadiga de Piper			
Total	3,7 (2,2-4,8)	5,4 (3,7-6,0)	0,03*
Comportamental	2,0 (0,5-4,5)	6,3 (5,0-7,5)	<0,01*
Afetiva	5,4 (2,4-8,0)	5,6 (3,0-6,4)	0,74
Sensorial-Psicológica	3,2 (1,6-4,6)	4,6 (3,6-5,6)	0,03*
EORTC QLQ-C30			
Função Física	73,3 (60-80)	53,3 (6,7-66,7)	<0,01*
Desempenho de papéis	83,3 (50-100)	16,7 (0-50)	<0,01*
Função emocional	83,3 (50-91,7)	66,7 (8,3-83,3)	0,26
Função cognitiva	100 (83,3-100)	83,3 (50-100)	0,02*
Função social	83,3 (50-100)	50 (0-83,3)	0,04*
QV Global	83,3 (66,7-100)	75,0 (58,3-83,3)	0,25
Fadiga	33,3 (11,1-55,6)	66,7 (55,6-88,9)	<0,01*
Náuseas e vômito	0 (0-16,7)	33,3 (0-50)	<0,01*
Dor	16,7 (0-66,7)	50 (16,7-83,3)	0,05*³
Dispneia	0 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0,02*
Insônia	0 (0-66,7)	66,7 (0-100)	0,16
Perda de apetite	0 (0-33,3)	66,7 (0-100)	0,01*
Constipação	0 (0-66,7)	66,7 (0-100)	0,03*
Diarreia	0 (0-0)	0 (0-0)	0,34
Dificuldades Financeiras	0 (0-100)	33,3 (0-100)	0,38
EORTC QLQ-LC13			
Dispneia	0 (0-22,2)	33,3 (0-66,7)	0,03*
Tosse	0 (0-0)	0 (0-0)	0,28
Hemoptise	0 (0-33,3)	0 (0-33,3)	0,56
Boca Seca	0 (0-0)	0 (0-0)	0,35
Disfagia	0 (0-0)	0 (0-0)	0,27
Neuropatia periférica	0 (0-66,7)	33,3 (0-66,7)	0,82
Alopecia	0 (0-100)	66,7 (33,3-100)	<0,01*
Dor no peito	0 (0-33,3)	33,3 (0-66,7)	0,08
Dor braço ou ombro	0 (0-66,7)	33,3 (0-100)	0,32
Dor outras partes do corpo	0 (0-66,7)	0 (0-66,7)	0,72
Medicação para dor	0 (0-33,3)	33,3 (0-33,3)	0,07

¹ (1º Quartil – 3º Quartil) ² Teste de Mann-Whitney * p<0,05 ³ valor aproximado para 0,045*

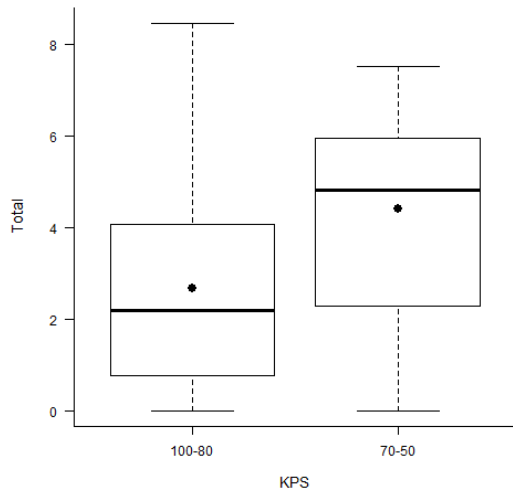


Gráfico 25 – Comparação da distribuição dos dados referente à pontuação total da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS.

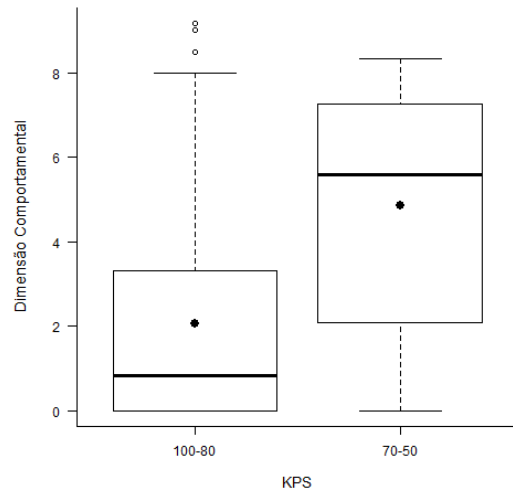


Gráfico 26 – Comparação da distribuição dos dados referente à dimensão comportamental da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS.

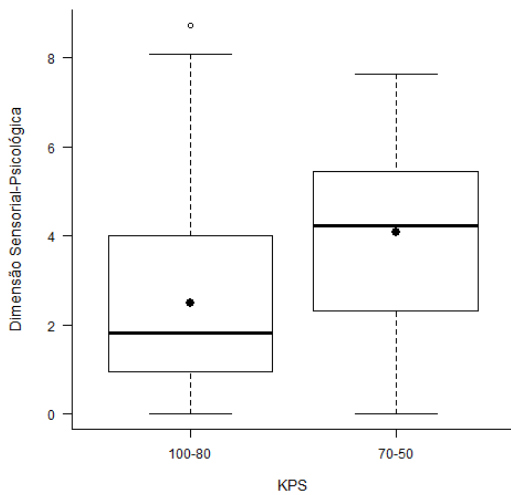


Gráfico 27 – Comparação da distribuição dos dados referente à dimensão Sensorial-psicológica da Escala de Fadiga de Piper – revisada segundo o KPS.

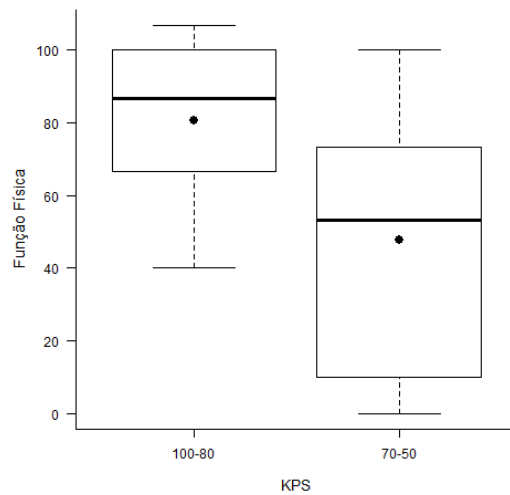


Gráfico 28 – Comparação da distribuição dos dados referente à função física do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

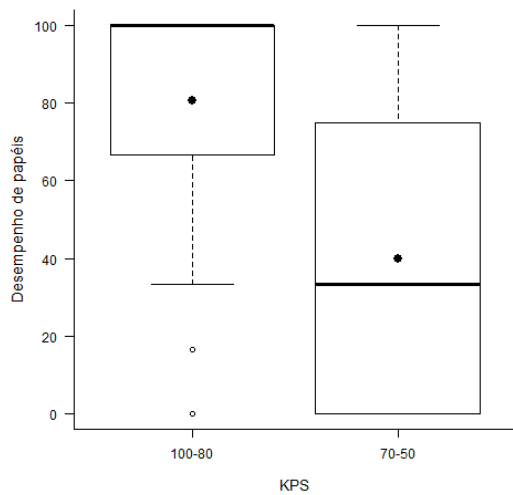


Gráfico 29 – Comparação da distribuição dos dados referente ao desempenho de papéis do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

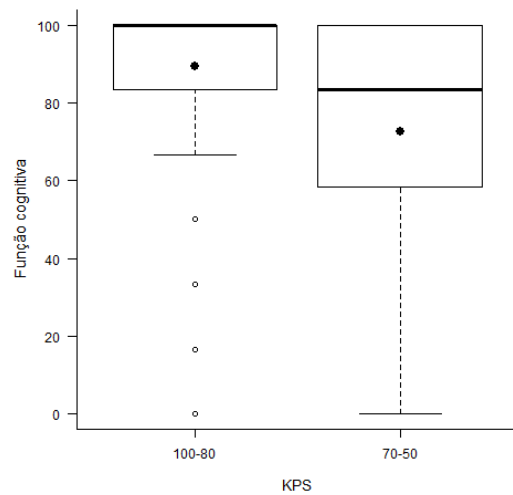


Gráfico 30 – Comparação da distribuição dos dados referente à função cognitiva do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

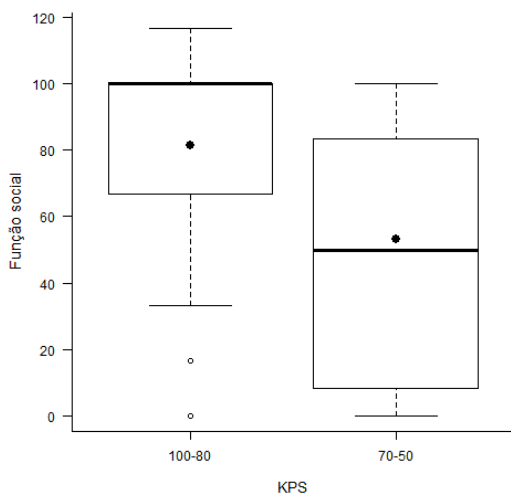


Gráfico 31 – Comparação da distribuição dos dados referente à função social do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

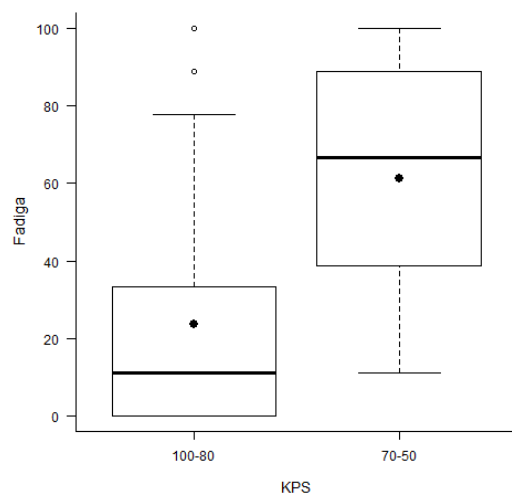


Gráfico 32 – Comparação da distribuição dos dados referente à fadiga do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

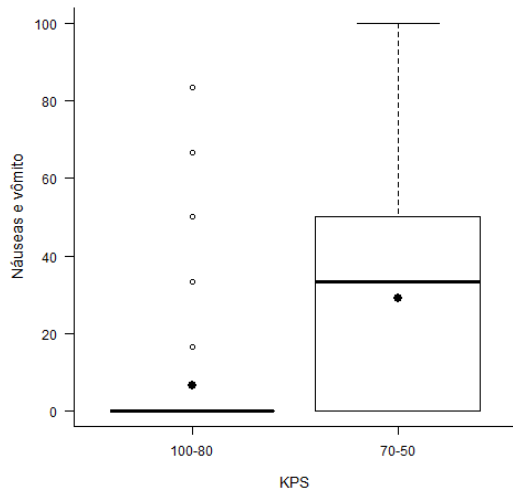


Gráfico 33 – Comparação da distribuição dos dados referente a náuseas e vômito do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

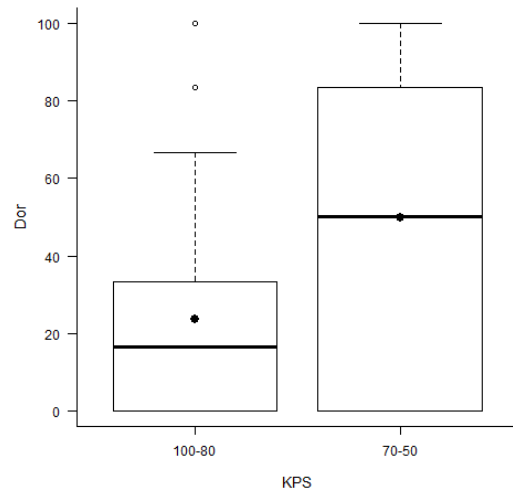


Gráfico 34 – Comparação da distribuição dos dados referente à dor do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

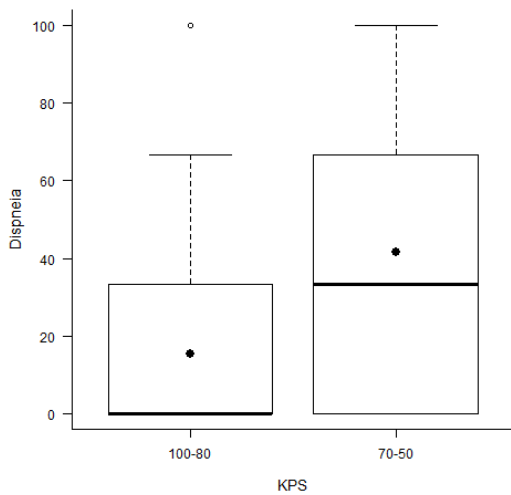


Gráfico 35 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

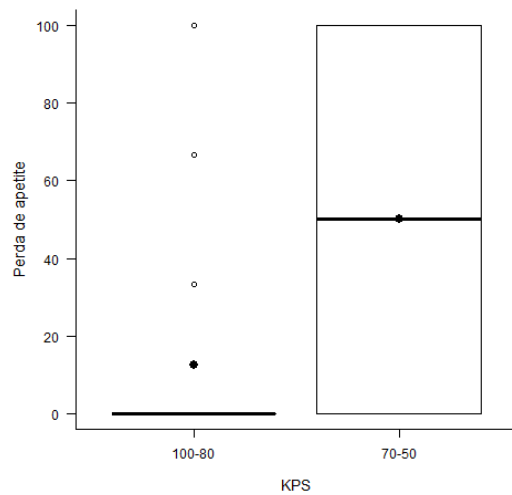


Gráfico 36 – Comparação da distribuição dos dados referente à perda de apetite do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

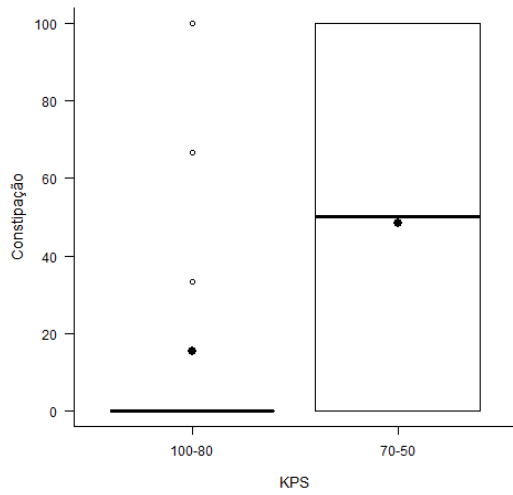


Gráfico 37 – Comparação da distribuição dos dados referente à constipação do EORTC QLQ-C30 segundo o KPS.

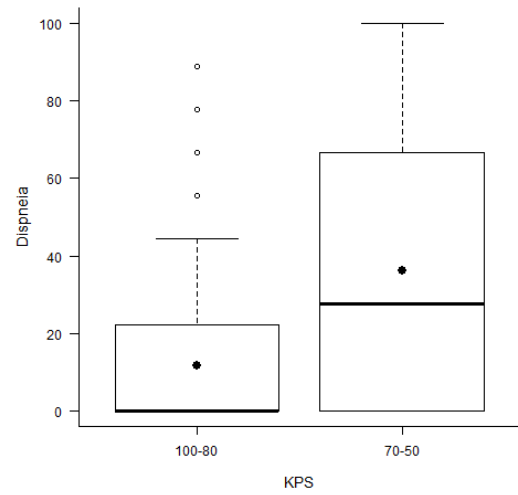


Gráfico 38 – Comparação da distribuição dos dados referente à dispneia do EORTC QLQ-LC13 segundo o KPS.

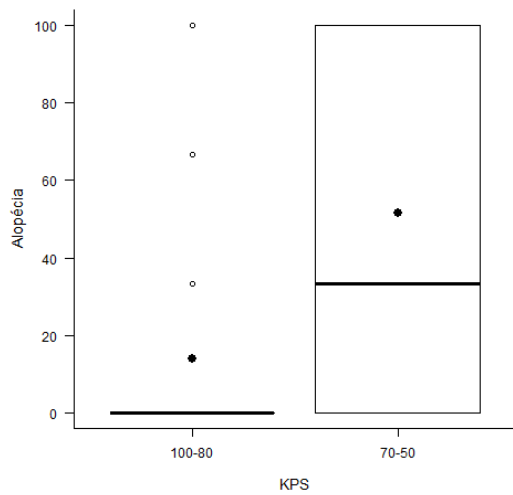


Gráfico 39 – Comparação da distribuição dos dados referente à alopecia do EORTC QLQ-LC13 segundo o KPS.

Os resultados apresentados indicaram que houve diferença estatisticamente significativa com relação aos dados de funcionalidade na comparação entre duas faixas do KPS - entre 100% e 80% e entre 70% e 50% para os seguintes domínios:

- Nas dimensões da Escala de Fadiga de Piper – revisada, houve significância estatística para Total ($p < 0,05$), Comportamental ($p < 0,05$) e Sensorial-Psicológica ($p < 0,05$), em que o grupo com KPS entre 70-50 apresentou fadiga moderada para todos as dimensões e score total.

- Para as Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30 houve significância estatística para Função Física e Desempenho de papéis (com $p < 0,05$), como também para Função cognitiva e Função social (com $p < 0,05$), em que o grupo com KPS entre 70-50 apresentou os escores mais baixos para todos os domínios, inclusive para aqueles em que não houve significância estatística.

- Para as Escalas de Sintomas do EORTC QLQ-C30 houve significância estatística para os sintomas Fadiga, Náuseas e vômito, Dispneia, Perda de apetite e Constipação (com $p < 0,05$). O grupo com KPS entre 70-50 apresentou maiores escores para a presença de todos os sintomas avaliados.

- Para os domínios do QLQ-LC13 houve significância estatística para o sintoma de Dispneia e Alopecia ($p < 0,05$); o grupo com KPS entre 70-50 apresentou maiores escores para os domínios avaliados.

6.7. Correlações das dimensões do EORTC QLQ-C30 e módulo QLQ-LC13 com as dimensões da Escala de Fadiga de Piper - revisada

Os domínios do EORTC QLQ-C30 e o módulo QLQ-LC13 foram correlacionadas com as dimensões da Escala de Fadiga de Piper – revisada por meio do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), para o qual foi adotado como uma correlação moderada o valor de $\rho \geq 0,5$. A tabela 22 a seguir apresenta as relações lineares entre as variáveis.

Tabela 22 – Correlação entre os domínios dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 e as dimensões da Escala de Fadiga de Piper no Grupo de Estudo, Ribeirão Preto, 2015.

<i>EORTC QLQ-C30 e LC13</i>		<i>Dimensões da Escala de Fadiga de Piper - revisada</i>			
		<i>Total</i>	<i>Comportamental</i>	<i>Afetiva</i>	<i>Sensorial-Psicológica</i>
<i>Escalas Funcionais EORTC QLQ-C30</i>	<i>Função Física</i>	-0,4	-0,4	-0,4	-0,2
	<i>Desempenho de papéis</i>	-0,6*	-0,6*	-0,4	-0,5*
	<i>Função emocional</i>	-0,5*	-0,5*	-0,3	-0,5*
	<i>Função cognitiva</i>	-0,3	-0,2	0,0	-0,5*
	<i>Função social</i>	-0,3	-0,3	-0,2	-0,3
<i>Estado de Saúde Global EORTC QLQ-C30</i>	<i>QV Global</i>	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2
<i>Escala de Sintomas EORTC QLQ-C30</i>	<i>Fadiga</i>	0,7*	0,7*	0,5*	0,5*
	<i>Náuseas e vômito</i>	0,4	0,4	0,3	0,3
	<i>Dor</i>	0,5*	0,6*	0,5*	0,3
	<i>Dispneia</i>	0,5*	0,4	0,3	0,4
	<i>Insônia</i>	0,2	0,2	0,1	0,2
	<i>Perda de apetite</i>	0,5*	0,5*	0,4	0,3
	<i>Constipação</i>	0,2	0,1	0,0	0,4
	<i>Diarreia</i>	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
	<i>Dificuldades Financeiras</i>	0,3	0,2	0,4	0,2
	<i>Dispneia</i>	0,6*	0,6*	0,5*	0,3
<i>EORTC QLQ-LC13</i>	<i>Tosse</i>	-0,2	-0,1	-0,1	-0,2
	<i>Hemoptise</i>	0,3	0,4	0,2	0,3
	<i>Boca Seca</i>	0,2	0,2	0,1	0,2
	<i>Disfagia</i>	0,2	0,2	0,1	0,2
	<i>Neuropatia periférica</i>	0,3	0,2	0,2	0,1
	<i>Alopecia</i>	0,2	0,3	0,0	0,1
	<i>Dor no peito</i>	0,2	0,3	0,3	0,1
	<i>Dor braço ou ombro</i>	0,4	0,4	0,4	0,3
	<i>Dor outras partes</i>	0,1	0,0	0,1	0,1
	<i>Medicação para dor</i>	0,4	0,4	0,3	0,2

¹ ρ = coeficiente de correlação de Spearman ² * intensidade da correlação moderada $\rho > 0,5$ ou $\rho < -0,5$

Os resultados apontaram correlações moderadas negativas entre as Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30 e a Escala de Fadiga de Piper – revisada para os domínios: Desempenho de Papéis com as dimensões Total ($\rho=-0,6$), Comportamental ($\rho=-0,6$) e Sensorial-Psicológica ($\rho=-0,5$) de Piper; Função emocional com as dimensões Total ($\rho=-0,5$), Comportamental ($\rho=-0,5$) e Sensorial-Psicológica ($\rho=-0,5$) de Piper; Função Cognitiva com a dimensão Sensorial-Psicológica ($\rho=-0,5$) de Piper.

Houve correlações positivas entre a Escala de sintomas do EORTC QLQ-C30 e as dimensões da Escala de Fadiga de Piper – revisada, para os domínios: Fadiga com as dimensões Total ($\rho=0,7$), Comportamental ($\rho=0,7$), Afetiva ($\rho=0,5$) e Sensorial-Psicológica ($\rho=0,5$) de Piper; Dor correlacionou-se com as dimensões Total ($\rho=0,5$), Comportamental ($\rho=0,6$) e Afetiva ($\rho=0,5$); a dispneia correlacionou-se com a dimensão Total ($\rho=0,5$) e a Perda de apetite correlacionou-se com as dimensões Total ($\rho=0,5$) e Comportamental ($\rho=0,5$) da Escala de Fadiga de Piper – revisada.

Com relação ao módulo específico para câncer de pulmão EORTC QLQ-LC13, houve uma correlação positiva entre o sintoma Dispneia com a dimensão Total ($\rho=0,6$), Comportamental ($\rho=0,6$) e Afetiva ($\rho=0,5$) da Escala de Fadiga de Piper - revisada.

Os resultados encontrados neste estudo que foram apresentados acima serão discutidos e analisados no capítulo a seguir.

7. Discussão

Os dados de caracterização da amostra do grupo de estudo e as comparações e correlações entre os estratos dentro deste grupo e em relação ao grupo controle serão apresentados a seguir a partir dos dados sociodemográficos, clínicos e de funcionalidade, avaliação da QVRS e fadiga.

7.1. Dados sociodemográficos

O câncer de pulmão é o quadro oncológico com maior incidência em homens do que em mulheres⁹⁴. No Brasil, a estimativa do INCA¹⁰ para o ano de 2014 foi de 16.400 casos novos de câncer de pulmão entre homens e 10.930 entre mulheres, na proporção de 1,5 homens para cada mulher, enquanto que nos EUA foi identificada uma proporção de 1,1 homens para cada mulher com câncer de pulmão. Corroborando os dados da literatura, os resultados de caracterização sociodemográfica da população com câncer de pulmão em cuidados paliativos que compuseram a amostra deste estudo revelam que houve um predomínio da população masculina diagnosticada com câncer de pulmão, numa proporção de 1,5 homens para cada mulher.

As diferenças nos padrões de incidência de câncer de pulmão entre homens e mulheres refletem diferenças históricas no uso do tabaco, em que a prevalência do tabagismo em mulheres teve um início mais tardio do que em homens. No caso das mulheres, observou-se que a prevalência de fumantes aumentou de forma constante e atingiu o pico com 38% de fumantes em 1960, diminuindo em seguida para 23% em 1990, mais lentamente do que no caso masculino, em que foi observado um aumento constante para 65% em 1940, estabilizou até 1955 e, em seguida, começou a diminuir progressivamente, chegando a 28% em 1990⁹⁵. Nos EUA, as taxas de incidência desse tipo de câncer começaram a declinar em meados da década de 80 nos homens e no final de 90 do século XX em mulheres, como resultado da redução da prevalência do tabagismo⁹⁶.

Além dos fatores históricos relacionados ao tabagismo entre homens e mulheres, uma série de fatores relacionados ao sexo (características relativas às diferenças biológicas entre homens e mulheres) e ao gênero (características relativas às diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres), cuja interação pode contribuir para compreender melhor as diferenças entre os sexos, como as diferenças no hábito de fumar, a idade de início

e os motivos que influenciam um homem ou mulher a iniciar a fumar, bem como histórico familiar, fatores hormonais e biológicos relacionados às mulheres, além da exposição a diferentes fatores de risco ambientais^{97,98}. Esses fatores corroboram com os dados desta pesquisa que refletem uma pequena diferença entre a proporção de homens e mulheres com câncer de pulmão, que acompanha o panorama internacional de aumento da mortalidade feminina por câncer de pulmão em paralelo com as alterações no padrão de tabagismo.

A casuística foi composta, predominantemente, por sujeitos do sexo masculino com companheiro (a), que é o responsável principal pelos cuidados e que, na maior parte dos casos, é do sexo feminino, com laço familiar. Esses achados estão de acordo com o que é apresentado na literatura, que aponta o grau de parentesco com o doente como fator que favorece a escolha do cuidador, sendo os cônjuges escolhidos com maior frequência, os cuidadores do sexo feminino, uma maior proximidade física (como morar juntos) e a proximidade afetiva, em especial a relação conjugal e entre pais e filhos⁹⁹⁻¹⁰¹.

Em relação à faixa etária, os estudos com sujeitos com câncer de pulmão apontam que cerca de 82% das pessoas que vivem com o diagnóstico tinham 60 anos ou mais, cuja média foi de 69 anos entre os sujeitos com câncer de pulmão¹⁰². Outro estudo realizado com sujeitos com câncer de pulmão apresentou uma casuística com idade média de 65 anos¹⁰³. Neste estudo, 93,34% da amostra apresentam mais de 50 anos de idade, com uma média da idade de 61 anos.

O estado civil da amostra evidenciou que 63,33% dos sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos apresentavam um companheiro e 85% relataram ter filhos, com média de 2,8 filhos. Para os sujeitos que apresentam uma doença crônica, como o câncer, e/ou que se encontra fora de possibilidades de cura, a família é um importante apoio na estruturação dos vínculos afetivos e nos referenciais de segurança, assim como na relação do sujeito com a doença, com o tratamento e com a hospitalização¹⁰⁴.

Receber o diagnóstico de câncer traz impacto emocional e psicológico para o doente e sua família. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área da oncologia, o câncer ainda vem carregado de simbolismos e estigmas associados à incurabilidade da doença, ao sofrimento e à morte. Nesse contexto, a religiosidade torna-se uma estratégia de enfrentamento do sofrimento, suporte e resiliência, de modo a se sentirem mais fortalecidos diante novas demandas apresentadas pela doença e seu tratamento¹⁰⁵⁻¹⁰⁶.

A diversidade religiosa brasileira e a elevada importância a ela atribuída culturalmente no tratamento do câncer a tornam importante tema a ser estudado. Neste estudo, a maior parte dos entrevistados se identifica como católica ou evangélica e nenhuma declarou não ter religião alguma. Esses dados estão de acordo com o levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aponta a religião católica como predominante no Brasil, seguida da evangélica¹⁰⁷.

Alguns fatores relativos às características sociodemográficas dessa população em específico podem contribuir para desgastes físico e emocional associados ao seu adoecimento, como é o caso das frequentes visitas aos hospitais. Neste estudo, os dados relativos à procedência da amostra indicam que, em sua maioria (73,33%), esses sujeitos moram entre os 26 municípios que compõem a DRS XIII e necessitam dos deslocamentos até Ribeirão Preto para a realização do tratamento. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP insere-se no SUS como referência terciária/quaternária e abrange uma população de cerca de quatro milhões de habitantes, atendendo à demanda das Divisões Regionais de Saúde (DRS) de Ribeirão Preto (DRS XIII), Franca (DRS VIII), Araraquara (DRS III) e Barretos (DRS V), com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde, além de outras regiões do Estado de São Paulo e até mesmo outros estados e países¹⁰⁸.

Quanto aos dados socioeconômicos, a maioria dos entrevistados pertence à classe econômica C e, no momento da entrevista, encontrava-se aposentada, sem trabalho ativo formal ou informal. Identificou-se também baixa escolaridade, sendo que 68,33% foram considerados como analfabeto ou tendo cursado apenas o ensino fundamental. O IBGE aponta que, na faixa etária dos 60 anos ou mais, a taxa de analfabetismo foi de 27,7 em 2009, sendo menor nas faixas etárias inferiores, chegando a 6,4% entre a faixa etária de 30 a 39 anos de idade¹⁰⁷.

Esses dados refletem a realidade brasileira no contexto educacional, com sujeitos que apresentam dificuldades em compreender informações, orientações e recomendações relacionadas ao cuidado da saúde, tornando-se mais vulneráveis aos fatores de risco para comorbidades, mortalidade e aos baixos padrões de cuidado à saúde, aumentando a demanda de atenção¹⁰⁹. Esses dados permitem uma melhor compreensão acerca de quem é a população atendida nesse serviço e como essas características vão refletir no seu estado físico e emocional diante o processo de adoecimento, enfrentamento e tratamento de sua condição clínica, a qual será abordada a seguir.

7.2. Dados clínicos e de funcionalidade

Todos os sujeitos deste estudo foram selecionados em um serviço oncológico ambulatorial, enquanto aguardavam por atendimento médico, pela infusão da quimioterapia ou por seu término. Todos apresentavam doença avançada, com estadiamento IIIB (qualquer T N3 M0, T4 N2 M0) ou IV (qualquer T, Qualquer N, M1), sendo considerados elegíveis para cuidados paliativos. Pessoas cuja doença encontra-se em um desses estádios geralmente têm indicação de tratamento quimioterápico exclusivo, o que pode reduzir o viés de associação de duas modalidades terapêuticas ao se avaliar a QVRS¹¹⁰.

A maior parte dos que foram incluídos na pesquisa apresentava KPS entre 100 e 80, o que indica boa capacidade funcional, com autonomia e independência para desempenhar suas atividades do dia-a-dia, ainda que com alguns sinais ou sintomas relacionados à doença, particularmente com algum tipo de esforço. Os sujeitos com KPS entre 70 a 50 apresentaram um grande declínio da função física e desempenho de papéis, aumento dos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, perda de apetite e alopecia em comparação com aqueles com maior KPS, sendo esses os aspectos que foram identificados como de maior impacto na QVRS do sujeito com câncer de pulmão.

A evolução de uma doença crônico-degenerativa potencialmente fatal torna esse sujeito gradativamente mais dependente de cuidados. Em muitos casos, é necessário um cuidador que o auxilie em suas atividades do dia-a-dia, o qual normalmente é um membro da própria família e do sexo feminino¹¹¹. Neste mesmo estudo, 25% dos sujeitos entrevistados necessitavam de cuidados dispensados por um cuidador, que em 46,67% dos casos é o companheiro e em 20% os filhos são os principais cuidadores. Sujeitos com KPS inferior a 50% (que não foram selecionados para esta pesquisa), em geral, passam a necessitar de cuidados contínuos e, por vezes, de hospitalização em processos de agudização e nos cuidados de final de vida.

Com relação aos tratamentos realizados, em estádios iniciais, em que o câncer de pulmão ainda se encontra localizado e não metastático, o tratamento cirúrgico com intenção curativa é possível e é a opção mais comum, no entanto, a literatura aponta que apenas 20% dos casos são diagnosticados em fases iniciais. A maioria dos casos desse tipo de câncer é diagnosticada tardiamente e em fases avançadas, o que limita as opções de tratamentos curativos. A quimioterapia constitui uma das modalidades de maior escolha para o tratamento do câncer e pode ser indicada tanto para fins curativos, de controle ou paliativo¹¹².

Apenas 30% dos sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos incluídos neste estudo foram submetidos a cirurgias. Por se tratar de pessoas com doença em estádios mais avançados, realizaram predominantemente os tratamentos quimioterápicos exclusivos ou associados à radioterapia (a maioria estava em vigência desse tratamento à época da entrevista), ou radioterápico (a maior parte tinha realizado até 29 sessões no momento da entrevista). Outro estudo realizado com sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em estádios avançados indicou a radioterapia como o tratamento mais indicado, realizado em 53% da sua amostra, o que se aproxima dos resultados encontrados neste estudo quanto à realização de radioterapia².

7.3. Avaliação da QVRS

A avaliação de QVRS dos portadores de câncer de pulmão avançado, em cuidados paliativos, indicou que as funções mais acometidas no grupo dos portadores de câncer de pulmão foram, em ordem crescente: o desempenho de papéis, que avalia se o sujeito apresenta limitações para realização de suas atividades de trabalho ou lazer; função física, questionando o grau de independência dos sujeitos para realizar suas atividades; função social, que mensura o quanto a condição física e/ou o tratamento interferem na vida familiar e em atividades sociais; função emocional, que questiona se o sujeito sente-se irritado, tenso, deprimido ou preocupado.

Com relação à QVRS e o perfil sociodemográfico, os dados referentes à faixa etária mostram que, quanto maior a idade, melhor desempenho de papéis e função emocional e menor dificuldades financeiras e dor em outras partes do corpo. Contudo, não foi encontrado na literatura estudos que apresentassem resultados semelhantes ao descrito, pois, embora exista uma extensa literatura acerca da QVRS de pessoas idosas com câncer, a sua relação com o aumento da idade não pôde ser confirmada. Quanto à escolaridade, a literatura aponta que esse fator associa-se positivamente com a melhor qualidade de vida, por proporcionar condições de melhor autocuidado, acesso aos serviços de saúde e melhor expectativa de vida da população¹³.

Os resultados deste estudo apontam que a amostra foi composta por sujeitos das classes econômicas B e C (61,67% da casuística), cuja renda era proveniente, predominantemente, de aposentadoria ou benefício decorrente ao afastamento do trabalho (53,33%). O EORTC QLQ-C30 permite avaliar a dificuldade financeira e se essa é afetada

pela condição física e/ou pelo tratamento; nesse item, os sujeitos do GE apresentaram escores mais elevados em comparação ao GC, com diferença significativa.

Esse cenário retrata a condição socioeconômica geral dos usuários do serviço de saúde público de alta complexidade no qual este estudo foi desenvolvido. Embora esses serviços sejam disponibilizados à população pelo SUS, de forma gratuita, tanto o adoecimento quanto o tratamento aumentam as dificuldades financeiras. Podem ocasionar afastamento do trabalho formal ou informal, necessidade de cuidados diferenciados, mudança nos hábitos e rotinas domésticos, surgimento de despesas que não faziam parte do orçamento familiar anteriormente ao adoecimento, como aqueles referentes à compra de medicamentos, pagamento de transporte aos serviços de saúde, entre outros fatores. Portanto, esses dados demonstram a necessidade e importância da criação e fortalecimento de políticas públicas voltadas às populações mais vulneráveis e que contemplem o cuidado a pessoas que se encontram no contexto em que a doença é avançada e que não há possibilidades de cura.

Nota-se também que, quanto menores as condições econômicas, maior a carga de sintomas, tanto aqueles relacionados ao tratamento antineoplásico, como boca seca, como àqueles relacionados ao câncer de pulmão, como dor no braço ou ombro. Como a casuística deste estudo é composta predominantemente por sujeitos de classes socioeconômicas e níveis de escolaridade mais baixos, infere-se que se trata de uma população vulnerável, com maior dificuldade de acesso ao tratamento, o qual, em geral, inicia-se quando a doença já está em estágio mais avançado, o que reduz a possibilidade de sobrevida desta população¹¹⁴.

Apesar das diferenças na incidência do câncer de pulmão entre homens e mulheres, neste estudo não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes quanto percepção da QVRS entre os sexos, exceto para o sintoma alopecia, decorrente do tratamento do câncer de pulmão. Em consonância a esse fato, a literatura também aponta diferenças em como homens e mulheres lidam com a alopecia induzida pela quimioterapia e com o estigma do câncer, associado a um confronto com uma doença grave e fatal. Para enfrentar a alopecia, muitas mulheres utilizam perucas como um tipo de camuflagem, enquanto os homens e algumas mulheres veem a alopecia como uma consequência lógica e inevitável do seu tratamento e utilizam-se da estratégia de banalização para o enfrentamento desse estigma¹¹⁵.

Os resultados obtidos neste estudo por meio da aplicação do EORTC QLQ-C30, mostraram que os domínios da QVRS mais afetados pelo câncer de pulmão na população em cuidados paliativos em relação àquela sem diagnóstico oncológico foram, em ordem crescente, fadiga, dificuldades financeiras, constipação, dor, insônia, dispneia e perda de

apetite e náuseas e vômito, os quais demonstraram significância estatística. Quanto aos sintomas relacionados ao câncer de pulmão e seu tratamento e uso de medicação para dor avaliados pelo EORTC QLQ-LC13 complementam os dados apresentados anteriormente do QLQ-C30 e refletem o mesmo padrão, isto é, a maior parte desses sintomas foi estatisticamente significativa em relação ao GC, sendo os domínios que mais corroboram com um pior escore na QVRS e apresentaram relevância estatística foram o uso de medicação para dor, alopecia, dispneia, neuropatia periférica e dor no braço ou ombro, hemoptise e dor no peito e disfagia.

Entretanto, os valores medianos dos dois grupos não indicaram alta carga de sintomas, muito embora tenha sido observada grande variabilidade nas respostas dadas, com sujeitos relatando alta e outros baixa carga de diferentes sintomas. Neste sentido, outro estudo realizado com sujeitos que sobreviveram ao câncer de pulmão, em comparação com aqueles que morreram após 3 meses do diagnóstico, mostrou uma carga moderada de sintomas avaliados pelo EORTC QLQ-C30 e LC-13 (média), sendo os maiores escores atribuídos à fadiga, perda de apetite, dor, dor no peito, dor no braço ou ombro, dor em outras partes do corpo, tosse, dispneia, insônia e hemoptise, respectivamente. Contudo, revelou que não houve diferenças significativas entre os grupos, exceto para a fadiga que foi maior naqueles que não sobreviveram ao câncer¹¹⁶.

A grande variabilidade nas respostas está relacionada ao fato de que os entrevistados encontravam-se em diferentes momentos do tratamento antineoplásico, considerando a modalidade de tratamento (incluindo ou não cirurgia, radioterapia ou quimioterapia), a frequência e o tempo decorrido desde a última intervenção realizada (número de ciclos de quimioterapia ou sessões de radioterapia). Deste modo, é importante considerar a influência, na percepção da qualidade de vida e sintomas, do tempo decorrido desde a última intervenção terapêutica realizada pelo sujeito da pesquisa até o momento da coleta de dados, sendo que as respostas tanto do EORTC QLQ-C30 como o módulo LC13 referem-se à semana anterior à data da entrevista.

No estudo atual foram incluídos apenas sujeitos com estadiamento avançado e notou-se que os sintomas como diarreia, visto como efeito colateral do tratamento e a tosse, como sintoma específico ao câncer de pulmão, foram percebidos de forma mais intensa pelos sujeitos com câncer de pulmão com estágio IIIb do que no IV. Embora tenha sido observado um menor controle dos sintomas de tosse e diarreia no grupo com estadiamento IIIb, o tratamento oferecido para ambos os grupos foi semelhante, pois apresentavam a mesma

proporção de pessoas em vigência de quimioterapia, com a maioria sob protocolo de Carboplatina associado a outras drogas variação no tipo de protocolo realizado, porém o grupo com estadiamento IIIb realizou um menor número de ciclos desses protocolos.

Esse dado, associado à alta agressividade de determinados tipos histológicos do câncer de pulmão, sintomatologia e diagnóstico tardio, ajuda a compreender o pequeno número de sujeitos (30% da amostra) submetido a tratamento cirúrgico (lobectomia, drenagem pleural ou cirurgia torácica exploratória), uma abordagem indicada preferencialmente nas fases iniciais da doença e pouco recomendada para estádios mais avançados.

A respeito da relação entre QVRS e as variáveis clínicas do estudo, os resultados apontaram que o diagnóstico, a realização de quimioterapia, o número de ciclos e tipo de protocolo quimioterápico, a realização de radioterapia e o número de sessões realizadas e realização de cirurgia e de qual tipo não trouxeram grandes influências na QVRS dos sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos. Destaca-se, entretanto, que os sujeitos que realizaram tratamento cirúrgico avaliaram sua QV global como sendo melhor do que aqueles que nunca foram submetidos a tratamento cirúrgico relacionado ao câncer de pulmão.

Estudo realizado com pessoas com câncer de pulmão antes da cirurgia de ressecção pulmonar, em que a lobectomia foi o procedimento de preferência, mostrou que o estado de saúde funcional pré-operatório nos sujeitos submetidos à cirurgia estava prejudicado significativamente e que os pacientes continuaram a sentir dor e comprometimento do estado de saúde funcional após seis meses da cirurgia do câncer de pulmão¹¹⁷.

Outro estudo apontou que melhorou a QVRS de sujeitos com câncer de pulmão após quimioterapia, ao passo que diminuíram as dificuldades financeiras e os sintomas relacionados ao câncer, como dispneia, insônia, tosse, hemoptise, dor no peito e dor no ombro/braço. Apesar da melhora na QVRS, houve pior desempenho nas escalas funcionais de desempenho de papéis e piora nos sintomas de constipação, alopecia, fadiga, náusea e vômito, neuropatia periférica, dor em outras partes do corpo e perda de apetite, sintomas estes que estão relacionados à toxicidade dos quimioterápicos¹⁰⁵.

Os sujeitos que estavam em vigência de quimioterapia no momento da coleta de dados do estudo atual relataram apresentar menor dor no braço ou no ombro do que aqueles que não estavam em vigência do mesmo, no entanto, aqueles sujeitos que nunca foram submetidos à quimioterapia apresentaram maior dor no braço ou ombro que aqueles que já realizaram ou realizam quimioterapia no momento.

A literatura aponta que os principais medicamentos quimioterápicos disponíveis no mercado melhoram os sintomas relacionados ao câncer e, conseqüentemente, contribuem para melhor QVRS. Em um estudo, cujo objetivo foi identificar o impacto da quimioterapia na QVRS de pessoas com câncer de pulmão por meio da comparação entre um grupo que estava em vigência de quimioterapia e um grupo que não realizou quimioterapia, apontou que não houve diferenças significativas entre esses grupos, concluindo que a realização da quimioterapia não acarreta impactos estatisticamente significativos na avaliação da QVRS⁶⁵.

Em todo caso, sujeitos com câncer de pulmão avançado apresentam mais sintomas do que aqueles recém-diagnosticados. É comum que pessoas com câncer experimentem múltiplos sintomas (*symptom clusters*) concomitantemente (3 ou mais sintomas), especialmente aqueles que se encontram com a doença já avançada, que podem ser decorrentes tanto da própria doença quanto do tratamento realizado¹¹⁸, dentre eles, destaca-se a fadiga, que será especialmente analisada, a seguir.

7.4. Avaliação da Fadiga

A fadiga é o sintoma mais relevante dentre os sintomas avaliados, seguida pela dor e constipação. Em um estudo sobre fadiga em sujeitos com câncer foi identificada prevalência de fadiga em sujeitos com câncer que receberam radioterapia e quimioterapia, em comparação com um grupo controle saudável, mas não há diferença no nível médio de fadiga experimentado por ambos. Os sujeitos apresentam um aumento significativamente maior na fadiga ao longo de um curso de 5 ou 6 semanas de radioterapia e 14 dias após o tratamento com quimioterapia, diferentemente do que foi relatado por indivíduos saudáveis¹¹⁹

A literatura aponta¹²⁰⁻¹²¹ reiteradamente os impactos da quimioterapia na função cognitiva. No entanto, neste estudo a função cognitiva dos sujeitos foi considerada alta (valor mediano) tanto entre aqueles que estavam em vigência da quimioterapia ou já haviam interrompido o tratamento, quanto entre aqueles que nunca realizaram quimioterapia, grupo este que apresentou o menor valor mediano para a função emocional. É possível inferir que, dentre a população com câncer de pulmão em cuidados paliativos, aqueles que se sentem mais fracos, sonolentos, apáticos, cansados e sem energia (dimensão sensorial-psicológica da fadiga), apresentaram os piores escores para a função cognitiva, ou seja, apresentam maiores dificuldades de concentração e de memória.

No estudo atual, a avaliação da fadiga do GE, realizada por meio da Escala de Fadiga de Piper – revisada, mostrou que sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos apresentaram fadiga moderada em três dimensões: na **afetiva**, que avalia a interpretação ou o significado atribuído à fadiga pelos sujeitos como agradável/desagradável, aceitável/inaceitável, protetora/destruidora, positiva/negativa e normal/anormal; na **sensorial-psicológica**, que reúne componentes de autopercepção que permitem que o sujeito indique se sente-se forte/fraco, acordado/sonolento, com vida/apático, com vigor/cansado, com energia/sem energia; **emocionais**, avaliando os sentimentos de ansiedade e depressão e aspectos cognitivos, que podem sofrer impacto pela fadiga, investigando as funções mentais de memória, concentração e organização de pensamentos, quando a fadiga está presente, e no escore total. A fadiga foi identificada como leve na sua dimensão comportamental, que avalia componentes primariamente relacionados à capacidade funcional que podem ser prejudicados pela fadiga, incluindo questões pessoais, atividades sociais, relacionamento sexual e a intensidade global da fadiga no momento da entrevista.

Ainda no que se refere ao estudo atual, tanto em população com câncer de pulmão em cuidados paliativos, como a saudável, foram avaliadas por meio da Escala de Fadiga de Piper – revisada, o que é possível porque essa escala apresenta a opção de assinalar a alternativa nula, que representa que o sujeito não apresenta fadiga. Como era esperado, os sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos apresentam maior fadiga em todas as dimensões (Cognitiva, Afetiva, Sensorial-Psicológica e Total) em comparação ao grupo controle.

Ao compararmos a avaliação da fadiga entre as diferentes classes econômicas, de acordo com os dados do CCEB, observa-se que quanto mais baixa a classe econômica, maior a percepção de fadiga em sua dimensão afetiva, ou seja, a população de classe econômica B e C atribui com maior frequência uma conotação negativa à sua percepção da fadiga, atribuindo-lhe características como desagradável, inaceitável, destruidora, negativa e anormal.

Quanto à relação entre aos escores da escala de Fadiga de Piper – revisada e a avaliação da funcionalidade, os resultados apontam que houve significância estatística entre os grupos com KPS entre 100-80 e entre 70-50. Isso indica que quanto menor o KPS, maior é a percepção de fadiga por esses sujeitos, sendo que esta compromete principalmente a sua capacidade funcional no desempenho de suas atividades pessoais, sociais e relacionamento sexual e faz com que o sujeito sinta-se mais fraco, sonolento, apático, cansado e sem energia em decorrência da fadiga. Apresentar KPS igual ou inferior a 70 indica que o sujeito deixou

de realizar atividades como o trabalho e que tem mais necessidade de atenção por parte de um cuidador ou de cuidados médicos.

Ao avaliar a fadiga por meio do EORTC QLQ-C30 os sujeitos são questionados se sentem-se fracos ou cansados e o quanto precisam descansar durante o dia; ao serem avaliados pela Escala de Fadiga de Piper – revisada, ela é avaliada de forma mais ampla, num contexto multidimensional, possibilitando uma maior compreensão de como esta se expressa na vida do indivíduo. Deste modo, a presença de fadiga avaliada de forma mais pontual pelo EORTC QLQ-C30 está correlacionada com uma pior percepção da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper – revisada em todas as suas dimensões total, comportamental, afetiva e sensorial-psicológica, observando-se uma boa sensibilidade dos instrumentos para a avaliação da fadiga.

Os resultados dos testes de correlação entre as escalas aplicadas neste estudo apontam correlações moderadas negativas e significativas entre as variáveis Desempenho de papéis e Função emocional das Escalas Funcionais EORTC QLQ-C30 com as dimensões total, comportamental e sensorial-psicológica com a Escala de Piper revisada e entre a Função cognitiva EORTC QLQ-C30 com a dimensão sensorial-psicológica da Escala de Piper revisada. A interpretação desses resultados indica que quando uma das dimensões aumenta, a outra dimensão correspondente diminui, ou seja, quanto maior o nível total e comportamental (o quanto a fadiga interfere em questões pessoais, atividades sociais, relacionamento sexual e a intensidade global da fadiga) da fadiga percebida pelo sujeito, pior seu desempenho em papéis como trabalho e lazer e sente-se mais irritado, tenso, deprimido e preocupado. Assim, quanto maior a fadiga sensorial-psicológica (quando o sujeito tem uma autopercepção mais negativa, sentindo-se mais fraco, sonolento, apático, cansado e sem energia), além do pior desempenho de papéis e função emocional, maior dificuldade de concentração e memória.

Por outro lado, os resultados apontam correlações moderadas positivas e significativas entre o sintoma Fadiga da *Escala de Sintomas EORTC QLQ-C30* com todas as dimensões da Escala de Fadiga de Piper revisada. Houve correlações positivas também entre a dor da *QLQ-C30* e as dimensões total, comportamental, afetiva e sensorial-psicológica com a Escala de Piper revisada; entre dispneia da *QLQ-C30* e a dimensão total da Escala de Piper revisada; entre a perda de apetite da *QLQ-C30* e a dimensões total e comportamental da Escala de Piper revisada; entre dispneia da *EORTC QLQ-LC13* com as dimensões total, comportamental e afetiva da Escala de Piper revisada. A interpretação desses resultados indica que quando uma das dimensões aumenta, a outra dimensão correspondente aumenta também. Assim, quanto

maior a presença se sintomas como fadiga geral, dor, dispneia e perda de apetite, maior é a percepção desse sujeito sobre sua fadiga e mais ela interfere em suas questões pessoais, atividades sociais, relacionamento sexual e na percepção geral do seu estado de fadiga e mais negativa é sua autopercepção no que diz respeito à fraqueza, sonolência, apatia, cansaço e falta de energia. No caso de maior fadiga geral (avaliada pelo EORTC QLQ-C30), mais frequentemente o sujeito atribui uma conotação negativa a ela, ou seja, mais esse sintoma é considerado desagradável, inaceitável, destruidor, negativo e anormal.

Portanto, os resultados apontam que a fadiga moderada está correlacionada com uma pior percepção em alguns aspectos da QVRS. Há uma correlação entre maior fadiga total, mais aspectos de sua capacidade funcional influenciados pela fadiga (dimensão comportamental da fadiga) e pior autopercepção do sujeito quanto a seu estado físico relativo à fadiga (dimensão sensorial-psicológica da fadiga). Por consequência, maiores serão as limitações do sujeito no desempenho de papéis que lhe são significativos, como trabalho ou lazer e função emocional.

Com relação à presença de sintomas, nesta amostra nota-se que quanto maiores os níveis de dor e dispneia, maior a pontuação total da fadiga em sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos, atribuindo com mais frequência significados negativos à fadiga que sente e apresentando menor funcionalidade para a realização de atividades pessoais, sociais e sexuais e intensidade global da fadiga. Quanto maior a perda de apetite por parte do sujeito com câncer de pulmão em cuidados paliativos, como efeito colateral do seu tratamento, pior a pontuação total da fadiga em todas suas dimensões e menor sua funcionalidade no desempenho de suas atividades.

Um estudo realizado com sujeitos idosos recém-diagnosticados com câncer de pulmão, cuja maioria apresentava estágio avançado, mostrou por meio de uma análise fatorial que os sintomas de fadiga, náuseas, fraqueza, perda de apetite, perda de peso, alterações do paladar e vômitos compõem um grupo de sintomas, sendo que o número de sintomas apresentados se correlacionam com a gravidade e com as limitações impostas por estes⁷¹.

Ainda de acordo com esses achados, outro estudo realizado com mulheres diagnosticadas com câncer de pulmão não pequenas células concluiu que cerca de 98% dessas mulheres apresentaram três ou mais sintomas no dia anterior, sendo fadiga, falta de ar, anorexia, tosse e dor relatados por 80% destas e 65% apresentaram um conjunto de cinco sintomas incluindo fadiga, falta de ar, tosse, dor e anorexia continuaram a ocorrer após o tratamento¹²².

Assim, identificou-se que os sintomas de dor, dispneia e perda de apetite estão relacionados com maior percepção de fadiga e que há uma correlação entre estes sintomas, os quais produzem efeitos negativos na qualidade de vida dessa população. Destaca-se também a relação entre a presença de sintomas como a fadiga, a percepção da QVRS desses sujeitos e sua capacidade de realizar atividades diárias de acordo com sua capacidade funcional.

A realização de atividades significativas do dia a dia, como trabalho e lazer, envolve componentes que extrapolam os aspectos físicos. Ao exercer um trabalho ativo, por exemplo, o sujeito envolve-se em aspectos relativos aos padrões e habilidades necessários para o trabalho, gerenciamento do tempo, relacionamento com os colegas, superiores e clientes, criação, produção e distribuição de produtos e serviços, iniciar, continuar e completar o trabalho, obediência às normas e procedimentos de trabalho, entre outros¹²³.

A literatura aponta que a capacidade de trabalhar é um indicador concreto de QV e que a fadiga pode atrapalhar ou até impedir a manutenção do trabalho por grande parte dos sujeitos com câncer, além de trazer limitação nos papéis pessoais, sociais e profissionais e maior presença de encargos financeiros conforme o agravamento da doença¹²⁴.

A fadiga experimentada por pessoas com câncer é entendida como causadora de maior sofrimento do que a fadiga que pessoas saudáveis experimentam em seu dia a dia, sendo aquela mais intensa, duradoura e de difícil controle, por ter início mais precoce e exigir maior gasto energético, além de ser multidimensional, acometendo domínios físico, social, espiritual, psicológico e cognitivo¹²⁵.

Um estudo realizado com sujeitos com câncer de pulmão avançado atendidos em contexto ambulatorial mostrou que 81,5% desses apresentavam algum grau de fadiga e cerca de um terço relatou que a fadiga tinha interferido em suas atividades físicas, como caminhadas (36,3%) ou realizar o trabalho normal (31,8%). Além disso, um quinto dos sujeitos relatou que a fadiga tinha interferido em suas condições emocionais, tais como humor (21,7%) ou alegria de viver (19,1%)¹²⁶. Outro estudo realizado com a mesma população indicou que a média da fadiga desses sujeitos foi de 2,5 (desvio padrão $\pm 2,1$) e que uma série de atividades foram comprometidas pela presença da fadiga e da dispneia, como andar a pé, trabalhar, realizar suas atividades em geral, humor, diversão, relacionamento e sono, nessa ordem¹²⁷.

Visto que os sujeitos com câncer de pulmão apresentam sintomas importantes que influenciam de forma negativa a QVRS e que, com a diminuição da capacidade funcional,

essas influências ficam ainda mais evidentes, é imprescindível a avaliação de sintomas e QVRS desta população. O profissional / pesquisador deve se atentar às questões relativas ao desempenho de suas atividades e papéis em seu cotidiano, tanto para uma melhor adequação do tratamento oncológico e controle de sintomas.

Ao avaliar a vida cotidiana do sujeito que apresenta sinais ou fadiga já diagnosticada, é necessário levantar dados necessários para controle das atividades relacionadas com o autocuidado, atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), trabalho, lazer. Para isso, pode valer-se do uso de instrumentos e protocolos que fornecem dados básicos para o planejamento da intervenção, buscando quais medidas das atividades do cotidiano devem ser alteradas ou preservadas, no sentido de se atingir o controle da fadiga¹²⁸.

Existem técnicas autoaplicáveis de fácil assimilação que podem ser introduzidas no protocolo de intervenções nos casos de fadiga na doença avançada, como os protocolos de Conservação de Energia, por exemplo, considerando que o “balanço” do gasto energético é mais um instrumento terapêutico para o controle deste sintoma¹²⁹.

Por fim, há que se considerar a importância do encaminhamento precoce de pessoas com doença crônico-degenerativas a unidades de cuidados paliativos, de modo a evitar que recebam tratamentos agressivos e desnecessários e que possam se beneficiar dos cuidados prestados por esse tipo de serviço . Um dos estudos analisados refere-se à dificuldade em relação a isso, relatando que apenas 43,5%, isto é, 104 dos 239 sujeitos com câncer de pulmão não pequenas células metastático atendidos em um hospital oncológico no interior do Estado de São Paulo, foram encaminhados para unidade de cuidados paliativos, o que corresponde também à realidade do estudo atual, pois dos 60 sujeitos que compuseram o GE, apenas 11 (ou 18,33%) foram adequadamente encaminhados para o serviço de Cuidados Paliativos existente no hospital onde foi feita a coleta de dados, uma vez que os encaminhamentos realizados restringiram-se àqueles sujeitos que já estavam caminhando para a terminalidade da vida.

Em um ensaio clínico randomizado, no qual os cuidados paliativos foram iniciados no momento do diagnóstico, os sujeitos com câncer de pulmão apresentaram melhora significativa em seu quadro clínico, tais como a melhora nos sintomas provenientes do tratamento agressivo no fim de vida, a sobrevida prolongada e melhor qualidade de vida⁵³. Esses resultados foram também confirmados no estudo em que destacaram o impacto devastador de câncer de pulmão metastático e a importância do encaminhamento aos serviços de cuidados

paliativos ser realizado desde o momento do diagnóstico, contribuindo para uma melhora significativa na QVRS desses sujeitos e maior sobrevida.

O *National Comprehensive Cancer*¹³⁰, recomenda que a mudança para o tratamento paliativo deve ser realizada após dois regimes de quimioterapia que tenham falhado ou se o desempenho do sujeito apresentar um declínio, pois as unidades de cuidados paliativos apresentam a melhor forma de tratamento para esses sujeitos¹³¹. Neste sentido, o estudo atual, em consonância com o que é apontado na literatura, ressalta a importância de um acompanhamento por uma equipe que se encontre preparada para lidar com as peculiaridades de sujeitos em cuidados paliativos, visto que se trata de uma modalidade de tratamento que objetiva a promoção de qualidade de vida do sujeito, com foco na integralidade da sua condição geral e com melhor controle de sintomas.

Conclusões

Os resultados deste estudo confirmam que os sujeitos com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos apresentam comprometimento da sua QVRS e maior carga do sintoma fadiga em comparação com a população em geral.

Ao investigar mais profundamente a fadiga e os aspectos que contribuem para uma pior avaliação da QVRS desses sujeitos, constatou-se que as variáveis clínicas investigadas, que incluem o estadiamento clínico, diagnóstico, vigência de quimioterapia, protocolos quimioterápicos e número de ciclos realizados, realização de radioterapia e tratamento cirúrgico, não trouxeram influências estatisticamente significativas na QVRS e fadiga desses sujeitos. No entanto, as variáveis relacionadas à idade, classe social e principalmente à funcionalidade (KPS), apresentaram maior impacto na QVRS, evidenciando que essas alterações estão mais diretamente relacionadas com as consequências da evolução da doença e as limitações funcionais por ela impostas no desenvolvimento de atividades diárias significativas do que devido às características clínicas específicas dessa população.

Os dados ainda apontam que maiores escores nas dimensões total, comportamental e sensorial-psicológica da fadiga estão correlacionados com menor desempenho de papéis e função emocional e que a ocorrência de sintomas relacionados ao câncer de pulmão e efeitos colaterais ao seu tratamento como dor, dispneia e perda de apetite corroboram com pior percepção de fadiga.

A avaliação de pacientes em cuidados paliativos é fundamental para o controle da evolução da doença, constituindo-se como elemento valioso na tomada de decisões e na previsão de prognóstico. Os resultados deste estudo evidenciam a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar de um serviço ou unidade de cuidados paliativos para o oferecimento de um programa de atenção para sujeitos fora de possibilidade de cura, que inclua ao controle de sintomas importantes como a fadiga.

Dentre as limitações do estudo atual, deve-se apontar que a entrevista foi realizada com os sujeitos da pesquisa na companhia de um cuidador no GE. Embora esse cuidador tenha sido orientado a não interferir na entrevista, não foi possível anular ou identificar a intensidade da influência de sua presença nas respostas dadas pelos sujeitos da pesquisa. Além disso, os sujeitos que compuseram a amostra poderiam estar em vigência de diferentes abordagens terapêuticas concomitantemente, por exemplo, quimioterapia associada à radioterapia ou quimioterapia exclusiva. Ainda que tenha sido realizada uma estratificação

quanto ao número de ciclos de quimioterapia realizados a partir do protocolo em vigência, essas informações foram analisadas estatisticamente de forma separada e foi realizado um agrupamento de diferentes combinações entre drogas quimioterápicas, de modo a favorecer a realização das provas estatísticas, mas sem considerar as especificidades de cada um dos protocolos.

Apesar de ter sido realizada uma extensa busca bibliográfica na literatura, não foram encontrados estudos que se propuseram a analisar a QVRS a partir do grau de funcionalidade do sujeito avaliado por meio do KPS ou a partir dos diferentes estadiamentos clínicos ou que avaliassem a influência de diferentes faixas etárias que pudessem fundamentar ou dar suporte aos achados deste estudo. Esses apontamentos podem indicar possíveis caminhos futuros a serem explorados em novas pesquisas.

Por fim, ressalta-se que os resultados deste estudo poderão favorecer tanto a promoção de qualidade de vida como o desenvolvimento de melhores estratégias de manejo e enfrentamento da fadiga relacionada ao câncer. Este estudo trará contribuições relativas à Saúde Pública por meio da investigação da relação entre doenças crônicas oncológicas e qualidade de vida, para o tratamento de sujeitos com câncer de pulmão em cuidados paliativos e que apresentam a fadiga como fator limitante para a realização de suas atividades diárias, bem como para os diversos profissionais que atuam na atenção à pessoa com uma condição oncológica em cuidados paliativos.

Referências

- ¹ Paschoal, MEM. Epidemiologia do câncer de pulmão. *Pulmão RJ* 2009; Supl 4:S3-S5.
- ² Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AGDet al . Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J. bras. pneumol.* 2006 jun; 32(3): 221-227.
- ³ Tyczynski JE, Bray F, Parkin DM. Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention, and early detection. *Lancet Oncol.* 2003;4(1):45-55. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2003;4(7):396.
- ⁴ Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest.* 2003;123(1 Suppl):21S-49S. 1996;80(1):63-82.
- ⁵ Wolpaw DR. Early detection in lung cancer. Case finding and screening. *Med Clin North Am.*
- ⁶ Zukin M. Cuidados paliativos em câncer do pulmão. In: *Câncer do pulmão.* São Paulo: Atheneu; 200; p. 215-24.
- ⁷ National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines. Cancer-Related Fatigue Panel 2006 Guidelines; 2012.[Acesso em 15 abr 2015]. Disponível em:<http://www.nccn.org>
- ⁸ Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, et al. Measuring the quality of life of câncer patients: a concise ql-index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981;34:585–97.
- ⁹ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. [Acesso em 18 mai 2014]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
- ¹⁰ Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- ¹¹ CAPELOZZI VL, AB'SABER AM, SILVA AGP, GALLO CP, BRANDÃO F. Requisitos mínimos para o laudo de anatomia patológica em câncer de pulmão: justificativas na patogênese. *J. Pneumologia* [Internet]. 2002 July [cited 2015 Aug 25] ; 28(4): 201-218.
- ¹² Histological typing of lung tumors, Vol. 1. 3rd ed. International Histological. World Health Organization. Histological typing of lung tumors. 3th ed. Geneva: World Health Organization, 1999;1 (International Histological Classification of tumors, 1).

-
- ¹³ Detterbeck FC, Jantz MA, Wallace M, Vansteenkiste J, Silvestri GA. Invasive mediastinal staging of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest*. 2007;132(3 Suppl):202S-20S.
- ¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p. Tradução
- ¹⁵ Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C eds. TNM classification of malignant tumours. 7th edition. John Wiley & Sons; 2011
- ¹⁶ Naime FF, Younes RN, Kersten BG, Anelli A, Beato CA, Andrade RM et al. Metastatic non-small cell lung cancer in Brazil: treatment heterogeneity in routine clinical practice. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007; Aug;62(4):397-404.
- ¹⁷ Rudd R. Chemotherapy in the treatment of non-small cell lung cancer. *Respiratory Disease in Practice* 1991;7:12-5.
- ¹⁸ Ibiapina JO. Câncer de pulmão. In: Johnston PG, Spence RAJ. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- ¹⁹ Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, SBOC. Guia Prático do Oncologista; [acesso em 25 ago 2015]. Disponível em: <http://www.sboc.org.br>
- ²⁰ Crisanto MLLP. Princípios de Quimioterapia. In: Johnston PG, Spence RAJ. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003
- ²¹ Silva RCFD, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de saúde pública*. 2006; 22(10), 2055-2066.
- ²² Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breitbart W. Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology (Huntingt)* 1998;12:369-377.
- ²³ Glaus A, Crow R, Hammond S: A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in câncer patients and in healthy individuals. *Eur J Câncer Care (Engl)* 1996; 5:8-23.
- ²⁴ National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Cancer-Related Fatigue. Version 2, 2015.
- ²⁵ Portenoy RK, Itri L. Câncer-related fatigue. *Oncologist*. 1999;4:1-10.
- ²⁶ Piper BF. Fatigue. In: Carrieri V, Lindsey A, West C, eds. *Pathophysiological phenomena in nursing, human response to illness*. Saunders, Philadelphia 1993; 279-302.

- ²⁷ Coelho FMR, Sawada NO. A fadiga nos sujeitos com câncer de laringe. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1999 dez; 7(5):103-7.
- ²⁸ Mota DDCF, Pimenta CAM. Fadiga em sujeitos com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(4):577-83.
- ²⁹ Menezes MDFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006; 14(3), 442-447.
- ³⁰ Borneman T, Piper BF, Sun VC, Koczywas M, Uman G, Ferrell B. Implementing the Fatigue Guidelines at one NCCN member institution: process and outcomes. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007 Nov;5(10):1092-101.
- ³¹ Borneman T, Koczywas M, Cristea M, Reckamp K, Sun V, Ferrell B. An interdisciplinary care approach for integration of palliative care in lung cancer. *Clin Lung Cancer*. 2008 Nov;9(6):352-60.
- ³² Vestergaard S, Nayfield SG, Patel KV, Eldadah B, Cesari M, Ferrucci L, et al. Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jan;64(1):76-82. doi: 10.1093/gerona/gln017. Epub 2009 Jan 27.
- ³³ Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, del Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [serial on the Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Mar 10]; 57(2): 211-219.
- ³⁴ Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hospitalar* 2006; (47):46-9.
- ³⁵ Connor S, Sepulveda C. *Global Atlas of Palliative Care at the End-of-Life*. 2014. [Acesso em 15 abr 2015]. Available online: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/>
- ³⁶ World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva: WHO; 1990.
- ³⁷ World Health Organization. *Better palliative care for older people*. Geneva: WHO; 2004.
- ³⁸ The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- ³⁹ Seki NH, Galheigo SM. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface comun. saúde educ*. 2010; 14(33), 273-284.
- ⁴⁰ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006. p. 8-12.

-
- ⁴¹ WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.
- ⁴² Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life in gynecologic cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 1997 Jul-Aug;47(4):218-25.
- ⁴³ Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública.* 2004; 20(2), 580-588.
- ⁴⁴ Fayers PM, Machin D. *Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation.* Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
- ⁴⁵ Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine* 1996; 334 (13): 835-40.
- ⁴⁶ Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. *Semin Oncol Nurs.* 2010 Feb;26(1):59-67.
- ⁴⁷ Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir.* 1997; 33:77-86.
- ⁴⁸ Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva [Internet].* 2000 [cited 2015 Apr 22]; 5(1): 7-18.
- ⁴⁹ Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* 2003 Aug [cited 2015 Apr 22]; 11(4): 532-538.
- ⁵⁰ Ashing-Giwa KT. The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Qual Life Res.* 2005 Mar;14(2):297-307.
- ⁵¹ Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: parte II – buscando as evidências em fontes de informação. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50 (1): 104-8
- ⁵² Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(1): 124-31.
- ⁵³ Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm. [Internet].* 2008 Dec [cited 2015 Aug 28]; 17(4): 758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- ⁵⁴ Pickard-Holley S. Fatigue in cancer patients. A descriptive study. *Cancer Nurs.* 1991 Feb;14(1):13-9.

-
- ⁵⁵ Hung R, Krebs P, Coups EJ, Feinstein MB, Park BJ, Burkhalter J, Ostroff JS. Fatigue and functional impairment in early-stage non-small cell lung cancer survivors. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Feb;41(2):426-35.
- ⁵⁶ Shi Q, Smith TG, Michonski JD, Stein KD, Kaw C, Cleeland CS. Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Cancer.* 2011;117:2779–2790.
- ⁵⁷ Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F. HRQoL changes, mood disorders and satisfaction after treatment in an unselected population of patients with lung cancer. *Clin Respir J.* 2010 Jul;4(3):168-75.
- ⁵⁸ Barbera L, Seow H, Howell D, et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer.* 2010;116:5767–5776
- ⁵⁹ Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2010;40(2):174–182.
- ⁶⁰ Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ.* 2010;182:563–568.
- ⁶¹ Lis CG, Rodeghier M, Grutsch JF, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. *BMC Health Serv Res.* 2009;14:190. doi: 10.1186/1472-6963-9-190.
- ⁶² Basch E, Jia X, Heller G, Barz A, Sit L, Fruscione M, Appawu M, Iasonos A, Atkinson T, Goldfarb S, Culkin A, Kris MG, Schrag D. Adverse symptom event reporting by patients vs clinicians: relationships with clinical outcomes. *J Natl Cancer Inst.* 2009 Dec 2;101(23):1624-32.
- ⁶³ Temel JS, Greer JA, Goldberg S, Vogel PD, Sullivan M, Pirl WF, et al. A structured exercise program for patients with advanced non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol.* 2009 May; 4(5):595–601.
- ⁶⁴ Porter L, Keefe F, Garst J, McBride C, Baucom D. Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms and distress. *Pain.* 2007;137:306–315.
- ⁶⁵ Kozachik SL, Bandeen-Roche K. Predictors of patterns of pain, fatigue, and insomnia during the first year after a cancer diagnosis in the elderly. *Cancer Nurs.* 2008 Sep-Oct;31(5):334-44.

-
- ⁶⁶ Rao D, Debb S, Blitz D, Choi SW, Cella D. Racial/Ethnic differences in the health-related quality of life of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Nov;36(5):488-96.
- ⁶⁷ Westerman MJ, The AM, Sprangers MA, Groen HJ, van der Wal G, Hak T. Small-cell lung cancer patients are just 'a little bit' tired: response shift and self-presentation in the measurement of fatigue. *Qual Life Res*. 2007;16:853–861.
- ⁶⁸ Schneider, SM, Hood, LE. Virtual Reality: A Distraction Intervention for Chemotherapy. *Oncology nursing forum*. 2007 Jan; 34(1)39-46.
- ⁶⁹ Holzner B, Kemmler G, Greil R, Zeimet A, Raderer M, Hejna M, et al. The impact of hemoglobin levels on fatigue and quality of life in cancer patients. *Ann Oncol* 2002; 13: 965-73.
- ⁷⁰ Krishnasamy M. Cancer related problems: Fatigue. In: J Corner & C Bailey (eds) *Cancer Nursing: Care in Context*. 2nd Ed. Blackwell Science, Oxford. 2000; pp 358-366.
- ⁷¹ Schwartz AL, Nail LM, Chen S, et al. Fatigue patterns observed in patients receiving chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Invest* 2000; 18:11-9.
- ⁷² Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. *Semin Hematol* 1997; 34:4-12.
- ⁷³ Leppert W, Turska A, Majkowicz M, Dziegielewska S, Pankiewicz P, Mess E. Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Aug;29(5):379-87.
- ⁷⁴ Brown J, Thorpe H, Napp V, Fairlamb DJ, Gower NH, Milroy R, et al. Assessment of quality of life in the supportive care setting of the big lung trial in non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2005 Oct 20;23(30):7417-27.
- ⁷⁵ Lutz S, Norrell R, Bertucio C, Kachnic L, Johnson C, Arthur D, et al. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using the Lung Cancer Symptom Scale in a community hospital. *J Palliat Med*. 2001 Summer;4(2):157-65.
- ⁷⁶ Stone P, Richards M, A'Hern R, Hardy J. A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with a control group of volunteers without cancer. *Ann Oncol*. 2000 May;11(5):561-7.
- ⁷⁶ Cooley ME. Symptoms in adults with lung cancer. A systematic research review. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19:137-53.

- ⁷⁷ Borthwick D, Knowles G, McNamara S, Dea RO, Stroner P. Assessing fatigue and self-care strategies in patients receiving radiotherapy for non-small cell lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2003;7(4):231–241.
- ⁷⁸ Passik SD, Kirsh KL, Rosenfeld B, McDonald MV, Theobald DE. The changeable nature of patients' fears regarding chemotherapy: implications for palliative care. *J Pain Symptom Man- age* 2001;21(2):113-20.
- ⁷⁹ Esper P, Redman BG. Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer. *Urol Clin North Am* 1999;26(2):375-89.
- ⁸⁰ Gift AG, Stommel M, Jablonski A, et al. A cluster of symptoms over time in patients with lung cancer. *Nurs Res* 2003; 52:393-400.
- ⁸¹ NIH. Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue; 2002.
- ⁸² Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):581-7
- ⁸³ Crang C. Learning to cope with the fatigue caused by cancer. *NursTimes* 1999;95(16):53-5.
- ⁸⁴ Freedman OC, Zimmermann C. The role of palliative care in the lung cancer patient: can we improve quality while limiting futile care? *Curr Opin Pulm Med*. 2009;15(4):321-326.
- ⁸⁵ Ali AMASA, Soares IJA, Redigolo LRP, Peria FM, De Carlo MMRP. Protocolo clínico e de regulação para atenção a pacientes em cuidados paliativos. In: José Sebastião dos Santos. (Org.). *Protocolos clínicos e de regulação da assistência para fortalecer o complexo regulador e a atenção básica à saúde (no prelo)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, v. , p. 141-160.
- ⁸⁶ Portaria GM/MS nº 4279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção I, p.89*.
- ⁸⁷ Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2014. [Acesso em 06 mar 2014]. Disponível em: www.abep.org/
- ⁸⁸ Schag C, Heinrich R, Ganz P. Karnofsky performance status revisited: reability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*. 1984;2(3):187-93.
- ⁸⁹ Brabo EP. Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
- ⁹⁰ Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in

lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. *Eur J Cancer*. 1994;30A(5):635-42.

⁹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Seção 1 Pag 59. Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

⁹² Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. Second Edition. New York: Wiley. 1980.

⁹³ R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2014. [Acesso em 23 fev 2015]. Disponível em: <http://www.R-project.org/>

⁹⁴ Novaes FT, Cataneo DC, Ruiz JRL, Defaveri J, Michelin OC, Cataneo AJM. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. *J. bras. pneumol*. 2008; 34(8): 595-600.

⁹⁵ Weiss W. Cigarette smoking and lung cancer trends. A light at the end of the tunnel? *Chest*. 1997;111:1414-1416.

⁹⁶ Siegel, R., Ma, J., Zou, Z. and Jemal, A. (2014), *Cancer statistics, 2014*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2014; 64: 9–29.

⁹⁷ Pauk N, Kubik A, Zatloukal P, Krepela E. Lung cancer in women. *Lung Cancer*. 2005;48:1–9.

⁹⁸ Patel JD. Lung cancer in women. *J Clin Oncol*. 2005; 23: 3212-8.

⁹⁹ Mendes PMT. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado). Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

¹⁰⁰ Cattani RB, Girardon-Perlini NMO - Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004.

¹⁰¹ Melo TM, Rodrigues IG, Schmidt DRC, et al. Caracterização dos cuidadores de sujeitos em cuidados paliativos no domicílio. *Rev. bras. cancerol*. 2009;55(4):365-374.

¹⁰² U.S. National Institutes of Health. National Cancer Institute. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2011*.

¹⁰³ Young RP, Hopkins RJ, Christmas T, Black PN, Metcalf P, Gamble GD. COPD prevalence is increased in lung cancer, independent of age, sex and smoking history. *Eur Respir J*. 2009 Aug;34(2):380-6.

¹⁰⁴ Volpato, FS. Sujeitos oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginario [online]*. 2007; 13(14): 511-544.

- ¹⁰⁵ Teixeira JJV, Lefréve F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. *Rev. bras. cancerol.* 2007; 53(2): 159-66.
- ¹⁰⁶ Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em sujeitos oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicol. teor. pesqui.* 2010 jun; 26(2):265-72
- ¹⁰⁷ Directoria Geral de Estatística, [187?] / 1930, Recenseamento do Brazil 1872/1920; IBGE, Censo demográfico 1940/2010. Até 1991, dados extraídos de: Estatísticas do Século XX. Rio de Janeiro: IBGE, 2007 no Anuário Estatístico do Brasil 1994. Rio de Janeiro : IBGE, vol. 54, 1994.
- ¹⁰⁸ Governo do Estado de São Paulo - Secretaria da Saúde [homepage na internet]. Regional de saúde [acesso em 28 ago 2015]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>
- ¹⁰⁹ Freire, MEM. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014 [acesso em 16 mar 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-163007/>.
- ¹¹⁰ Oliveira PI, Pereira CAC, Belasco AGS, Bettencourt ARC. Comparação da qualidade de vida de portadores de câncer de pulmão antes e após o tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2013; 21(3):[08 telas].
- ¹¹¹ Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. *N Engl J Med.* 1999 Sep 23;341(13):956-63.
- ¹¹² Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de sujeitos oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Apr 21]; 17(4): 750-757.
- ¹¹³ Souza Santos Gd, Iwanow Cianciarullo T. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos - SP. *Saúde Coletiva* 2009; 6200-206. [Acesso em 15 abr 2015] Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212107003>
- ¹¹⁴ Slatore CG, Au DH, Gould MK; American Thoracic Society Disparities in Healthcare Group. An official American Thoracic Society systematic review: insurance status and disparities in lung cancer practices and outcomes. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Nov 1;182(9):1195-205.
- ¹¹⁵ Rosman S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns.* 2004 Mar;52(3):333-9.

- ¹¹⁶ Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer*. 2001 Feb-Mar;31(2-3):233-40.
- ¹¹⁷ Handy JR, Asaph JW, Skokan L, et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery?*: outcomes and quality of life before and after surgery. *Chest*. 2002;122(1):21-30.
- ¹¹⁸ Hopwood P, Stephens RJ. Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer: implications for the evaluation of palliative treatment. The Medical Research Council (MRC) Lung Cancer Working Party. *Br J Cancer*. 1995 Mar; 71(3): 633–636.
- ¹¹⁹ Irvine D, Vincent L, Graydon JE, Bubela N, Thompson L. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. A comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nurs*. 1994 Oct;17(5):367-78.
- ¹²⁰ Schagen SB, Muller MJ, Boogerd W, Mellenbergh GJ, van Dam FS. Change in cognitive function after chemotherapy: a prospective longitudinal study in breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Dec 6;98(23):1742-5.
- ¹²¹ Van Dam FS, Schagen SB, Muller MJ, Boogerd W, vd Wall E, Droogleever Fortuyn ME, Rodenhuis S. Impairment of cognitive function in women receiving adjuvant treatment for high-risk breast cancer: high-dose versus standard-dose chemotherapy. *J Natl Cancer Inst*. 1998 Feb 4;90(3):210-8.
- ¹²² Brown JK, Cooley ME, Chernecky C, Sarna L. A symptom cluster and sentinel symptom experienced by women with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2011 Nov;38(6):E425-35.
- ¹²³ AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 2nd. *The American Journal Occupational Therapy*. Nov/Dec 2008, volume 63, n. 6. 625-683.
- ¹²⁴ Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Miaskowski C, Scherr SL, Portenoy RK, Vogelzang NJ. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*. 2000;5(5):353-60.
- ¹²⁵ Holley S. Cancer-related fatigue. Suffering a different fatigue. *Cancer Pract* 2000; 8 (2):87-95.
- ¹²⁶ Okuyama T, Tanaka K, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Hosaka T, Uchitomi Y. Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening. *J Pain Symptom Manage*. 2001 Jul; 22(1):554-64.
- ¹²⁷ Tanaka K, Akechi T, Okuyama T, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2002 May;23(5):417-23.

-
- ¹²⁸ ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, Consenso Brasileiro de Fadiga. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos Vol.3, n.2 – Supl. 1. 2010.
- ¹²⁹ ABCP – Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, Consenso Brasileiro de Fadiga. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos Vol.3, n.2 – Supl. 1. 2010.
- ¹³⁰ NCCN. National Comprehensive Cancer Network Guidelines. [Acesso em 12 abr 2015] Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#sclc>.
- ¹³¹ Smith TJ, Schnipper LJ. The American Society of Clinical Oncology program to improve end-of-life care. J Palliat Med. 1998 Fall;1(3):221-30.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo De Estudo)

1. NOME DA PESQUISA: **“Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos”**

2. PESQUISADORA: Renata Carvalho Cardoso

3. ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

4. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA (GRUPO DE ESTUDO)

Meu nome é Renata Carvalho Cardoso, sou terapeuta ocupacional e estou realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar como pacientes com câncer de pulmão (grupo de estudo) e outras pessoas sem esse diagnóstico (grupo controle) percebem sua qualidade de vida e a relação desta com a presença de fadiga (cansaço). Se concordar em participar da pesquisa, você responderá a uma ficha de identificação e dois questionários que podem ser preenchidos por você mesmo: um para avaliar a fadiga (a Escala de Fadiga de Piper - Revisada) e outro para avaliar a qualidade de vida (o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* mais módulo específico *LC13*) e serão aplicados com você em dois momentos: no dia de hoje e novamente três meses após a primeira aplicação.

Sua entrevista poderá contribuir tanto para a promoção de qualidade de vida, como para o desenvolvimento de melhores estratégias de manejo da fadiga em pacientes com câncer, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. A participação na pesquisa não implicará em despesas financeiras para você, não sendo oferecido pelo pesquisador ressarcimentos de qualquer natureza.

Esclarecemos que:

1. Sua participação é voluntária você é livre para desistir da pesquisa a qualquer momento ou se recusar a participar sem qualquer prejuízo ao seu atendimento ou de qualquer familiar.

2. As informações das entrevistas realizadas poderão ser utilizadas para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, mas garantimos o sigilo e sua privacidade, pois os dados não serão expostos de forma que o (a) identifique; sua identidade será sempre preservada;

3. Caso você aceite participar, os questionários lhe serão apresentados e as questões serão lidas para que possa respondê-las. A aplicação dos questionários é um procedimento simples, rápido e dispensa qualquer conhecimento especial;

4. Por se tratar de uma pesquisa que envolve apenas a aplicação de questionários, o risco potencial ou eventual é muito limitado, restringindo-se a algum incômodo ou mal-estar emocional por questionarmos sobre suas experiências pessoais e sobre seu adoecimento, não trazendo prejuízos à sua saúde ou tratamento no Hospital. Caso isso ocorra, você pode escolher interromper a pesquisa e retomá-la posteriormente ou retirar seu consentimento.

5. Nos dois momentos de aplicação do questionário, a coleta de dados ocorrerá enquanto realiza seu tratamento quimioterápico na Central de Quimioterapia ou enquanto aguarda o atendimento ambulatorial em uma das salas dos ambulatórios do Hospital

(HCFMRP-USP) ou na sala do Grupo de Cuidados Paliativos (sala 29 do corredor 9 – 2º andar do HCFMRP-USP);

6. Em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

7. Você deixará de participar da pesquisa se deixar de ser acompanhado no HCFMRP-USP;

8. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não;

9. Você receberá uma via deste termo com a assinatura da pesquisadora.

Informo que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Pesquisadora Responsável

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa “**Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos**” sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Carvalho Cardoso, eu, _____, aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste termo e tive a possibilidade de lê-lo, com o qual concordo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa (nome completo e assinatura)

I - Dados Sobre A Pesquisa Científica

Título do protocolo de pesquisa: “**Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos**”

2. Pesquisadora: Renata Carvalho Cardoso

II. Informações de nomes e telefones dos responsáveis pelo

Acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas.

1. Renata Carvalho Cardoso

Endereço Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP - Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil - CEP: 14040-902

Tel: (16) 3602-4694. **E-mail:** renata.carvalho.cardoso@usp.br

2. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)

Endereço EERP/USP - Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil - CEP: 14040-902

Tel: (16) 3602.3386 **Fax:** (16) 3602.0518 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido GC

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle)

1. NOME DA PESQUISA: **“Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos”**

2. PESQUISADORA: Renata Carvalho Cardoso

3. ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

4. PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA

Meu nome é Renata Carvalho Cardoso, sou terapeuta ocupacional e estou realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar como pacientes com câncer de pulmão (grupo de estudo) e outras pessoas sem esse diagnóstico (grupo controle) percebem sua qualidade de vida e a relação desta com a presença de fadiga (cansaço). Se concordar em participar da pesquisa, você responderá a uma ficha de identificação e dois questionários que podem ser preenchidos por você mesmo: um para avaliar a fadiga (a Escala de Fadiga de Piper - Revisada) e outro para avaliar a qualidade de vida (o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* mais módulo específico LC13). Os questionários levam cerca de 20 minutos para serem respondidos e serão aplicados somente uma vez, no dia de hoje.

Sua entrevista poderá contribuir tanto para a promoção de qualidade de vida, como para o desenvolvimento de melhores estratégias de manejo da fadiga em pacientes com câncer, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. A participação na pesquisa não implicará em despesas financeiras para você, não sendo oferecido pelo pesquisador ressarcimentos de qualquer natureza.

Esclarecemos que:

1. Sua participação é voluntária você é livre para desistir da pesquisa a qualquer momento ou se recusar a participar sem qualquer prejuízo ao seu atendimento ou de qualquer familiar.

2. As informações das entrevistas realizadas poderão ser utilizadas para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, mas garantimos o sigilo e sua privacidade, pois os dados não serão expostos de forma que o (a) identifique; sua identidade será sempre preservada;

3. Caso você aceite participar, os questionários lhe serão apresentados e as questões serão lidas para que possa respondê-las. A aplicação dos questionários é um procedimento simples, rápido e dispensa qualquer conhecimento especial;

4. Por se tratar de uma pesquisa que envolve apenas a aplicação de questionários, o risco potencial ou eventual é muito limitado, restringindo-se a algum incômodo ou mal-estar emocional por questionarmos sobre suas experiências pessoais e adoecimento, não trazendo quaisquer prejuízos à sua saúde. Caso isso ocorra, você pode escolher interromper a pesquisa e retomá-la posteriormente ou retirar seu consentimento.

5. A aplicação dos questionários ocorrerá em espaços públicos de grande circulação, com a maior privacidade possível;

6. Em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

7. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não;

8. Você receberá uma via deste termo com a assinatura da pesquisadora.

Informo que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Pesquisadora Responsável

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa “**Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos**” sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Carvalho Cardoso, eu, _____, aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste termo e tive a possibilidade de lê-lo, com o qual concordo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa (nome completo e assinatura)

I - Dados Sobre A Pesquisa Científica

Título do protocolo de pesquisa: “**Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos**”

2. Pesquisadora: Renata Carvalho Cardoso

II. Informações de nomes e telefones dos responsáveis pelo

Acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas.

1. Renata Carvalho Cardoso

Endereço Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP - Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil - CEP: 14040-902

Tel: (16) 3602-4694. **E-mail:** renata.carvalho.cardoso@usp.br

2. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)

Endereço EERP/USP - Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil - CEP: 14040-902

Tel: (16) 3602.3386 **Fax:** (16) 3602.0518 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

Apêndice C - Ficha de Identificação

Dados Sociodemográficos

Data: ___/___/____

1-Nome _____ (Sigla): _____

2- Número do Registro HC: _____

 3. Serviço origem: () Central de Quimioterapia () Ambulat Onco Clínica
 () Ambulat Onco/Pneumo () Grupo de Cuidados Paliativos: _____

4 -Sexo: () Fem () Masc 5 - Idade: _____ (data de nascimento) ___/___/____

6 - Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outro Especificar: _____

7- Naturalidade: _____ 8- Procedência: _____

9- Religião: _____ 10- Escolaridade: _____

11. Profissão: _____ 12-Telefone: (____) _____ - _____

a) Ativo: () Sim () Não b) Aposentado: () Sim () Não

13-Endereço: _____

14- _____ Com _____ quem _____ mora: _____

15- Tem filhos? Quantos?: _____

16- Precisa de ajuda para realizar suas atividades como tomar banho, uso do banheiro, vestir-se, alimentação, mobilidade funcional, cuidado com equipamentos pessoais e higiene pessoal e autocuidado? () Sim () Não

Se sim: a) Cuidador principal: _____ b)Parentesco: _____

Prognóstico 17- Ciente do Prognóstico? () Sim () Não

18- Familiares Cientes do Prognóstico? () Sim () Não

Diagnóstico 19- Ciente do Diagnóstico? () Sim () Não

20- Familiares Cientes do Diagnóstico? () Sim () Não

Dados Clínicos

21- Diagnóstico: _____ 22- Estadiamento: _____

23- Metástase: _____

24 - Fez Cirurgia () Sim () Não a) Qual Cirurgia: _____

b) Data da Cirurgia: ___/___/____

25 - Fez Radioterapia () Sim () Não Nº Sessões: _____ Período: ___/___/____

26 – Fez Quimioterapia () Sim () Não Data de Início: ___/___/____

Ciclo Atual/nº ciclos realizados: _____ Protocolo: _____

27- Efeitos colaterais da quimioterapia: _____

28: Outras informações relevantes: _____

Critério de Classificação Econômica Brasil

Cortes do

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

CEEB

Grau de Instrução do Chefe de Família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	Pontos
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

29- Nível econômico CEEB: _____

Karnofsky Performance Status (KPS)

30- KPS: _____

Atividade normal	100	Nenhuma queixa; ausência de incidência de doença
	90	Capaz de levar sua vida normal; sinais menores ou sintomas da doença
Sintomas de doença, mas deambulante e capaz de levar seu dia a dia habitual	80	Alguns sinais ou sintomas de doença com o esforço
	70	Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo
Necessita de assistência ocasional	60	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas necessidades
	50	requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
Carente de cuidados contínuos	40	Incapaz, requer cuidados especiais e assistência
	30	Muito incapaz, indicado hospitalização, apesar de a morte não ser iminente
Preso ao leito, pode necessitar de internação	20	Muito debilitado, hospitalização necessária, necessitando de tratamento de apoio ativamente
	10	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente
Morte	0	Morto

Anexos



Anexo A - Critérios de Regulação para Admissão Hospitalar (Internação) em Cuidados Paliativos

(De Carlo et al., 2010)

Para ser considerado elegível aos cuidados paliativos, o paciente deverá apresentar todos os critérios abaixo:

1) Condição clínica que ameace a vida e imponha limitação no prognóstico assim como ausência de tratamentos que modifiquem o curso desta doença ou que não gerem efeito em um período de tempo compatível com esse prognóstico;

2) Esclarecimento prévio ao paciente e/ou sua família a respeito destas condições clínicas, das limitações terapêuticas e do prognóstico do paciente;

3) O paciente e a sua família devem concordar com o objetivo do tratamento, priorizando o alívio dos sintomas e qualidade de vida e não o emprego de medidas consideradas desnecessárias, fúteis ou invasivas para aquele prognóstico;

4) O paciente deverá contar com rede de suporte de saúde e social para contrarreferência.

Caso os critérios acima sejam preenchidos, considerar um dos dois contextos abaixo

A – O paciente apresenta diagnóstico confirmado por exame histopatológico (exceções para aqueles casos em que a biópsia não é possível, todavia os demais exames complementares – exames de imagem, marcadores tumorais – levam a esse diagnóstico), apontando progressão da doença oncológica local e/ou a distância (metástases) ou mesmo recidiva tumoral?

– Há impossibilidade ou ausência de terapêutica específica que modifique o curso do estágio atual da doença ou que só gere um possível efeito por um período de tempo incompatível com o prognóstico atual?

Sim Não **Se a resposta for sim o paciente preenche os critérios para seguimento oncológico paliativo.**

Priorizar paciente e/ou família com sintomas de sofrimento psicossocial e espiritual intenso relacionado com a doença?

B – O paciente apresenta condições clínicas não oncológicas em fase avançada e refratárias às terapias otimizadas, além de:

a) Ao menos, uma das três condições abaixo?

- Progressão do processo da doença primária;

- Múltiplos atendimentos de emergência ou hospitalizações nos últimos 6 meses por complicações relacionados com a doença;

- Declínio recente do estado funcional;
- E/ou sintomas de sofrimento psicossocial e espiritual do paciente e/ou família, ao menos moderados, relacionados à doença?

Sim Não **Se a resposta for sim o paciente preenche os critérios para seguimento clínico paliativo**

Para ser considerado elegível para **internação hospitalar em cuidados paliativos**, o paciente deverá apresentar todas as condições abaixo:

a) Indicação médica de atenção em nível hospitalar detalhada em ficha de encaminhamento (seja pela gravidade ou pela necessidade de equipamentos e/ou equipe);

b) Necessidade de cuidados dentro da especificidade dos Cuidados Paliativos (assistência interdisciplinar, humanizada e espiritualizada, com foco no controle de sintomas e sofrimento ao invés de medidas invasivas, priorizando a proximidade da família e conforto);

Em situações onde, apesar de fora de possibilidade de cura, a indicação de internação se dá por condição não relacionada aos Cuidados Paliativos e o paciente tem bom status clínico, não há indicação de internação no Hospital Estadual de Américo Brasiliense - HEAB;

Nas condições que caracterizem cuidado continuado, o paciente deverá ser encaminhado para hospitais de retaguarda.

c) Prejuízo moderado/grave do estado funcional caracterizado por escala de Karnofsky < 50%;

d) Condição clínica que permita a transferência (considerar distância e meio de transporte).



Anexo B - Critérios de Regulação para Admissão em Programa Ambulatorial de Cuidados Paliativos

(De Carlo et al., 2010)

Para ser considerado elegível aos cuidados paliativos, o paciente deverá apresentar todos os critérios abaixo:

- 1) Condição clínica que ameace a vida e imponha limitação no prognóstico assim como ausência de tratamentos que modifiquem o curso desta doença ou que não gerem efeito em um período de tempo compatível com esse prognóstico;
- 2) Esclarecimento prévio ao paciente e/ou sua família a respeito destas condições clínicas, das limitações terapêuticas e do prognóstico do paciente;
- 3) O paciente e a sua família devem concordar com o objetivo do tratamento, priorizando o alívio dos sintomas e qualidade de vida e não o emprego de medidas consideradas desnecessárias, fúteis ou invasivas para aquele prognóstico;
- 4) O paciente deverá contar com rede de suporte de saúde e social para contrarreferência.

Caso os critérios acima sejam preenchidos, considerar um dos dois contextos abaixo:

A – O paciente apresenta diagnóstico confirmado por exame histopatológico (exceções para aqueles casos em que a biópsia não é possível, todavia os demais exames complementares – exames de imagem, marcadores tumorais – levam a esse diagnóstico), apontando progressão da **doença oncológica** local e/ou a distância (metástases) ou mesmo recidiva tumoral?

– Há impossibilidade ou ausência de terapêutica específica que modifique o curso do estágio atual da doença ou que só gere um possível efeito por um período de tempo incompatível com o prognóstico atual?

Sim Não **Se a resposta for sim o paciente preenche os critérios para seguimento oncológico paliativo. Priorizar paciente e/ou família com sintomas de sofrimento psicossocial e espiritual intensos relacionados à doença?**

B – O paciente apresenta **condições clínicas não oncológicas** em fase avançada e refratárias às terapias otimizadas (consenso clínico subsidiado por achados laboratoriais quando pertinente), além de:

- a) Ao menos uma das três condições abaixo?
 - Progressão do processo da doença primária;
 - Múltiplos atendimentos de emergência ou hospitalizações nos últimos 6 meses por complicações relacionados à doença;
 - Declínio recente do estado funcional.

- E/Ou sintomas de sofrimento psicossocial e espiritual do paciente e/ou família, ao menos moderados, relacionados à doença?

Sim Não **Se a resposta for sim o paciente preenche os critérios para seguimento clínico paliativo, dirija-se à PLANILHA A para informações adicionais.**

Para ser considerado elegível para seguimento ambulatorial em cuidados paliativos, o paciente deverá apresentar todas as condições abaixo:

- a) Condição de estabilidade clínica que permita assistência ambulatorial a curto prazo;
- b) Manutenção de vínculo com o serviço/cidade de origem para manejo específico de sua condição clínica;
 - Desconsiderando-se exceções e situações (fase) terminais;
 - O paciente poderá ser reencaminhado para a clínica solicitante se houver intercorrência específica ou necessidade de complementação diagnóstica/terapêutica específica da especialidade não relacionada aos cuidados paliativos.
- c) Garantia de atendimento inicial para urgência/emergência em sua unidade/cidade de referência;
- d) Em caso de atendimento eventual por intercorrência relacionada à doença em seguimento nos CP, o paciente poderá contatar o serviço de Cuidados Paliativos/Hospital Estadual de Américo Brasiliense -HEAB para orientações ou procurar o ambulatório de Cuidados Paliativos/Hospital Estadual de Américo Brasiliense -HEAB no horário de funcionamento habitual;
- e) Encaminhamento de solicitação via ficha de referência pelo médico assistente direcionado a DRS responsável com o histórico detalhado da condição clínica do paciente.

Anexo C – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Anexo D - Escala de Fadiga de Piper – Revisada

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor, esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (assinale somente UMA resposta)

Dias ___ Semanas ___ Meses ___

Horas ___ Minutos ___ Outro (por favor, descreva): ___

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse								Muito estresse		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou Escolares?

Nada									Muito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada									Muito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada									Muito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada									Muito	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

Leve								Intensa		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

Agradável						Desagradável				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.

Aceitável						Inaceitável				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10.

Protetora						Destruidora				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.

Positiva						Negativa				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12.

Normal						Anormal				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Quanto você está se sentindo...

Forte						Fraco				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. Quanto você está se sentindo...

Acordado						Sonolento				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Quanto você está se sentindo...

Com vida						Apático				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Quanto você está se sentindo...

Com vigor						Cansado				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Quanto você está se sentindo...

Com energia						Sem energia				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Quanto você está se sentindo...

Paciente						Impaciente				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Quanto você está se sentindo...

Relaxado						Tenso				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Quanto você está se sentindo...

Extremamente Feliz						Deprimido				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se concentrar						Incapaz de se concentrar				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se lembrar						Incapaz de se lembrar				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com clareza						Incapaz de pensar com clareza				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga?

25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor, descreva _____

Anexo E - EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

	Nã	Pouco	Modera- damente	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:				
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 pagina 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 F - EORTC QLQ - LC13

BRAZILIAN PORTUGUESE

**EORTC QLQ - LC13**

Por vezes, os pacientes se queixam da ocorrência dos seguintes sintomas. Por favor, indique até que ponto sentiu esses sintomas ou problemas na semana passada, fazendo um círculo em volta do número que melhor se aplica a você.

Durante a semana passada:	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
31. Quanto tossiu?	1	2	3	4
32. Tossiu sangue?	1	2	3	4
33. Sentiu falta de ar enquanto repousava?	1	2	3	4
34. Sentiu falta de ar enquanto andava?	1	2	3	4
35. Sentiu falta de ar enquanto subia escadas (se subisse)?	1	2	3	4
36. Sentiu sua boca ou língua doloridas?	1	2	3	4
37. Sentiu dificuldade ao engolir?	1	2	3	4
38. Sentiu dormência (formigamento) nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
39. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
40. Sentiu dores no peito?	1	2	3	4
41. Sentiu dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
42. Sentiu dores em outras partes de seu corpo?	1	2	3	4
Em caso afirmativo, onde: _____				
43. Tomou algum medicamento para passar a dor?				
1 Não 2 Sim				
Em caso afirmativo, até que ponto a dor melhorou?	1	2	3	4

© QLQ-C30-LC13 Direitos Autorais 1994 EORTC Grupo de Estudo sobre Qualidade de Vida. Todos os direitos reservados.

Anexo G - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 088/2014

Ribeirão Preto, 7 de maio de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 7 de maio de 2014.

Protocolo CAAE: 26970714.6.0000.5393

Projeto: Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos.

Pesquisadores: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo
Renata Carvalho Cardoso

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo
Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e fadiga de pacientes com câncer de pulmão em Cuidados Paliativos

Pesquisador: Renata Carvalho Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26970714.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 638.275

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado a ser desenvolvido pela discente Renata Carvalho Cardoso, sob a orientação da Profa. Dra. Marysia M. R. Prado De Carlo.

Objetivo da Pesquisa:

- OBJETIVO GERAL:

Analisar a qualidade de vida (QV) de pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão em cuidados paliativos e identificar a influência da fadiga na QV desta população, em dois momentos diferentes de seu tratamento paliativo - no primeiro dia de avaliação (considerado o baseline) e após 3 meses decorridos da avaliação inicial, considerando a presença de depressão e ansiedade.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Comparar a percepção da qualidade de vida do paciente com câncer de pulmão em cuidados paliativos em dois momentos diferentes do seu tratamento, identificando sua variação ao longo do tempo e identificar se há associação entre a progressão ou não da fadiga, ansiedade e depressão na qualidade de vida ao longo de três meses de tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- GRUPOS CONTROLE E DE ESTUDO:

- Benefícios: Não haverá benefícios diretos aos sujeitos pela participação, no entanto a pesquisa

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 638.275

poderá contribuir futuramente no tratamento pacientes com câncer de pulmão em cuidados paliativos e que apresentam a fadiga como fator limitante para a realização de suas atividades diárias.

- Risco: Por se tratar de uma pesquisa que envolve apenas a aplicação de questionários, o risco potencial ou eventual é muito limitado, restringindo-se a algum incômodo ou mal-estar emocional pelo fato de o paciente ser questionado sobre suas experiências pessoais e adoecimento, não trazendo prejuízos à sua saúde ou tratamento no hospital. Caso isso ocorra o participante poderá escolher por não responder qualquer pergunta o faça se sentir incomodado, interromper a pesquisa e retomar posteriormente ou retirar seu consentimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo prospectivo e com abordagem quantitativa. Serão aplicados os seguintes instrumentos para a obtenção dos dados: uma ficha de identificação composta pelo Karnofsky Performance Scale (KPS) e pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CEEB), um instrumento para avaliar fadiga (Escala de Fadiga de Piper - Revisada) e dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida de paciente com câncer de pulmão (European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-QLQ-C30) e Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13 (QLQ-LC13)). Os sujeitos do Grupo de Estudo serão selecionados dentre os pacientes com câncer de pulmão que estão em tratamento quimioterápico paliativo na Central de Quimioterapia, pelo Grupo de Cuidados Paliativos, no Ambulatório de Oncologia Clínica ou no Ambulatório de Pneumo-Oncologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O Grupo Controle será composto por pacientes sem diagnóstico de câncer de pulmão e que não estejam em tratamento antineoplásico, selecionados dentre a população em geral, em espaços públicos de grande circulação. A análise estatística a ser realizada está descrita no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento do projeto ao CEP; folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela vice-diretora em exercício da diretoria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; TCLE do grupo controle (corrigido); TCLE do grupo de estudo (corrigido); orçamento detalhado; projeto de pesquisa contendo o cronograma para a realização do mesmo; anuência do chefe de departamento da Clínica Médica e da docente coordenadora do serviço de Oncologia Clínica do HCFMRP-USP; autorizações dos autores para a utilização dos instrumentos Escala de Fadiga de Piper – Revisada, European Organization for Research in the Treatment of Cancer Questionnaire-core 30 (EORTC-

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 638.275

QLQ-C30) e Quality of Life Questionnaire Lung Cancer 13 (QLQ-LC13).

Recomendações:

No TCLE do grupo de estudo, especificar que o contato com o paciente ocorrerá em dois momentos: um no dia da primeira abordagem e outro três meses depois.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 07 de Maio de 2014

Assinador por:

Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo H - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 19 de Maio de 2014


Projeto de pesquisa: “QUALIDADE DE VIDA E FADIGA DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS”

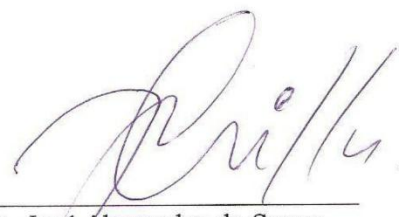
Pesquisador responsável: Renata Carvalho Cardoso e Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo.

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:


Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HCFMRP-USP


Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP

Artigo Publicado

Revisão de Literatura
Fadiga e Câncer de Pulmão: Revisão Sistemática
Artigo submetido em 28/6/13; aceito para publicação em 9/12/13

Fadiga em Pacientes com Câncer de Pulmão: uma Revisão Sistemática de Literatura

Fatigue in Lung Cancer Patients: a Systematic Review of Literature

Fatiga en Pacientes con Cáncer de Pulmón: una Revisión Sistemática de Literatura

Renata Carvalho Cardoso¹; Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo²

Resumo

Introdução: A fadiga é um sintoma de grande impacto na qualidade de vida de pacientes com câncer, mas é pouco diagnosticada e tratada pelos profissionais de saúde. **Objetivo:** Sintetizar os principais resultados de pesquisas e analisar criticamente as evidências relativas à identificação da fadiga como sintoma adverso associado ao câncer de pulmão na produção científica nacional e internacional dos últimos cinco anos. **Método:** Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE, LILACS, OTSeeker e PEDro e na biblioteca virtual SciELO, com os seguintes descritores e seus sinônimos: fadiga, fadiga relacionada ao câncer, neoplasias pulmonares e cuidados paliativos, bem como seus correspondentes em inglês. Foram selecionados 13 artigos publicados em periódicos internacionais, categorizados em duas unidades de análise: 1. Aspectos culturais e psicossociais relacionados à fadiga; 2. Fadiga como sintoma adverso do câncer de pulmão, e analisadas suas evidências científicas. **Resultados:** Há evidências de que o câncer de pulmão está associado à alta carga de sintomas como a fadiga, cuja presença influencia a realização de atividades diárias, está relacionada à previsão de recidiva da doença, diminuição da sobrevida e realização de atendimentos de emergência ou internação hospitalar no final da vida. **Conclusão:** Os resultados apontaram a alta prevalência da fadiga nessa população e a necessidade de novos estudos, com desenhos metodológicos de melhor qualidade e resultados mais elevados de níveis de evidências científicas.

Palavras-chave: Humanos; Fadiga; Neoplasias Pulmonares; Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: recardoso26@hotmail.com.

² Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: marysia@fmrp.usp.br.

Endereço para correspondência: Renata Carvalho Cardoso. Rua Amador Bueno, 676 apto. 121 - Centro. Ribeirão Preto (SP), Brasil. CEP: 14010-070.

Cardoso RC, De Carlo MMR

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, observou-se que o câncer tornou-se cada vez mais frequente na população mundial e a causa mais importante de morte no mundo¹. No Brasil, estima-se um risco de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 a cada 100 mil mulheres casos novos, no ano de 2012. Trata-se de uma doença altamente letal, tendo a razão mortalidade/incidência de, aproximadamente, 86%¹, sendo que 85% dos pacientes com câncer de pulmão morrem nos primeiros cinco anos pós-diagnóstico², devido às limitadas opções de tratamento modificador da doença.

Nesse contexto, destaca-se a presença da fadiga relacionada ao câncer, definida pela *National Comprehensive Cancer Network*³, como uma sensação subjetiva e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva, que não é proporcional à atividade física realizada e que interfere no funcionamento normal do paciente.

A fadiga é, frequentemente, objeto de pesquisas e publicações científicas, como sintoma relacionado ao câncer, com prevalência na faixa de 60-95%⁴. Entretanto, ainda é restrita a produção científica acerca da presença de fadiga em pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, principalmente quando se considera a condição de incurabilidade da doença, com ênfase nos cuidados paliativos.

O objetivo deste estudo é sintetizar os principais resultados de pesquisas e analisar criticamente as evidências relativas à identificação da fadiga como sintoma adverso associado ao câncer de pulmão. A identificação das melhores evidências científicas através desta revisão sistemática poderá nortear melhores práticas em saúde junto a essa população.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, baseada no processo metodológico proposto pela Colaboração Cochrane⁵. Segundo esse método, a revisão sistemática deve ser efetuada em sete passos, a saber: formulação da pergunta; localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta de dados; análise e apresentação dos dados; interpretação dos dados e aprimoramento e atualização da revisão.

Para a definição da questão de investigação e dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizada a estratégia PICO (acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" ou desfechos)⁶. A questão norteadora é: "Quais os principais resultados e evidências científicas identificados na produção bibliográfica nacional e internacional dos últimos cinco anos, relativos à avaliação e manejo da fadiga, fatores psicossociais

associados e seu enfrentamento em pacientes com câncer de pulmão submetidos a tratamento quimioterápico?".

A busca primária foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, OTSeeker e PEDro e na biblioteca virtual SciELO, no período de cinco anos (de janeiro de 2007 a janeiro de 2012). Foram utilizados os seguintes descritores e seus sinônimos: fadiga, fadiga relacionada ao câncer, câncer de pulmão, cuidados paliativos e terapia ocupacional, bem como seus correspondentes em inglês. No levantamento inicial, foram identificados 581 artigos, os quais foram avaliados por dois pesquisadores (autores) de acordo com os critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com disponibilidade na sua versão integral, cujo estudo tenha sido realizado com humanos e que abordassem o tema da fadiga em pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico. Após a seleção inicial do material, foram excluídos os artigos repetidos nas diferentes bases de dados e os que enfocavam procedimentos cirúrgicos e/ou tratamento farmacológico. Embora se tenha buscado por artigos que abordassem os cuidados paliativos, a não definição pelos autores do objetivo terapêutico (paliativo ou curativo) não foi utilizada como critério de exclusão. O processo de seleção dos artigos é ilustrado na Tabela 1.

O material final da pesquisa ficou constituído por 13 artigos científicos selecionados, classificados em duas unidades de análise, a saber: 1) Aspectos culturais e psicossociais relacionados à fadiga e seu manejo; e 2) Fadiga como sintoma adverso do câncer de pulmão.

A síntese dos dados coletados e a análise de evidências basearam-se no instrumento validado por Ursi et al.⁷, contemplando dados referentes ao periódico (nome, ano, volume, número, idioma, país de origem), ao pesquisador (nome do autor) e às características, métodos e desfechos do estudo (título, ano e local da pesquisa, objetivo, desenho metodológico, amostra, resultados, conclusão e nível de evidência).

Para a classificação hierárquica das evidências, foi usada a categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, proposta por Stetler et al.⁸.

RESULTADOS

A partir da leitura integral dos 13 artigos selecionados para esta revisão sistemática, foram definidas duas unidades de análise, que serão apresentadas a seguir.

ASPECTOS CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À FADIGA

Essa unidade de análise está composta por seis artigos apresentados na Tabela 2.

Os artigos que compõem essa unidade abordam a influência de aspectos psicossociais e culturais como

Tabela 1. Artigos selecionados segundo as bases de dados ou a biblioteca virtual e consultados

BASES CONSULTADAS CRITÉRIOS	LILACS	MEDLINE	OTSeeker	PEDro	SciELO
Artigos identificados inicialmente (n=581)	n=38	n=480	n=15	n=31	n=17
Após exclusão dos artigos repetidos (n=301)	n=27	n=248	n=01	n=14	n=11
Após exclusão dos artigos com conteúdos incompatíveis com objeto do estudo (n=29)	n=0	n=29	n=0	n=0	n=0
Após exclusão dos artigos de revisão (n=28)	n=0	n=28	n=0	n=0	n=0
Após consenso entre pesquisadores (n final = 13)	n=0	n=13	n=0	n=0	n=0

esperança, sentimento de autoeficácia, o apoio de familiares/cônjuges/cuidadores formais e informais, a autoimagem ou autoapresentação e a confiança. Abordam também mudanças ao longo do tempo quanto ao enfrentamento de sintomas relacionados ao câncer e seu tratamento, como a fadiga, e apontam que fatores psicossociais e culturais podem influenciar positivamente na forma como esses pacientes enfrentam sua doença e como percebem sua qualidade de vida⁹⁻¹⁴.

Foram identificadas estratégias de manejo de fadiga relacionada ao câncer de pulmão, como o uso da realidade virtual (RV) durante a infusão de quimioterápicos⁹ e um programa de exercícios em contexto intra-hospitalar¹⁰. Essas propostas⁹⁻¹⁰ mostraram-se eficazes, não levaram à piora da percepção da fadiga e da qualidade de vida. Entretanto, ambos os estudos apresentam limitações metodológicas, como a falta de medidas padronizadas para avaliar a satisfação com o uso da RV e a pequena casuística do programa de exercícios e não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas.

FADIGA COMO SINTOMA ADVERSO DO CÂNCER DE PULMÃO

Essa unidade está composta por sete artigos apresentados na Tabela 3.

Os estudos incluídos¹⁵⁻²¹ evidenciaram situações em que a fadiga é avaliada através de instrumentos específicos e aparece como fator limitante adverso ao câncer de pulmão. Foram utilizados relatos de prevalência, pontuação quanto à gravidade e experiências de fadiga, identificação de padrões, fatores do risco e fatores associados a visitas a serviços de emergência e comparação das associações feitas por médicos e pacientes quanto a sintomas adversos.

Ressaltam também a importância de avaliar não somente sua presença, mas também o impacto da fadiga na capacidade funcional, identificando que o câncer de pulmão está associado a uma maior carga de sintomas comparada com outros tipos de câncer e que tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida.

Por fim, além da análise de conteúdo temática, é necessária a análise crítica da qualidade metodológica dos estudos e dos resultados de pesquisas para alicerçar a prática clínica. A Tabela 4 apresenta uma síntese dos respectivos níveis de evidência do material selecionado.

Os resultados indicam que 92,31% dos estudos incluídos nesta revisão apresenta um nível moderado de evidências (níveis 3 e 4). Apenas um artigo (7,69% do total) foi classificado em nível de evidência 2, resultante de estudo com delineamento experimental.

DISCUSSÃO

Essa investigação apontou que a literatura científica aborda aspectos diversos relativos à alta carga de sintomas, como a fadiga, associada ao câncer de pulmão, sendo que os padrões desses sintomas variam de acordo com o diagnóstico ou o tratamento antineoplásico. Os artigos identificados apresentavam uma heterogeneidade quanto aos objetivos, desenho do estudo, características da amostra e instrumentos utilizados para a avaliação da fadiga, o que impediu a generalização dos resultados.

O material analisado identifica a fadiga como um fator altamente prevalente entre os sintomas relacionados ao câncer. Fadiga, dor, insônia e depressão afetam diretamente a realização de suas atividades diárias, sua capacidade de trabalhar e de se socializar, além da possibilidade de estarem relacionadas à previsão de recidiva da doença e diminuição da sobrevida, o que impacta negativamente a qualidade de vida desses pacientes²².

Fatores psicossociais e culturais podem não ajudar diretamente na redução de sintomas físicos relacionados ao câncer, mas influenciam positivamente na forma com que os pacientes com câncer de pulmão enfrentam sua doença e percebem sua qualidade de vida. Soma-se a isto a evidência de que a presença de fadiga pode estar relacionada com a satisfação do paciente com o seu cuidado, caracterizando-a como uma importante medida de cuidados de saúde tanto para avaliar quanto para tratar¹⁵.

Cardoso RC, De Carlo MMR

Tabela 2. Caracterização dos artigos acerca dos aspectos culturais e psicossociais relacionados à fadiga

Autores	País/ Ano	Objetivo	Metodologia	Desfechos
Westerman et al. ¹¹	Holanda, 2007	Descrever como os pacientes responderam à pergunta "você está cansado" do <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire-Core 30</i> (EORTC QLQ-C30) em diferentes momentos de seu tratamento	Investigação qualitativa do comportamento de resposta de pacientes com câncer de pulmão pequenas células na mensuração da fadiga através do EORTC QLQ-C30	Diminuição gradual da energia no final da quimioterapia, com a subnotificação, como resultado
Schneider SM et al. ⁹	EUA, 2007	Explorar a realidade virtual (RV) como intervenção para aliviar sintomas estressantes, como fadiga e ansiedade, em adultos em tratamento quimioterápico	Participantes foram selecionados aleatoriamente para receber a intervenção de realidade virtual durante o tratamento de quimioterapia e depois não receber tratamento (controle)	O uso da RV é eficaz no manejo de sintomas estressantes e ajuda a fazer do tratamento quimioterapia mais tolerável
Porter, Keefe, Garst, McBride e Baucom ¹²	Holanda, 2008	Analisar a autoeficácia para controlar a dor, sintomas e função em pacientes com câncer de pulmão e seus cuidadores	Participantes recrutados em várias clínicas oncológicas (Durham, NC). Aplicação de questionário específico em pacientes e seus cuidadores	Escores baixos para paciente e cuidador quanto à autoeficácia, sintomas e função, podendo influenciar no ajuste ao câncer
Rao, Debb, Blitz, Choi e Cella ¹³	EUA, 2008	Identificar as diferenças raciais/ étnicas entre americanos-europeus (AEs) e americanos-africanos (AA)	Coletados dados sobre a qualidade de vida do projeto <i>Bilingual Intercultural Oncology Quality of Life</i> através da aplicação do FACT-G	AAs apresentam sintomatologia mais grave em mal-estar e capacidade de trabalhar do que AEs e menos grave em fadiga e outros
Temel JS et al. ¹⁰	EUA, 2009	Avaliar a viabilidade de um programa estruturado de exercícios para pacientes recentemente diagnosticados com câncer	Um fisioterapeuta facilitou sessões bissemanais de exercícios aeróbicos e musculação durante um período de 8 semanas	Os participantes que o completaram o programa experimentaram melhora dos sintomas de câncer de pulmão
Berendes et al. ¹⁴	EUA, 2010	Examinar como a esperança está associada a vários índices de ajustamento ao câncer de pulmão	Aplicação de questionário para avaliar esperança, dor, fadiga, tosse e depressão. Dados coletados na linha de base antes do tratamento	Esperança é inversamente associada aos principais sintomas do câncer (dor, fadiga e tosse) e distúrbios psíquicos (depressão)

Tabela 3. Caracterização dos artigos acerca da fadiga como sintoma adverso ao câncer de pulmão

Autores	País/ Ano	Objetivo	Metodologia	Desfechos
Kozachik e Bandeen-Roche ¹⁶	EUA, 2008	Abordar a padronização e estabilidade de padrões de fadiga, dor e insônia (PIF) e características preditivas de padrão de PIF	Realizadas entrevistas telefônicas em quatro momentos durante um ano após o diagnóstico de câncer sincronizado com o recebimento do tratamento antineoplásico	Padrão PFI foi associado a riscos maiores desse padrão subsequente, de morte, de perda do acompanhamento ao paciente e aumento de outros sintomas
Basch et al. ¹⁵	EUA, 2009	Comparar as associações de sintomas adversos relatados pelos pacientes e por médicos	Pacientes e médicos relataram seis sintomas do <i>National Cancer Institute's Common Terminology Criteria for Adverse Events</i> (CTCAE) e <i>Karnofsky Performance Status</i> (KPS) longitudinalmente	Relatos de médicos são preditores melhores para eventos clínicos desfavoráveis e os pacientes refletem melhor o estado de saúde diário
Lis, Rodeghier, Grutsch e Gupta ¹⁷	Inglaterra, 2009	Descrever a experiência dos pacientes com o atendimento recebido	Aplicação de um questionário de satisfação do paciente e do EORTC QLQ-C30	A fadiga é fator preditivo na avaliação da satisfação do paciente na área da Oncologia
Barbera et al. ¹⁸	EUA, 2010	Descrever resultados de pacientes com câncer ao <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS) e <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS)	A avaliação com o PPS e ESAS foi realizada entre a data do diagnóstico e a data da morte ou último <i>follow-up</i>	Pacientes com câncer de pulmão tiveram a pior carga de sintomas, sendo a fadiga prevalente em relação à náusea
Barbera, Taylor e Dudgeon ¹⁹	Canadá, 2010	Descrever os motivos mais comuns para as visitas feitas ao serviço de emergência durante o final da vida	Identificados todos os pacientes que morreram de câncer entre 2002 e 2005 em Ontário	Motivos para visitas ao serviço de emergência foram: mal-estar e fadiga, dispneia, pneumonia, dor abdominal, câncer de pulmão e derrame pleural
Shi et al. ²⁰	EUA, 2011	Identificar fatores de risco associados a sintomas e qualidade de vida após o diagnóstico de câncer	Sobreviventes ao câncer foram recrutados aleatoriamente em 11 Estados para responder questionário sobre qualidade de vida via correio	O grupo com alta carga sintomas tem menor qualidade de vida e maior severidade média do que grupo com baixa carga de sintomas
Hung, et al. ²¹	EUA, 2011	Relatar a prevalência, gravidade e correlatos médicos e psicossociais da fadiga	Aplicação do <i>Brief Fatigue Inventory</i> (BFI) para avaliar a prevalência e a severidade de fadiga e do KPS para medir estado funcional	Formas moderada e grave de fadiga são associadas à alteração funcional, sintomas ansiosos e depressivos, dispneia entre outros

Cardoso RC, De Carlo MMR

Tabela 4. Classificação dos níveis de evidência dos estudos analisados

Níveis de evidência	Estudos	N (%)
Nível 2	Schneider SM et al. ⁹	1 (7,69%)
Nível 3	Berendes et al. ¹⁴ Porter, Keefe, Garst, McBride e Baucom ¹² Shi et al. ²⁰ Temel JS et al. ¹⁰	4 (30,77%)
Nível 4	Barbera et al. ¹⁸ Barbera, Taylor e Dudgeon ¹⁹ Basch et al. ¹⁵ Hung, et al. ²¹ Kozachik e Bandeen- Roche ¹⁶ Lis, Rodeghier, Grutsch e Gupta ¹⁷ Rao, Debb, Blitz, Choi e Cella ¹³ Westerman et al. ¹¹	8 (61,54%)

As intervenções orientadas para a melhoria de sintomas, como a fadiga, podem reduzir suas consequências secundárias, auxiliando numa melhor percepção da qualidade de vida, além de contribuir em evitar a necessidade de atendimentos de emergência ou internação hospitalar no final da vida. O ambiente social é também um fator importante para a compreensão dos ajustes do paciente à sua condição/situação¹³, como para o desenvolvimento de intervenções para ajudá-los a controlar seus sintomas e adaptarem-se aos desafios associados à trajetória da doença.

A fadiga é um sintoma de difícil manejo pelos profissionais da saúde²³ e esta, muitas vezes, ainda é agravada pela ocorrência concomitante de uma cascata de sintomas. Borneman et al.²⁴ identificaram numerosos obstáculos para a gestão eficaz da fadiga, como a existência de barreiras por parte do paciente, do profissional de saúde e do sistema de saúde. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde, as disparidades raciais ou étnicas em determinados grupos populacionais e a dificuldade de comunicação com os prestadores de serviço podem estar relacionadas à dificuldade de manejo da doença e dos sintomas adversos¹³.

As dificuldades no manejo da fadiga foram corroboradas pelos achados de Ashbury, Findla, Reynolds e McKerracher²⁵, segundo os quais os pacientes estão satisfeitos com o tratamento para o câncer, mas não com a atenção dada aos sintomas, especialmente à fadiga. Uma das alternativas apontadas para a superação dessas dificuldades seria a escuta por parte dos profissionais de

saúde, em relação à forma como o paciente e seu cuidador estão se adaptando à doença, entre outras¹³.

Por fim, embora os artigos analisados tenham conteúdos relevantes para a compreensão dos fatores psicossociais associados à fadiga e seu enfrentamento por pacientes com câncer de pulmão submetidos a tratamento quimioterápico, os resultados não permitem afirmar que as evidências identificadas sejam cientificamente relevantes. A avaliação dos estudos selecionados, baseada na classificação hierárquica das evidências de Stedler et al.⁸, apontou que a maior parte dos artigos apresenta evidências científicas de qualidade metodológica limitada.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho apontaram que a fadiga é um sintoma prevalente em pessoas diagnosticadas com câncer de pulmão, submetidas a tratamento quimioterápico. Indicaram a necessidade de considerar os aspectos psicossociais e culturais associados à fadiga, assim como as estratégias de manejo da fadiga e de enfrentamento do câncer e dos sintomas a ele associados.

Entretanto, são necessárias novas pesquisas com desenhos de mais elevada qualidade metodológica, como ensaios clínicos randomizados controlados, que ofereçam melhores evidências científicas relativas ao tema da fadiga de pacientes com câncer de pulmão tanto entre aqueles submetidos a tratamento modificador da doença como entre aqueles que estão em cuidados paliativos.

CONTRIBUIÇÕES

Renata Carvalho Cardoso participou do desenho do estudo; coleta e análise dos dados e preparação do manuscrito. Marysia Mara Rodrigues do Prado de Carlo participou da concepção e orientação da pesquisa; definição metodológica; análise dos dados e revisão crítica do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
- Naime FF, Younes RN, Kersten BG, Anelli A, Beato CA, Andrade RM, et al. Metastatic non-small cell lung cancer in Brazil: treatment heterogeneity in routine clinical practice. *Clinics (São Paulo)* 2007; 62(4): 397-404.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue. version 1. 2009. Search under Guidelines for

- supportive care. Jenkintown: National Comprehensive Cancer Network; 2009 [acesso 2011 Mar. 10]. Disponível em: <http://www.nccn.org>.
4. Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breitbart W. Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology* (Williston Park). 1998; 12(11A):369-77.
 5. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011 [acesso 2011 Mar. 10]. Disponível em: www.cochrane-handbook.org.
 6. Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Bras Reumatol*. 2004; 44(6):403-9.
 7. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Lat Am Enferm*. 2006; 14(1): 124-31.
 8. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.
 9. Schneider SM, Hood LE. Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 2007 January; 34(1): 39-46.
 10. Temel JS, Greer JA, Goldberg S, Vogel PD, Sullivan M, Pirl WF, et al. A structured exercise program for patients with advanced non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2009; 4(5):595-601.
 11. Westerman MJ, The AM, Sprangers MA, Groen HJ, van der Wal G, Hak T. Small-cell lung cancer patients are just 'a little bit' tired: response shift and self-presentation in the measurement of fatigue. *Qual Life Res*. 2007; 16(5):853-61. Epub 2007 Feb 15.
 12. Porter L, Keefe F, Garst J, McBride C, Baucom D. Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: Associations with symptoms and distress. *Pain*. 2008; 137(2):306-15. Epub 2007 Oct 17.
 13. Rao D, Debb S, Blitz D, Choi SW, Cella D. Racial/Ethnic differences in the health-related quality of life of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36(5):488-96. Epub 2008 May 27.
 14. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage*. 2010; 40(2):174-82. Epub 2010 Jun 25.
 15. Basch E, Jia X, Heller G, Barz A, Sit L, Fruscione M, et al. Adverse symptom event reporting by patients vs clinicians: relationships with clinical outcomes. *J Natl Cancer Inst*. 2009; 101(23):1624-32. Epub 2009 Nov 17.
 16. Kozachik SL, Bandeen-Roche K. Predictors of patterns of pain, fatigue, and insomnia during the first year after a cancer diagnosis in the elderly. *Cancer Nurs*. 2008. 31(5):334-44.
 17. Lis CG, Rodeghier M, Grutsch JF, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. *BMC Health Serv Res*. 2009; 21;9:190. doi: 10.1186/1472-6963-9-190.
 18. Barbera L, Seow H, Howell D, Sutradhar R, Earle C, Liu Y, et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer*. 2010; 116(24):5767-76. Epub 2010 Nov 8.
 19. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ*. 2010; 182(6):563-8. Epub 2010 Mar 15.
 20. Shi Q, Smith TG, Michonski JD, Stein KD, Kaw C, Cleeland CS. Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Cancer*. 2011; 117(12):2779-90. Comment in: Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. [Cancer. 2012].
 21. Hung R, Krebs P, Coups EJ, Feinstein MB, Park BJ, Burkhalter J, et al. Fatigue and functional impairment in early-stage non-small cell lung cancer survivors. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(2): 426-35. Epub 2011 Jan 8.
 22. Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:102. doi: 10.1186/1477-7525-7-102.
 23. Mota DDCE, Pimenta CAM. Fadiga em pacientes com câncer avançado. *Rev Bras Cancerol*. 2002; 48(4): 577-83.
 24. Borneman T, Piper BF, Sun VC, Koczywas M, Uman G, Ferrell B. Implementing the Fatigue Guidelines at one NCCN member institution: process and outcomes. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007; 5(10): 1092-101.
 25. Ashbury F, Findlay MA, Reynolds B, McKerracher K. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage* 1998; 16(5):298-306.

Cardoso RC, De Carlo MMR

Abstract

Introduction: The fatigue is a symptom of great impact on the quality of life of cancer patients, but it is rarely diagnosed and treated by health professionals. **Objective:** Summarize the main findings of researches and critically analyze the evidences relating to the identification of fatigue as adverse symptoms associated with lung cancer, from the national and international scientific production over the last five years. **Method:** The survey was conducted on the electronic databases MEDLINE, LILACS, PEDro and virtual library SciELO, using the following keywords and their synonyms: fatigue, fatigue related to cancer, lung cancer and palliative care, as well as their equivalents in English. Thirteen articles published on international journals were selected, categorized into two units of analysis – 1. Cultural and psychosocial aspects related to fatigue and 2. Fatigue as an adverse symptom of lung cancer - and their scientific evidence were analyzed. **Results:** There are evidences that lung cancer is associated to high burden of symptoms such as fatigue, whose presence influences the performance of daily activities, is related to the prediction of disease relapse, decreased survival and conducting assistance in emergency room or hospitalization at the end of life. **Conclusion:** The results showed a high prevalence of fatigue in this population and the need for further studies, with methodological designs of better quality and highest levels of scientific evidence results.

Key words: Humans; Fatigue; Lung Neoplasms; Palliative Care; Quality of Life

Resumen

Introducción: La fatiga es un síntoma de gran impacto en la calidad de vida de pacientes con cáncer, pero rara vez se diagnostica y es poco tratada por profesionales de la salud. **Objetivo:** Resumir los principales resultados de la investigación y analizar críticamente las evidencias relacionadas con la identificación de la fatiga como síntoma adverso asociado con el cáncer de pulmón en la producción científica nacional e internacional en los últimos cinco años. **Método:** Se realizó una investigación en las bases de datos electrónicos MEDLINE, LILACS, OTSeeker y PEDro así como en la biblioteca virtual SciELO, con los descriptores y sus sinónimos: fatiga, fatiga relacionada con el cáncer, cáncer de pulmón y cuidados paliativos, así como sus equivalentes en inglés. Fueron seleccionados 13 artículos publicados en periódicos internacionales, clasificados en dos unidades de análisis 1. Aspectos culturales e psicosociales relacionados a la fatiga; 2. La fatiga como síntoma adverso al cáncer de pulmón - y se analizaron sus evidencias científicas. **Resultados:** Hay evidencia de que el cáncer de pulmón está relacionado con una alta carga de síntomas como la fatiga, cuya presencia influye en el desempeño de actividades diarias, está relacionado con la predicción de la reincidencia de la enfermedad, reducción de la supervivencia y el hecho de internaciones en emergencias u hospitalizaciones en final de vida. **Conclusión:** Los resultados indicaron una alta prevalencia de la fatiga en esta población y la necesidad de nuevos estudios, con diseños metodológicos de mejor calidad y resultados de más altos niveles de evidencia científica. **Palabras clave:** Humanos; Fatiga; Neoplasias Pulmonares; Cuidados Paliativos; Calidad de Vida