**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Validação e Reprodutibilidade de dois Questionários
específicos para avaliar Qualidade de Vida de
pacientes com Câncer de Ovário**

Débora Schroeter

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Dr^a Maria do Rosário
Dias de Oliveira Latorre**

**São Paulo
2011**

Validação e Reprodutibilidade de dois Questionários específicos para avaliar Qualidade de Vida de pacientes com Câncer de Ovário

Débora Schroeter

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Prof^a Dr^a Maria do Rosário
Dias de Oliveira Latorre**

**São Paulo
2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

*A todas as mulheres que participaram do estudo e que compartilharam comigo seus
saberes, dúvidas, medo e inseguranças...
Dedico-lhes a minha conquista com a mais profunda admiração e respeito.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado força e sabedoria. Obrigada pela Sua companhia em todos os instantes de minha vida.

A **Profª Drª Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre**. Muito obrigada pelo carinho, atenção e compreensão nessa jornada. Agradeço o crescimento proporcionado durante essa convivência, pelo exemplo de profissional e pesquisadora, pelo apoio durante todo o trabalho.

Aos meus queridos **pais Guido e Cléria** que souberam despertar em mim o desejo de aprender e me ensinaram a crescer na vida com dignidade e respeito pelas pessoas. Minha eterna gratidão por tudo!

Ao meu querido **irmão Guilherme** pelo apoio e compreensão.

Ao meu querido **esposo Fabiano** que esteve ao meu lado em cada fase dessa caminhada. Muito obrigada pelo carinho, atenção, apoio e compreensão em todos os momentos. Essa conquista também é sua.

Aos meus queridos **avôs Wilma e Eraldo** (*in memoriam*).

As minhas queridas **amigas Aline, Fernanda, Luana, Lizis, Stela, Alessandra e Alexandra** pelo apoio e amizade.

A **equipe de Ginecologia Oncológica do Hospital AC Camargo**, em especial ao **Drº Glauco Baiocchi Neto**.

A **equipe de Oncologia Clínica**, em especial, **Drª Andréia Paiva Gadelha Guimarães e Drª Solange Moraes Sanches**.

Ao grupo do Registro de Câncer **Aryane, Lucinda, Iza e Rita**.

À querida **Elisabete Margarida Nassar Ribeiro** pela atenção e prestatividade.

Obrigada aos **professores da FSP-USP** por tantos ensinamentos e desafios.

Obrigada ao **CNPq** pelo apoio e ao **Hospital AC Camargo** pela oportunidade.

Obrigada a **equipe do Centro de Combate ao Câncer (CCC)** pelo apoio, incentivo e compreensão.

Obrigada à querida **Ana Kuninari** pela revisão final do texto.

RESUMO

Schroeter D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar a Qualidade de Vida de pacientes com Câncer de Ovário** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Introdução: O câncer de ovário é considerado a primeira causa de óbito entre os tumores ginecológicos. Entretanto, com os avanços nos tratamentos as pacientes com câncer de ovário apresentam uma sobrevida maior, sendo fundamental discutir sua qualidade de vida. **Objetivos:** Validar e analisar a confiabilidade de dois questionários existentes na literatura, a saber: EORTC-OV28 e FACT-O e avaliar a compreensão, preferência e aceitação dos mesmos. **Metodologia:** O estudo foi realizado nos Ambulatórios de Ginecologia Oncológica e Oncologia Clínica do Hospital do Câncer AC Camargo – São Paulo. Foram analisadas 114 mulheres com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer estágio da doença. Para cada questionário foi analisada a consistência interna (alpha de Cronbach), a validade de constructo convergente (coeficiente de correlação de Spearman com os domínios do questionário SF-36 e HADS), a validade de constructo discriminante (comparação das médias dos escores, segundo estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV), Karnofsky (80-100% x 50-70%), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento)) e analisado o grau de compreensão dos mesmos. A reprodutibilidade foi verificada após duas semanas e foi analisada por meio da comparação de médias (Wilcoxon), coeficiente de correlação intra-classe e gráficos de Bland-Altman. **Resultados:** As escalas de sintomas dos questionários EORTC-OV28 e bem estar familiar do FACT-O, respectivamente, apresentaram valor de alpha de Cronbach 0,85 e 0,79. A maioria das escalas apresentou correlação significativa com os domínios do SF-36 e HADS e foi capaz de discriminar entre os grupos de comparação. Ambos apresentaram boa compreensão. Quanto ao tempo de preenchimento o questionário EORTC-OV 28 apresentou menor média (5,10 min.). Todos os questionários apresentaram bons índices de reprodutibilidade. **Conclusões:** O questionário EORTC OV 28 apresentou melhores parâmetros de validade, mas as demais análises foram muito semelhantes entre os questionários. A escolha do questionário a ser aplicado pelo pesquisador dependerá dos aspectos considerados por ele relevantes na pesquisa.

Descritores: Qualidade de vida, câncer de ovário, questionários.

ABSTRACT

Schroeter D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar a Qualidade de Vida de pacientes com Câncer de Ovário/ Validation and reproducibility of two specific questionnaires to assess Quality of Life of Patients with Ovarian Cancer** [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Introduction: Ovarian cancer is considered the main cause of death among gynecological tumors. Therefore, ovarian cancer patients have presented higher survival rates due to advances in treatments and it becomes necessary to discuss quality of life. **Aim:** Validate and analyze the reliability of two questionnaires in the literature, namely OV28-EORTC and FACT-O and assess comprehension, preference and acceptance. **Methodology:** This study was conducted in outpatient clinics of Gynecology Oncology and Medical Oncology at the Cancer Hospital AC Camargo - São Paulo. The total amount of subjects analyzed was 114 women diagnosed with ovarian cancer at any stage of the disease. Moreover, in each questionnaire, internal consistency (Cronbach's alpha), the convergent construct validity (Spearman correlation coefficient with domains of the SF-36 and HADS), the discriminant construct validity (comparison of mean scores of the second stage initial (I and II) x advanced (III and IV), Karnofsky (80-100% vs. 50-70%), current disease (without evidence of disease X with evidence of disease), current treatment (treatment and post treatment) and degree of understanding were analysed. Reproducibility was checked after 2 weeks and analyzed by comparing means (Wilcoxon), coefficient of intraclass correlation and Bland-Altman. **Results:** The prognostic scales of the EORTC questionnaires OV28-and family welfare of the FACT-O, had a Cronbach alpha value of 0.85 and 0.79, respectively. The majority of scales correlated significantly with the SF-36 and HADS; nonetheless, the ability of differentiation between comparison groups could be realised; therefore. both have presented good understanding. The questionnaire EORTC OV-28 had a lower average (5.10 min) in relation to the time spending to complete it. Furthermore, all questionnaires showed good levels of reproducibility. **Conclusions:** To sum up, the questionnaire EORTC OV 28 presented the best validity parameters, although the analysis were very similar between the questionnaires. Therefore, the investigator should firstly, consider which are the required aspects to evaluate to be able to make the correct choice.

Keywords: Quality of life, ovarian cancer, questionnaires.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Câncer de Ovário: aspectos epidemiológicos, clínicos e de tratamento	01
1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	13
1.3 Instrumentos para medir Qualidade de Vida Relacionada à Saúde: o	16
câncer de ovário	
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 MATERIAL E MÉTODOS	23
3.1 Casuística	23
3.2 Metodologia	24
3.3 Instrumentos Utilizados para a Coleta de Dados	26
3.3.1 Questionário de características sociodemográficas e clínicas	26
3.3.2 Escala de <i>Performance</i> Karnofsky	26
3.3.3 Questionário de Qualidade de Vida <i>European Organization for</i>	27
<i>Research and Treatment of Cancer</i> (EORTC-C30)	
3.3.4 Questionário de Qualidade de Vida <i>European Organization for</i>	31
<i>Research and Treatment of Cancer</i> (EORTC-OV28)	
3.3.5 Questionário de Qualidade de Vida <i>Functional Assessment of</i>	34
<i>Cancer Therapy – Ovarian Cancer</i> (FACT-O)	
3.3.6 Questionário de Qualidade de Vida <i>Short-Form Health Survey</i> (SF-	38

36)	
3.3.7 HADS (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>)	41
3.3.8 Avaliação do grau de entendimento das questões e dos questionários	42
3.3.9 Tempo de preenchimento	43
3.4 Variáveis de Estudo	43
3.5 Análise dos Dados	45
3.5.1 Digitação da base de dados	45
3.5.2 Caracterização da amostra	45
3.5.3 Propriedades de Mensuração	45
3.5.3.1 Análise da Confiabilidade	45
3.5.3.1.1 Consistência Interna	45
3.5.3.1.2 Reprodutibilidade (teste-reteste)	46
3.5.3.2 Análise da Validade	47
3.5.3.3 Análise do entendimento das questões e questionário	48
3.5.3.4 Comparação dos tempos	49
3.5.3.5 Escolha do melhor questionário	49
3.6 Programas de Computador (Softwares)	50
3.7 Aspectos Éticos	50
4 RESULTADOS	51
4.1 Caracterização da amostra	51
4.2 Adaptação para o português do questionário de Qualidade de Vida específico para Câncer de Ovário - <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer- EORTC-OV28</i>	55
4.3 Questionário de Qualidade de Vida- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer- EORTC-C30</i>	57
4.3.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna	57

4.4 Questionário de Qualidade de Vida- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>- EORTC-OV28	60
4.4.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna	60
4.5 Questionário de Qualidade de Vida- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovarian Cancer</i> -FACT-O	63
4.5.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna	63
4.6 Descrição Questionário de Qualidade de Vida – <i>Short-Form Health Survey</i>- SF-36	69
4.7 Descrição HADS (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>)	70
4.8 Reprodutibilidade	70
4.9 Validade de Constructo	74
4.9.1 Validade de Constructo Convergente	74
4.9.2 Validade de Constructo Discriminante	76
4.10 Avaliação do grau de entendimento das questões e questionário	79
4.10.1 Grau de entendimento das questões	79
4.10.2 Grau de entendimento dos questionários	81
4.11 Tempo de preenchimento dos questionários	82
4.12 Escolha do melhor questionário	83
5 DISCUSSÃO	86
5.1 Questionário de Qualidade de Vida- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i> -EORTC-OV28	89
5.2 Questionário de Qualidade de Vida- <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovarian Cancer</i> FACT-O	92
5.3 Comparação dos questionários	93
6 CONCLUSÕES	97
7 REFERÊNCIAS	99

ANEXOS

ANEXO 1- Estadiamento do tumor de ovário	108
ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
ANEXO 3- Dados demográficos e clínicos	113
ANEXO 4- Escala de Performance Karnofsky	115
ANEXO 5- Questionário EORTC-QLQ-C30	117
ANEXO 6- Questionário EORTC-QLQ-OV 28	120
ANEXO 7- Questionário FACT-O	123
ANEXO 8- Questionário SF-36	127
ANEXO 9- Escala HAD	132
ANEXO 10- Cálculo da escala EORTC-QLQ-C30	134
ANEXO 11- Cálculo da escala EORTC- QLQ-OV 28	136
ANEXO 12- Cálculo do FACT-O	138
ANEXO 13- Análise do grau de entendimento	141
ANEXO 14- Autorização do EORTC OV28	143
ANEXO 15- Autorização do FACT-O	145
ANEXO 16- Aprovação do comitê de ética- Hospital AC Camargo	148
ANEXO 17- Aprovação do comitê de ética-Faculdade de Saúde Pública	151
ANEXO 18- Ata do exame de qualificação	153
 CURRÍCULO LATTES	 155

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário EORTC-C30	30
Quadro 2- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário EORTC-OV 28	33
Quadro 3- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário FACT-O	37
Quadro 4- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário SF-36	40
Quadro 5- Cálculo dos escores da HADS	41
Quadro 6- Pontuação do escore da HADS	42
Quadro 7- Características sociodemográficas e clínicas das pacientes	43
Quadros 8- Variáveis dos questionários de qualidade de vida e da escala análogo-visual	44
 Quadro 9- Resumo da consistência interna, validade convergente, validade discriminante, média de entendimento dos questionários e das questões, tempo médio e reprodutibilidade dos questionários. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	85
 Tabela 1- Número e porcentagem de mulheres, segundo as características sociodemográficas. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	52
Tabela 2- Número e porcentagem de mulheres, segundo as características clínicas. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	54
Tabela 3- Número e porcentagem de mulheres, segundo a histologia. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	55
Tabela 4- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Saúde Global, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	57
Tabela 5- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Funcional, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	58
Tabela 6- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Sintomas, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	59
Tabela 7- Análise descritiva e consistência interna das escalas do questionário	60

qualidade de vida EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 8- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a 61
escala Funcional, do questionário EORTC-OV28. Hospital AC Camargo,
março a julho de 2010.

Tabela 9- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a 62
escala Sintomas, do questionário EORTC-OV 28. Hospital AC Camargo,
março a julho de 2010.

Tabela 10- Análise descritiva e consistência interna das escalas e sub-escalas 63
do questionário qualidade de vida EORTC-OV 28. Hospital AC Camargo,
março a julho de 2010.

Tabela 11- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o 64
Domínio Bem-estar Físico, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo,
março a julho de 2010.

Tabela 12- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o 65
Domínio Bem-estar Familiar, do questionário FACT-O. Hospital AC
Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 13- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o 66
Domínio Bem-estar Emocional, do questionário FACT-O. Hospital AC
Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 14- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o 67
Domínio Bem-estar Funcional, do questionário FACT-O. Hospital AC
Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 15- Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o 68
Domínio de Preocupações Adicionais- Câncer de Ovário, do questionário
FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 16- Análise descritiva e consistência interna do questionário FACT-O. 69
Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 17- Estatística descritiva das perguntas do questionário qualidade de 69
vida SF-36. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 18- Estatística descritiva das perguntas da Escala HAD. Hospital AC 70
Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 19- Comparação das médias nos momentos 1 e 2 das escalas/domínios 71
dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28 e FACT-O. Hospital AC

Camargo, março a julho de 2010.

Tabela 20- Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os questionários e o SF-36 e o HADS. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 75

Tabela 21- Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação a estágio (inicial e avançado). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 76

Tabela 22- Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação a escala de Karnofsky (80-100% e 50-70%). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 77

Tabela 23- Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação a doença atual (sem evidência e com evidência). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 78

Tabela 24- Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação ao tratamento atual (em tratamento e pós-tratamento). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 79

Tabela 25- Número de pacientes, segundo grau de entendimento de cada questão do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 80

Tabela 26- Número de pacientes, segundo grau de entendimento de cada questão do questionário EORTC-OV 28. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 80

Tabela 27- Número de pacientes, segundo grau de entendimento de cada questão do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 81

Tabela 28- Estatística descritiva do grau de entendimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 81

Tabela 29- Estatística descritiva do tempo de preenchimento (em minutos) dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010. 82

Gráfico 1- Coeficientes padronizados de incidência e mortalidade de câncer de ovário, segundo o ano. São Paulo, Brasil, 1997-2007. 06

Figura 1- Escala verbal-numérica para analisar o grau de entendimento	42
Figura 2- Diagrama de dispersão dos questionários, nos dois momentos (teste- reteste). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	72
Figura 3- Gráficos Bland-Altman para os questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28, FACT-O e seus domínios/escalas, nos momentos 1 e 2. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	73
Figura 4- Médias e respectivos intervalos de 95% de confiança do grau de entendimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	82
Figura 5- Médias e respectivos intervalos de 95% de confiança do tempo (minutos) de preenchimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV 28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.	83

SIGLAS UTILIZADAS E ABREVIATURAS

BRCA-Breast Cancer

CNPQ- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

EORTC QLQ- European Organization for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life

FACT- Functional Assessment of Cancer Therapy

FACT TOI- Functional Assessment of Cancer Therapy- Trial Outcome Index

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale

IARC- International Agency for Research on Cancer

INCA- Instituto Nacional de Câncer

MOS SF- Medical Outcomes Study/ Short-Form

NCI- National Cancer Institute

OMS- Organização Mundial da Saúde

QV- Qualidade de vida

QVRS- Qualidade de vida relacionada à saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer de Ovário: aspectos epidemiológicos, clínicos e de tratamento

Câncer é o termo empregado para designar um grupo de mais de cem doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, sendo também denominado de neoplasia ou tumor maligno. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células nos tecidos e órgãos, que podem invadir partes adjacentes do corpo e espalhar-se a outros órgãos, sendo esse processo chamado de metástase, que é a causa principal de mortalidade pelo câncer (DEVITA, 2005).

Em 2008, a *International Agency for Research on Cancer* (IARC)/ Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que ocorreram 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões), cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer hepático (699 mil óbitos). Para a América Latina, foi estimado cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos em 2008. Em homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago e cólon e reto. Nas mulheres, o mais frequente foi o câncer de mama, seguido do de colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão (WORLD CANCER REPORT, 2008).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010 apontaram para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, seriam os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (INCA, 2011).

A distribuição dos casos novos de câncer, segundo localização primária, mostra-se heterogênea entre os estados e as capitais do país, o que fica em evidência ao observar-se a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (INCA, 2011).

O câncer de ovário é considerado a primeira causa de óbito entre os tumores ginecológicos e a quinta causa entre o total de óbitos que acometem as mulheres (MERCADO, 2010).

A incidência do câncer de ovário varia muito entre países. Em geral, as taxas de incidência são maiores em países desenvolvidos. Países do norte da Europa como Polônia, Reino Unido e Suíça apresentam a maior taxa ajustada pela idade (11-13 casos/100 mil mulheres), sendo que a Espanha e outros países do sul da Europa possuem taxas mais baixas (9-10 casos/ 100 mil mulheres). Em países da Ásia, como China e Japão, as taxas são ainda mais baixas (< 7 casos/100 mil mulheres) (ADAMI, HUNTER e TRICHOPOULOS, 2008).

De acordo com dados do *NATIONAL CANCER INSTITUTE* (NCI, 2010), nos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 2010, foram estimados 21880 casos novos de câncer de ovário e 13850 mortes de mulheres com este câncer (SEER, 2010).

Segundo dados do *GLOBOCAN/INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER* (2008), a incidência do câncer de ovário ajustada pela idade no Brasil é de 5,6/100 mil casos e a taxa de mortalidade ajustada pela idade é de 3,0/100 mil.

No Brasil, o câncer de ovário ocupa a sétima posição em incidência entre as neoplasias malignas da mulher e a segunda posição quando considerado apenas o sistema reprodutor feminino (GUIMARÃES, 2006).

Segundo dados do Registro de Câncer de Base Populacional do município de São Paulo, no período de 1997-2008 houve 29.126 casos novos de câncer ginecológico, sendo que destes, 23% foram tumores de ovários, representando o segundo tipo mais frequente no período. Em relação aos óbitos, houve 8.015 casos e, destes, 31% foram óbitos de pacientes com câncer de ovário (RCBP, 2011).

Os ovários são órgãos pares situados no interior da pelve. São órgãos sólidos de forma oval, com 2 a 4 cm de diâmetro, conectados por uma prega peritoneal ao ligamento largo e pelo infundíbulo pélvico à parede pélvica lateral (RICCI et al, 2008).

Os ovários permanecem em repouso durante a infância e seu início de atividade caracteriza a puberdade. O desenvolvimento do sistema hipotálamo-hipófise-ovariano determina a produção cíclica dos folículos ovarianos e dos hormônios sexuais esteróides, caracterizando a menacme e a fase funcional dos ovários. A menopausa ocorre por cessação permanente da menstruação por falência ovariana.

Os ovários são estruturas fundamentais na vida feminina e sua função está relacionada ao desenvolvimento e reprodução (BEREK, 2008). São estruturas complexas do ponto de vista embriológico, fisiológico e histológico. São formados a partir dos três folhetos embrionários, o que determina uma ampla variedade de doenças benignas e malignas (BARBER, 1984).

A patogênese do câncer de ovário, bem como sua história natural, é incerta. A etiologia é multifatorial e, segundo GUIMARÃES (2006) há três hipóteses para a ocorrência desta topografia.

A ovulação incessante pode ser responsável por pequenos traumatismos repetidos sobre a superfície epitelial do ovário, levando a um aumento do índice de proliferação epitelial e um aumento do número de mitoses nas células próximas ao local de ovulação (teoria mais aceita). Outra causa poderia ser os níveis elevados de gonadotrofinas que aumentariam o risco desse câncer. Por fim, a contaminação por agentes químicos poderia aumentar o risco entre as usuárias de talco com asbesto para higiene íntima.

O câncer de ovário é raro em mulheres com idade abaixo do 40 anos e o risco aumenta significativamente após os 40 anos, com pico entre 65 e 79 anos (ADAMI, HUNTER e TRICHOPOULOS, 2008).

Múltiplos fatores estão associados com o aumento do risco de câncer de ovário. Dentre eles, destacam-se mulheres da raça branca, residentes em cidades industrializadas onde se usou o talco que continha asbesto. Também fatores dietéticos, como alimentos ricos em gorduras e o consumo de produtos derivados de leite, podem

ter alguma associação com o aumento desse risco (CHANG et al, 2006). Ainda, terapia de reposição hormonal em mulheres na pós menopausa, drogas indutoras da ovulação e mutações do gene BRCA 1 e 2 correlacionam-se com aumento no risco da doença (RICCI et al, 2008).

Algumas condições estão associadas à redução do risco, como uso de contraceptivos hormonais orais, ter tido gestação a termo, a amamentação, ter realizado ligadura tubária ou histerectomia (RICCI et al, 2008).

O câncer de ovário hereditário encontra-se em 10% dos casos. Está relacionado ao gene BRCA 1 em 90% casos de câncer mama/ovário. Na mutação BRCA1, o risco estimado de câncer de ovário é de 35-60% e na mutação BRCA2, o risco estimado é de 10-27% (NETO, 2010).

Na maioria dos países desenvolvidos, as taxas de incidência têm permanecido relativamente estáveis ao longo dos últimos 25 anos. No entanto, observa-se que essa taxa está aumentando nas mulheres mais velhas e diminuindo nas mulheres mais jovens. As taxas de declínio podem ser explicadas em parte pelos efeitos protetores do uso de contraceptivos orais entre as mulheres mais jovens. Em países de baixo risco, as taxas de incidência têm aumentado moderadamente durante esses últimos 25 anos (ADAMI, HUNTER e TRICHOPOULOS, 2008).

As taxas de incidência do câncer de ovário declinaram após 1992 em 2,6% e as de mortalidade, após 1991, em 1,7%. A paridade e o aumento do uso de anticoncepcionais orais podem explicar o declínio das taxas de câncer de ovário (KELLERT et al, 2009).

No município de São Paulo, de acordo com os dados do RCBP-SP (2011), a incidência vem caindo, porém a mortalidade tem se mantido constante (Gráfico 1).

Fonte: Registro de Câncer de base populacional do município de São Paulo, 2011.

A maioria dos tumores ovarianos é de origem epitelial. Destes, os carcinomas serosos são o tipo histológico mais comum, sendo responsáveis por, aproximadamente, 50% dos tumores epiteliais em mulheres na faixa etária dos 50 anos. Possuem apresentação cística e sólida, com superfície externa lisa ou com projeções papilares. São frequentemente bilaterais (30 a 40%) (GUIMARÃES, 2006).

As síndromes que acompanham o câncer epitelial de ovário são mama-ovário caracterizada pelo aparecimento de câncer de mama de padrão hereditário relacionado

ao câncer de ovário, onde os principais genes envolvidos são o BRCA1 e o BRCA2, e a síndrome de Lynch II, na qual se incluem cânceres de mama-ovário e endométrio-cólon (Guimarães, 2006). O risco durante a vida é de, aproximadamente, 1,4 a 1,8% nas mulheres sem risco familiar, aumentando para 28 a 40% naquelas com mutação do gene BRCA1 (RICCI et al, 2008).

Os carcinomas mucinosos representam o segundo tipo mais comum, sendo responsáveis por 10 a 15% dos tumores epiteliais. Possuem apresentação cística e multiloculada e adquirem grandes volumes. O acometimento bilateral é menos comum, ocorrendo em cerca de 5 a 10% dos casos. É comum em mulheres de 30 a 50 anos (RICCI et al, 2008).

Os carcinomas endometrióides são responsáveis por 10 a 25% dos tumores epiteliais malignos. Apresentam-se como tumores sólidos com pequenos cistos, sendo frequente a diferenciação escamosa. A bilateralidade ocorre em 30% dos casos e é mais comum em mulheres na sexta e sétima décadas de vida (GUIMARÃES, 2006).

Os carcinomas de células claras são responsáveis por, aproximadamente, 5% dos tumores epiteliais malignos. A maioria deles é, parcialmente, cística e tende a ser bilateral em 40% dos casos. Acomete mulheres na faixa etária de 40 a 78 anos (RICCI et al, 2008).

Os tumores de Brenner e o carcinoma de células transicionais assemelham-se histologicamente, mas diferem, porque o segundo não apresenta elementos benignos e pode disseminar-se além dos limites do ovário. São cistos de grande volume com massas poliplóides projetando-se na sua luz (RICCI et al, 2008).

Os tumores de células germinativas representam 10% a 20% das neoplasias ovarianas e atingem, principalmente, mulheres jovens. Apresenta-se como um tumor carnoso sólido de superfície lisa e são bilaterais em 10% dos casos (GUIMARÃES, 2006).

Os tumores do estroma de cordão sexual são menos comuns, geralmente são funcionantes, produzindo estrogênio e apresenta-se em qualquer idade (GUIMARÃES, 2006).

Há ainda os carcinomas chamados de baixo potencial maligno, conhecidos como *borderline* (SOUEN, 2001).

O estadiamento é sempre cirúrgico e segue a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (Anexo 1).

A localização do ovário na profundidade da pélvis dificulta o diagnóstico precoce do câncer de ovário e, por estar em contato com o peritônio, facilita a disseminação dessa neoplasia na forma de implantes. Não existe nenhum método de rastreamento (GUIMARÃES, 2006) e, aproximadamente, dois terços dos tumores são diagnosticados nos estádios III e ou IV (RICCI et al, 2008).

O câncer de ovário é o câncer ginecológico mais letal do mundo. A ausência de sinais e sintomas, aliada à falta de estratégias de rastreamento, contribui para que a doença seja diagnosticada em estágio avançado na maior parte das pacientes, resultando, assim, em baixas taxas de cura (INCA, 2010).

Nos estádios precoces, não há sintomas ou sinais clínicos que alertem para a sua ocorrência. A taxa de sobrevida em estágio inicial é de 85% a 95% após cinco anos.

Entretanto, apenas um terço dos casos é diagnosticado neste estágio. Entre as mulheres que estão em estágio avançado, a taxa de sobrevida é bem inferior, cerca de 10% a 30% (HAMIDOU et al, 2010; CHANG et al, 2006).

Os eventuais sintomas são inespecíficos, como dor abdominal, aumento do volume do abdômen, alterações ou desconforto dos hábitos intestinal e urinário, irregularidade menstrual e sintomas pélvicos (GOFF et al, 2000).

Em casos mais avançados, as pacientes podem apresentar desconforto abdominal e sintomas respiratórios associados, devido ao aumento da pressão intra-abdominal e da transudação de líquidos para a cavidade abdominal e pleural (GOFF et al, 2000).

A maioria dos cânceres de ovário é diagnosticada quando a doença encontra-se com disseminação peritoneal extensa ou metástases à distância. Todavia, 90% daquelas pacientes com câncer no estágio IA e 70% daquelas com estágio II podem ser curadas. Porém, isso ocorre em apenas 30% dos tumores de estádios III e IV. As pacientes com tumores limitados à pelve têm sobrevida de cinco anos em, aproximadamente, 50% dos casos (BREWER et al, 2003).

O tratamento inicial é sempre cirúrgico, pois permite avaliar as condições intra-abdominais e pélvicas estadiando o tumor e, principalmente, fazendo a citorredução máxima/ótima. Esta é considerada quando não há doença residual maior que 1 cm. A reabordagem cirúrgica ou “*second-look*” deve ser individualizada e encontra-se em desuso. A citorredução de intervalo é realizada quando a doença inicial é extensa e considerada irressecável, sendo realizada após três ciclos de quimioterapia neoadjuvante (NETO, 2010).

Alguns estudos antigos sugeriram a radioterapia abdomino-pélvica adjuvante quando o resíduo tumoral após a cirurgia fosse microscópico ou menor que 2 cm, porém essa modalidade foi abandonada, recomendando-se o tratamento quimioterápico. A radioterapia paliativa pode oferecer bons resultados na remissão sintomática de massas residuais ou recidivas após quimioterapia (NETO, 2010).

A quimioterapia é o tratamento mais eficaz. Está sempre indicado nos casos de doença avançada (estádios III e IV), geralmente após cirurgia citorrredutora ou como tratamento primário para os tumores não ressecáveis (RICCI et al, 2008). Atualmente, a recomendação para tratamento inicial do câncer de ovário epitelial é a quimioterapia adjuvante com a combinação de paclitaxel e carboplatina para pacientes com estádios IAG3, IBG2 ou G3; IC; II; III e histologia de células claras (NETO, 2010).

A quimioterapia intraperitoneal é utilizada em alguns casos isolada ou em combinação com quimioterapia endovenosa concomitantemente, porém sua toxicidade limita o seu uso (RICCI et al, 2008).

A recorrência tumoral após terapia inicial é o pior fator prognóstico. A recorrência apresenta limitada chance de cura e a resposta à quimioterapia de resgate é dependente da resposta inicial à platina e do intervalo livre de doença (quanto maior o intervalo livre de doença, maior a resposta à terapia de resgate). São consideradas sensíveis à platina, pacientes com recorrência após seis meses do término da quimioterapia inicial. As pacientes sensíveis são candidatas a receber, novamente, esquemas baseados em platina com taxas de resposta de, até 70 % (NETO, 2010).

A qualidade de vida das mulheres com câncer de ovário pode ser significativamente afetada pelos sintomas da doença e os efeitos adversos dos agentes quimioterápicos usados durante o tratamento (CULL et al, 2001). Existe uma complexa relação entre eficácia e toxicidade do tratamento, porém o impacto negativo na qualidade de vida das mulheres é evidente.

Além dos tradicionais sintomas que incluem perda de peso, inchaço, ascite, fadiga e dor ainda surgem os efeitos do tratamento como neutropenia, alopecia, disfunção sexual, neuropatia, incontências urinária e fecal, diminuição do paladar e do apetite, insônia, edema e diminuição da mobilidade. Um adicional a esses sintomas envolve o longo período em tratamento, necessitando ficar afastada da família e do trabalho. Esses efeitos combinados com os fatores quimioterapia, problemas físicos, psicológicos, emocionais, dificuldades financeiras e sociais contribuem para a diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde (GRZANKOWSKI e CARNEY, 2011).

Duas classes de agentes citotóxicos, taxano e platina, são drogas chaves para o tratamento da doença avançada, porém seus efeitos afetam significativamente a qualidade de vida. LAKUSTA et al (2001) acompanharam 60 mulheres em uso de agentes da platina (cisplatina e carboplatina). Mulheres que estavam em primeira linha de tratamento e utilizaram a cisplatina relataram mais falta de apetite, diarreia e náuseas do que as que utilizaram carboplatina em tratamento paliativo.

Nos casos em que as drogas possuem benefícios similares, preconiza-se utilizar aquelas que tragam menos efeitos, balanceando os riscos e as consequências para a

qualidade de vida. Muitas vezes, é possível a substituição de uma medicação por outra que traga menos toxicidade (GRZANKOWSKI e CARNEY, 2011).

Estudo realizado no Reino Unido acompanhou os efeitos apresentados por 415 mulheres que receberam quimioterapia intravenosa versus quimioterapia intraperitoneal. Os autores concluíram que as pacientes em tratamento intraperitoneal apresentaram mais desconforto abdominal e neurotoxicidade do que as pacientes em tratamento com terapia intravenosa. Observou-se que a neurotoxicidade nessas mulheres manteve-se alta após 12 meses desse procedimento (WENZEL, 2007).

Outro estudo mostrou que devido ao alto risco de incidência e severidade de mielossupressão, as pacientes em uso de docetaxel e carboplatina deviam fazer uso de fatores de crescimento para uma recuperação mais rápida da contagem hematológica (GUASTALLA e DIÉRAS, 2003).

É importante avaliar que não apenas o tratamento quimioterápico pode levar a uma diminuição de qualidade de vida. Mulheres após cirurgia apresentam limitações físicas e de mobilidade devido ao tempo prolongado de repouso e ao potencial de linfedema acarretando piora no dia a dia (GRZANKOWSKI e CARNEY, 2011).

Os problemas psicológicos e emocionais como ansiedade, depressão, dificuldades no casamento e comunicação interpessoal tendem a evoluir de acordo com o quadro clínico das pacientes (GRZANKOWSKI e CARNEY, 2011). Durante e após os tratamentos, podem surgir alterações de libido e vagina seca, menopausa prematura e deficiência de estrogênio (VON GRUENIGEN, 2009).

A probabilidade de recorrência da doença é relativamente alta após a cirurgia primária e a quimioterapia adjuvante. Esta alta taxa pode aumentar o estresse emocional. Outra fonte de estresse inclui o medo da morte, a progressão da doença e as mudanças nas relações sociais (BODURKA-BEVERS et al, 2000). A dependência financeira também impacta negativamente na qualidade de vida (GRZANKOWSKI e CARNEY, 2011).

1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

O interesse em mensurar a qualidade de vida em relação aos cuidados de saúde tem aumentado nos últimos anos. Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é controverso (FLECK et al, 2008).

O Grupo WHOQOL (*WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE*) considera qualidade de vida como um conceito amplo, incorporando de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL, 1995).

A definição proposta por este grupo é a mais aceita e conceitua Qualidade de Vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*” (WHOQOL, 1995).

Na área da saúde, duas tendências conceituais são observadas: qualidade de vida como termo geral (QV geral) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). No primeiro caso, apresenta-se mais ampla, sem fazer referência específica a disfunções ou agravos a saúde. No segundo caso, o conceito inclui aspectos diretamente associados às enfermidades ou a intervenções em saúde (SEIDL e ZANNON, 2004; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

A qualidade de vida relacionada à saúde, segundo PATRICK e ERIKSON, é “*o valor atribuído à duração da vida modificada por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento ou políticas públicas*” (PATRICK e ERIKSON, 1993).

CELLA et al (1993) propôs que a QVRS fosse avaliada em sete dimensões, a saber:

- Bem-estar físico: a experiência de sintomas físicos como dor, dispneia, náuseas.
- Bem-estar funcional: a capacidade de participar em atividades diárias normais, como trabalho e lazer.
- Bem-estar emocional: composta de estados afetivos positivos e negativos.
- Bem-estar familiar: a capacidade de manter as relações familiares e de comunicação.
- Funcionamento social: a capacidade de participar e apreciar os papéis sociais e atividades.
- Satisfação com o tratamento: como está se sentindo, incluindo também preocupações financeiras.

- Sexualidade: capacidade de manter a relação sexual, incluindo as preocupações com a imagem corporal.

O paciente é a melhor fonte de informação sobre a sua qualidade de vida, que é medida e definida, conforme a doença. Os efeitos secundários da terapia, bem como o significado atribuído pelos próprios pacientes aos seus benefícios e prejuízos, a curto, médio e longo prazo diferem, segundo a doença. O termo qualidade de vida engloba um conceito multidimensional que incorpora aspectos de saúde física, desempenho e bem estar, ou seja, não se limita apenas em mensurar os sintomas relacionados à doença e seu tratamento (BIERE et al, 2008).

Sob a perspectiva da área da saúde, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. A QVRS pode ser um indicador do impacto físico e psicossocial que as doenças acarretam nos indivíduos acometidos e, dessa forma, permite um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a alguma situação ou condição de saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

Medidas específicas para avaliar o resultado de uma doença ou o seu tratamento incluem quantidade e qualidade de vida e custo econômico. Embora tempo de sobrevida fosse anteriormente considerado o mais importante entre estes, o impacto da doença sobre a QVRS tem recebido crescente reconhecimento (GUYATT, 1993).

Na literatura internacional há diversas publicações com ensaios clínicos que utilizaram escores de qualidade de vida como variável de interesse em pacientes com câncer (SHIMOZUMA et al, 2000; LUOMA et al, 2003; GOODWIN, et al, 2004).

A oncologia foi a primeira especialidade a sentir a necessidade de avaliar as condições de vida de pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixado de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos” (FLECK, 2008).

1.3 Instrumentos para medir Qualidade de Vida Relacionada à Saúde: o câncer de ovário

Vários instrumentos estão disponíveis para a avaliação da QVRS. São divididos em instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são aplicáveis a todas as populações e podem ser preenchidos por pessoas com e sem doença. Esses instrumentos fornecem parâmetros para a comparação entre diversos grupos, tais como populações saudáveis e doentes, ou de diferentes grupos etários. Um exemplo desse tipo de instrumento é o Questionário Genérico de avaliação de qualidade de vida- *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (KAGAWA-SINGER, 2010; CICONELLI, 1999; CICONELLI, 2003).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de forma individual e sensível, proporcionando uma maior capacidade de avaliar a melhora ou piora de aspectos específicos. Têm como característica um grande potencial de ser sensível às alterações, detectar modificações após um determinado tratamento ou intervenção em uma dada condição de saúde. Comparado a outros tipos de instrumentos, estas medidas

proporcionam uma avaliação mais detalhada para doenças específicas e, também, a um tratamento específico relacionado com mudanças na QVRS (CICONELLI, 2003).

De acordo com a literatura, existem vários instrumentos ou índices utilizados para avaliar e mensurar a qualidade de vida de pacientes submetidos o tratamento oncológico (BONOMI et al, 1996).

Os questionários para avaliação de doenças específicas, como no câncer de ovário, são encontrados na literatura em protocolos clínicos, durante e após os tratamentos e em cuidados paliativos. SILVA e DERCHAIN, em uma revisão da literatura, identificaram os instrumentos mais utilizados e aceitos com a finalidade de avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico. Os três questionários mais utilizados em publicações foram o EORTC QLQ – *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Life Questionnaire*, o FACT-G – *Functional Assessment of Cancer Therapy – General Scale* (específicos para câncer) e o MOS SF-36 *Medical Outcomes Study Short Form – 36* (SILVA e DERCHAIN, 2006).

Como já citado, o SF-36 é um instrumento genérico de qualidade de vida, aborda questões gerais de saúde não sendo específico para nenhuma idade, doença e ou grupo de tratamento (FAYERS e MACHIN, 2007), não abordando questões específicas do câncer, especificamente, de ovário, o que seria importante no acompanhamento das pacientes. Assim, é adequado utilizar um instrumento específico.

Os grupos EORTC e FACIT apresentam como foco de estudo a qualidade de vida em pacientes com câncer. Ambos possuem um sistema de mensuração constituído

por um núcleo comum de itens, a partir dos quais foram desenvolvidos módulos específicos para os diferentes tipos de câncer.

A Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) foi fundada em 1962, por um grupo de oncologistas que trabalhavam com pesquisa em câncer tendo como principais objetivos: desenvolver, realizar, coordenar e estimular pesquisas em oncologia, não só por meio da avaliação da sobrevida, mas, também, em relação à qualidade de vida dos doentes (EORTC, 2009).

Em 1987 foi publicada a primeira versão do questionário para avaliação da qualidade de vida dos pacientes com câncer: o EORTC QLQ-C36, estruturado com 36 questões. Em 1993, foi publicada a versão do questionário EORTC QLQ-C30, que vem sendo aperfeiçoada e hoje está em sua terceira versão, datada do ano de 2000. O questionário já foi utilizado em vários idiomas, inclusive em português, e utilizado em diversos estudos em todo o mundo. O EORTC-C30 foi idealizado para ser suplementado por módulos adicionais que avaliam aspectos da qualidade de vida específicos para determinados grupos de pacientes (EORTC, 2001).

A criação de questionários específicos para a avaliação da qualidade de vida é essencial, pois proporciona maiores detalhes e informações relevantes em grupos específicos. Os primeiros módulos foram desenvolvidos para avaliar-se a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama, cabeça e pescoço, pulmão, esôfago e ovário (EORTC, 2001).

O módulo de câncer de ovário- OV 28 foi desenvolvido por CULL et al (2001) e validado, em 2003, em alguns países da Europa, demonstrando ser válido, confiável e

recomendado para avaliação da qualidade de vida em mulheres com este diagnóstico (GREIMEL et al, 2003). Também, foi validado e testado em Portugal, mas não foi validado e testado no Brasil (EORTC, 2008).

O FACIT (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores americanos em 1987, cuja missão é promover a utilização dos questionários de qualidade de vida como meio de melhorar o tratamento e o cuidado de doentes crônicos. O questionário para avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer é conhecido por FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Therapy-General*) e foi publicado em 1993. Atualmente, encontra-se em sua quarta versão. O FACT-G já foi utilizado em vários idiomas e são mais de 40 questionários que avaliam desde a qualidade de vida geral, como os específicos e os referentes a sintomas e tratamento do câncer (FACIT, 2009).

A escala para a avaliação específica da qualidade de vida em mulheres com câncer de ovário – FACT-O (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian Cancer*) – foi desenvolvida por BASEN-ENGQUIST (2001) e traduzida para vários países, inclusive o Brasil (FACT, 2009).

Para o pesquisador identificar qual o melhor instrumento a ser utilizado é necessário o conhecimento de alguns aspectos metodológicos.

A escolha de um questionário depende do objetivo do estudo e da população a ser avaliada. É importante definir-se o período de tempo a que se refere a avaliação: o momento presente, as últimas 24 horas, a última semana, ou qualquer outro período considerado relevante (BERTANI et al, 2005).

Outro aspecto a ser considerado é a forma de preenchimento recomendado pelos autores na aplicação do questionário utilizado. Existem várias formas de responder a um instrumento: colocando um sinal sobre uma linha (ex. escalas visuais analógicas), indicando uma unidade em uma escala (ex. escala de Likert), selecionando uma resposta de uma lista predefinida, apresentada por níveis de dificuldade (ex. escalas de Guttman). Os instrumentos podem ser auto-administrados, administrados apenas com a assistência de um entrevistador, administrado por entrevista ou por computador (PIMENTEL, 2006).

Outro detalhe que deve ser observado é a facilidade de compreensão dos itens e o tempo despendido na aplicação.

Existem ainda requisitos básicos extremamente relevantes em relação ao questionário, que são as propriedades psicométricas de confiabilidade e validade.

A confiabilidade de um instrumento, também denominada, precisão ou fidedignidade, é o grau de coerência com o qual o instrumento mede um atributo (PASQUALI, 2009). Atribui-se ao fato dos resultados serem reprodutíveis em diferentes ocasiões nas quais se mantiveram condições similares, inclusive, os mesmos indivíduos ou grupos de indivíduos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004)

A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade de medir aquilo que se propõe a medir (GUILLERMIN, 1995; PASQUALI, 2009).

Assim, para um instrumento ser utilizado na prática clínica é necessário ter suas propriedades avaliadas e testadas.

Observa-se que os estudos que avaliam a qualidade de vida em pacientes com câncer de ovário utilizam os questionários EORTC e o FACT, no entanto, a maioria não compara e avalia a preferência e aceitação dos mesmos, bem como o seu tempo de aplicação.

Assim, verifica-se que na hora de se escolher um questionário para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer de ovário depara-se com diversas questões: qual o mais fácil de ser aplicado? Qual avaliaria melhor a questão de qualidade de vida? Qual levaria menos tempo?

Por isso, neste trabalho será analisada a confiabilidade e a validação dos questionários EORTC- OV28 e FACT- O e a avaliação da preferência, aceitação e tempo de aplicação dos mesmos entre pacientes com câncer de ovário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.1.1 Analisar a confiabilidade e a validade de dois questionários específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de ovário.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Fazer a adaptação do questionário EORTC-OV28 para a língua portuguesa falada no Brasil.

2.2.2 Analisar a confiabilidade dos questionários EORTC- OV28 e FACT-O;

2.2.3 Analisar a validade de constructo dos questionários EORTC- OV28 e FACT-O;

2.2.4 Comparar a facilidade de compreensão dos questionários EORTC- OV28 e FACT-O;

2.2.5 Comparar a preferência e a aceitação das pacientes aos questionários EORTC-OV28 e FACT-O;

2.2.6 Comparar os tempos de aplicação dos questionários EORTC-OV 28 e FACT-O.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Casuística

O estudo foi realizado no Hospital do Câncer AC Camargo no município de São Paulo, no período de 02 de março a 30 de julho de 2010, por meio de amostra cumulativa.

Durante o período de coleta, 117 mulheres foram convidadas. Destas, 03 não aceitaram, alegando “estou sem tempo” (02 pacientes-1,7%) e “não estarei em São Paulo para a segunda etapa do estudo” (01 paciente-0,8%). Assim, a taxa de recusa foi de 2,5%. Com isso, foram incluídas 114 pacientes admitidas nos serviços de Ginecologia Oncológica e Oncologia Clínica, com diagnóstico de câncer de ovário tratado ou em tratamento, em qualquer estágio da doença.

O cálculo da amostra foi baseado nos estudos citados a seguir. O estudo de Basen-Engquist et al (BASEN-ENGQUIST et al, 2001) validou o FACT-O em pacientes com câncer de ovário. Neste estudo, o alfa de Chronbach variou de 0,74 a 0,92. No estudo de GREIMEL et al (GREIMEL et al, 2003), que desenvolveu o EORTC-OV 28, o alfa de Chronbach variou de 0,58 a 0,89. Baseado nestes resultados e assumindo um erro do tipo I de 5% e poder de 90%, estimou-se que seriam necessárias no mínimo, 38 pacientes para analisar a consistência interna.

Na análise discriminante uma das análises que se pretendeu fazer foi a comparação do grupo com doença inicial (estádios I e II) com o grupo de pacientes com doença avançada (estádios III e IV). No estudo de BASEN-ENGQUIST et al, cerca de 27% das pacientes tinham doença inicial. Se esta porcentagem fosse mantida, esperava-se ter dez pacientes com doença inicial no grupo de 38 pacientes. Por isso, para se garantir 30 pacientes no sub-grupo de doença inicial, decidiu-se estudar $38 \times 3 = 114$ pacientes com câncer de ovário. Neste estudo, 36,8% das pacientes estavam nos estádios iniciais. Com isso, observou-se que a amostra estava adequada à previsão feita inicialmente.

3.2 Metodologia

No dia da consulta de rotina, as mulheres eram convidadas pela pesquisadora D.S. para participarem do estudo. As pacientes eram encaminhadas para um consultório vago no próprio ambulatório, onde a pesquisadora apresentava a pesquisa, informava seus objetivos, o caráter voluntário de participação, o sigilo das informações e a forma de responder os questionários em diferentes momentos. Caso a paciente aceitasse participar, era assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

Após esta conversa, era realizada a coleta dos dados demográficos e clínicos, utilizando o formulário que se encontra no Anexo 3 e aplicada a Escala de Performance *Karnofsky* (Anexo 4).

A seguir, eram apresentados os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida (Anexos 5, 6 e 7). Estes foram respondidos alternadamente. Por fim, eram aplicados mais dois questionários: o *Short-Form Health Survey* (SF-36) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Anexos 8 e 9). Nesse primeiro momento, era perguntado se as pacientes queriam responder os questionários por conta própria, uma vez que estes podem ser auto-respondidos. Se a resposta fosse positiva, a pesquisadora entregava os questionários e realizava a busca de dados clínicos no prontuário a fim de deixá-la à vontade. O tempo era cronometrado para cada questionário. Se, por ventura, surgissem dúvidas, estas eram esclarecidas no ato. Algumas pacientes optaram por responder o questionário na forma de entrevista e, nesse caso, a pesquisadora lia as perguntas e assinalava as respostas. Das 114 pacientes, em 64 (56%) o questionário foi auto-respondido e em 50 (44%) foi feita de entrevista. No momento da entrevista, algumas estavam realizando a quimioterapia, assim deveriam deixar a braço/mão em repouso, outras não haviam trazido os óculos e algumas achavam que era mais rápido a pesquisadora ler as perguntas. A maioria preferiu responder os questionários após a consulta.

Após o término, as pacientes foram informadas que depois de 14 dias chegaria a sua casa (via correio) um envelope com os mesmos questionários e um envelope resposta já selado. A pesquisadora ligava para a casa da paciente após 14 dias da primeira entrevista, para lembrá-la de que os questionários deveriam ser respondidos em sua própria casa e que o envelope resposta deveria ser colocado no correio, pois já estava selado. Foram enviadas 114 cartas e, destas, retornaram 102 (89,5%).

Foi realizado um pré-teste deste estudo com 15 mulheres (número recomendado pelas duas organizações que autorizaram a validação de seus questionários). Este pré-teste foi importante não só para verificar se o tamanho da amostra era adequado, mas, também para verificar a taxa de retorno para estudo da reprodutibilidade.

3.3 Instrumentos utilizados para a coleta de dados

3.3.1 Questionário de características sócio- demográficas e clínicas

O questionário de características sócio- demográficas era composto por questões sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão e religião e as características clínicas eram coletadas dos prontuários (Anexo 3).

3.3.2 Escala de Performance *Karnofsky*

Esta escala classifica os pacientes de acordo como grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais. Ela pode ser utilizada para comparar a efetividade de diferentes terapias e para permitir prognóstico de pacientes individuais. Quanto menor a classificação na escala, pior a expectativa de recuperação de enfermidades ou retorno às atividades normais (varia de zero =morte a 100= atividades normais) (Anexo 4) (KARNOFSKY e BURCHENAL, 1949).

3.3.3 Questionário de Qualidade de Vida –*European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC-C30)

O questionário de qualidade de vida geral (EORTC–C30) é multidimensional e auto-administrável (Anexo 5). Tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer. Na primeira parte aborda questões gerais sobre o câncer, como sintomas, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com os cuidados médicos, independente do tipo de câncer. O EORTC possui diversos questionários específicos para determinados tipos de câncer, como o EORTC-OV28 para pacientes com câncer de ovário, EORTC-BR23 para pacientes com câncer de mama, EORTC-LC13 para câncer de pulmão, EORTC-HeN35 para câncer de cabeça e pescoço, entre outros. Qualquer questionário específico deve ser aplicado juntamente com o EORTC-C30 (EORTC, 2009).

O questionário EORTC-C30 consiste de 30 questões e avalia os sintomas nas últimas semanas. As respostas são apresentadas em forma de escala *Likert*. Neste questionário a escala segue a seguinte pontuação: 1 – não, 2 – pouco, 3 – moderadamente, e 4 – muito. Com exceção da escala saúde global, esta é composta por 2 perguntas que pedem ao paciente que classifique sua saúde geral e qualidade de vida na última semana, por meio de uma nota de 1 a 7, sendo 1 péssima e 7 ótima.

Todas as fórmulas para o cálculo das escalas estão no Quadro 1 e foram enviadas pela organização que detêm os direitos do questionário EORTC-C30 (Anexo 10).

Para o cálculo do escore, primeiramente é preciso seguir a divisão que é feita do questionário em 3 escalas, a saber:

- 1 Escala de saúde global (ESG): enfoca aspectos da saúde e da qualidade de vida gerais. É calculada, utilizando-se as questões 29 e 30;
- 2 Escala funcional (EF): enfoca os aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social. É calculada, utilizando-se as questões 1 a 7 e 20 a 27;
- 3 Escala de sintomas (ES): abordam questões sobre fadiga, dor, insônia, enjôo e outros sintomas. É calculada, utilizando-se as questões 8 a 19 e 28.

Os escores são calculados separadamente para cada escala, todos variando de 0 – 100. Nas escalas saúde global e funcional quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida; já para escala de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, pior a qualidade de vida.

Para o cálculo de cada escala, primeiramente é feita a média de pontuação para cada uma delas. A partir desta média tira-se 1 ponto e divide-se pela amplitude máxima da pontuação. No caso da escala funcional, para ter a direção positiva, antes de multiplicar por 100, a escala é revertida (1-escala). Assim, após os cálculos, quanto maior a escala funcional melhor é a qualidade de vida.

Se pelo menos metade das questões da escala forem respondidos, utiliza-se os escores de todas as questões que forem completas conforme a fórmula padrão, excluindo os itens não preenchidos na elaboração do cálculo.

Se houver mais da metade das questões não respondidas, calculam-se os itens com base em métodos de imputação (média, regressão, entre outros). Neste estudo isso não ocorreu.

Este questionário foi validado no Brasil por SILVA (SILVA, 2008) e demonstrou ser aplicável para a população avaliada.

Quadro 1 – Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário EORTC-C30.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
1 – Saúde Global	29 e 30	$\{ \{ [(Q_{29}+Q_{30}) / 2] - 1 \} / 6 \} * 100$	1	7	6
2 – Funcional	1 a 7; 20 a 27	$\{ 1 - \{ \{ [(Q_1+Q_2+Q_3+...+Q_7+Q_{20}+Q_{21}+Q_{22}+...+Q_{27}) / 15] - 1 \} / 3 \} \} * 100$	1	4	3
3 – Sintomas	8 a 19 e 28	$\{ \{ [(Q_8+Q_9+Q_{10}+...+Q_{16}+Q_{17}+Q_{18}+Q_{19}+Q_{28})/13]-1 \} / 3 \} * 100$	1	4	3

3.3.4 Questionário de Qualidade de Vida –*European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC-OV28)

Em 2001, a Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) desenvolveu e validou transculturalmente o módulo para avaliação da qualidade de vida especialmente para pacientes com diagnóstico de câncer de ovário QLQ-OV28 (GREIMEL et al, 2003).

A EORTC já possuía a versão do QLQ-OV28 em português de Portugal. Essa versão foi disponibilizada para este estudo e, antes de sua aplicação, foi necessário fazer a adaptação para o português falado/escrito no Brasil.

A EORTC QLQ-OV28 contém vinte e oito questões (Questões 31 a 58) dando continuidade ao questionário geral. As respostas também são apresentadas em forma de escala *Likert* de pontos com variação para 4 níveis de resposta: 1 – não, 2 – pouco, 3 – moderadamente e 4 – muito; levando em consideração para resposta, os últimos sete dias ou última semana. Ele é dividido em duas escalas, a saber:

Escala funcional: imagem corporal (itens 50 e 51), sexualidade (itens 55, 56, 57 e 58) e atitudes em relação à doença (52, 53 e 54).

Escala de sintomas: sintomas gastrointestinais (itens 31-37), neuropatia periférica (41, 42 e 43), sintomas hormonais (itens 48 e 49) e outros efeitos da quimioterapia (38, 39, 40, 44, 45, 46 e 47).

As questões 39 e 57 só devem ser respondidas se as questões anteriores (38 e 56, respectivamente) não tiverem 1 como resposta (ou seja, a paciente deve referir que teve queda de cabelo e/ou é sexualmente ativa). Caso estas questões tenham não como resposta, as questões 39 e 57 não devem ser respondidas, pois não se aplicam.

Neste caso, não entram no cálculo do escore da sua escala, diminuindo então o número de questões que entram no cálculo da média.

As fórmulas para o cálculo dos escores estão no Quadro 2 e foram enviadas pela organização que detêm os direitos do questionário EORTC-OV28 (Anexo 11).

Para o cálculo de cada escala, primeiramente é feita a média de pontuação para cada uma delas. A partir desta média tira-se 1 ponto e divide-se pela amplitude máxima da pontuação. No caso da escala funcional, para ter a direção positiva, antes de multiplicar por 100, a escala é revertida (1-escala). Assim, após os cálculos, quanto maior a escala funcional, melhor é a qualidade de vida.

As respostas são transformadas em escore de 0 a 100. Na escala funcional, o escore alto representa uma elevada qualidade de vida e na escala de sintomas um escore alto significa uma elevada sintomatologia ou problema.

Se pelo menos metade das questões da escala forem respondidos, utiliza-se os escores de todas as questões que forem completas conforme a fórmula padrão, excluindo os itens não preenchidos na elaboração do cálculo.

Se houver mais da metade das questões não respondidas, calculam-se os itens com base em métodos de imputação (média, regressão, entre outros). Nesse estudo isso não ocorreu.

Quadro 2 – Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário EORTC- OV28.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
1 – Funcional	50-58	$\{1 - \{[(Q_{50}+Q_{51}+Q_{52}+Q_{53}+Q_{54}+Q_{55}+Q_{56}+Q_{57}+Q_{58}) / 9^{\dagger}] - 1\} / 3\} * 100$	1	4	3
2 – Sintomas	31-49	$\{[(Q_{31}+Q_{32}+Q_{33}+Q_{34}+Q_{35}+...+Q_{38}+Q_{47}+Q_{48}+Q_{49})/19^{\dagger}]-1\} / 3\} * 100$	1	4	3

[†] Considerar, neste denominador, o número de questões que foram utilizadas na fórmula.

3.3.5 Questionário de Qualidade de Vida -*Functional Assessment of Cancer Therapy* – *Ovarian Cancer* (FACT-O)

O grupo de pesquisadores que trabalham com o sistema de mensuração FACIT (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) desenvolveu, em 1987, um questionário genérico chamado FACT – G (*Functional Assessment of Cancer Therapy – General*). O questionário FACT – G (que já está na versão 4) possui 27 questões gerais divididas em 4 domínios de qualidade de vida: bem-estar físico, bem-estar familiar/social, bem-estar emocional e bem-estar funcional. Este é o questionário apropriado para ser utilizado em pacientes com qualquer tipo de câncer. Também tem sido validado e usado em outras doenças crônicas, como a AIDS e a esclerose múltipla (CELLA et al, 1993).

O FACIT possui, ainda, os questionários específicos para cada tipo de câncer, que, diferente do EORTC, não precisam ser utilizados juntamente com o questionário de qualidade de vida geral, pois cada instrumento específico possui todas as questões do FACT – G e mais as questões específicas.

O questionário específico para avaliação do câncer do ovário é o FACT-O e está disponível na versão para o português falado/escrito no Brasil. O questionário pode ser auto aplicado ou por meio de entrevista. É estruturado em 39 questões divididas por cinco domínios. O primeiro compõe-se por sete perguntas sobre bem estar físico. O segundo módulo tem sete questões sobre bem estar social e familiar, o terceiro seis questões que avaliam o bem estar emocional, o quarto sete questões sobre bem estar funcional e as últimas doze questões sobre preocupações adicionais (quinto módulo).

Solicita-se à paciente que responda ao questionário, levando em consideração os últimos sete dias. As respostas são apresentadas em uma escala *Likert* de 5 pontos e quanto maior for a pontuação, maior é a qualidade de vida do paciente (nessa escala 0 significa “nem um pouco” e o 4 “muitíssimo”).

O cálculo do escore deve ser feito separadamente para cada domínio. As fórmulas estão apresentadas no Quadro 3 e foram enviadas pela organização que detêm os direitos do questionário FACT-O (Anexo 12). Após o cálculo da fórmula de cada domínio, os resultados devem ser somados, obtendo-se assim, o escore final, que varia de 0 – 152. Quanto maior for o escore, melhor será a qualidade de vida da paciente.

O escore é calculado por meio da soma das questões de cada domínio. Para manter o sentido do escore, algumas questões devem ser revertidas, a saber, GP1 a GP7, GE1, GE3 a GE6, O1, C2, O2, B5, O3. Com isso na fórmula, o cálculo deve ser feito com (4 – valor da questão).

No caso de alguma questão não ser respondida, o valor assumido para ela será a média das respostas daquele domínio. Por isso, primeiramente é feita a média das questões respondidas e depois se multiplica este resultado pelo número de questões do domínio.

$$\left(\frac{\sum \text{questões}}{n^{\circ} \text{ de questões respondidas}} \right)$$

A questão BMT7 não é usada no escore, pois no estudo original apenas 12 mulheres referiram que ter filhos era uma preocupação. Dessa forma, e pela maioria

das mulheres já não estarem mais na fase de ter filhos, essa questão foi retirada do escore total.

Além do FACT-O, há duas outras escalas que podem ser utilizadas em conjunto: FACT-TOI e o FACT-G.

O FACT *Trial Outcome Index* (TOI) é uma escala que é utilizada como desfecho de estudos clínicos. Ela mede o bem estar físico, o bem estar funcional e a sub-escala específica de ovário. Seu escore varia de 0-100. É calculada pela soma dos escores: bem estar físico, bem estar funcional e sub-escala câncer de ovário.

O FACT-Geral (G) é uma escala geral que mede qualidade de vida em pacientes com câncer e avalia o bem estar físico, o bem estar familiar, o bem estar emocional e o bem estar funcional. O escore varia de 0-108 e é calculado pela soma dos escores: bem estar físico, bem estar social, bem estar emocional e bem estar funcional.

Quadro 3 – Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário FACT-O.

Domínio	Questões	Fórmulas
1 – Bem-estar físico	GP1 a GP7	$\frac{(4 - Q_{GP1}) + (4 - Q_{GP2}) + (4 - Q_{GP3}) + (4 - Q_{GP4}) + (4 - Q_{GP5}) + (4 - Q_{GP6}) + (4 - Q_{GP7})}{n_1} * 7$
2 – Bem-estar familiar	GS1 a GS7	$\frac{(Q_{GS1} + Q_{GS2} + Q_{GS3} + Q_{GS4} + Q_{GS5} + Q_{GS6} + Q_{GS7})}{n_1} * 7$
3 – Bem-estar emocional	GE1 a GE6	$\frac{(4 - Q_{GE1}) + Q_{GE2} + (4 - Q_{GE3}) + (4 - Q_{GE4}) + (4 - Q_{GE5}) + (4 - Q_{GE6})}{n_1} * 6$
4 – Bem-estar funcional	GF1 a GF7	$\frac{(Q_{GF1} + Q_{GF2} + Q_{GF3} + Q_{GF4} + Q_{GF5} + Q_{GF6} + Q_{GF7})}{n_1} * 7$
5 – Preocupações adicionais – câncer de ovário	O1 a BL4	$\frac{(4 - Q_{O1}) + (4 - Q_{O2}) + Q_{C3} + (4 - Q_{O2}) + (4 - Q_{B5}) + (Q_{C6}) + (Q_{C7}) + (Q_{BMT5}) + (Q_{B9}) + (4 - Q_{O3}) + (Q_{BL4})}{n_1} * 11$
6- FACT-O Trial Outcome Index (TOI)		Escore do Bem Estar Físico + Escore do Bem Estar Funcional + Escore da Sub-escala Câncer de Ovário
7- FACT-G		Escore do Bem Estar Físico + Escore do Bem Estar Social + Escore do Bem Estar Emocional + Escore do Bem Estar Funcional

n_1 : número de questões respondidas

3.3.6 Questionário de Qualidade de Vida SF-36 – *Short-Form Health Survey*

O questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão (Anexo 8).

Este questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa por CICONELLI et al em 1999. É um questionário multidimensional composto por 36 itens, englobados em oito escalas capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI et al, 1999).

Devido à ausência de um questionário específico de câncer de ovário para ser utilizado como “padrão ouro” para avaliar a validade convergente, o SF-36 foi escolhido para este fim. Esta conduta também foi usada por SILVA (2008) e por PERWITASARI et al (2011).

O cálculo do escore deve ser feito separadamente para cada domínio e as fórmulas estão apresentadas no Quadro 4. Para o cálculo de cada escala, primeiramente é somado o valor obtido nas questões correspondentes. Desta soma subtrai-se o valor de limite inferior, divide-se pela amplitude máxima da pontuação e multiplica-se este resultado por 100.

O valor obtido para cada domínio varia de 0 a 100, sendo 0 o pior estado e 100 o melhor. A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado ao último ano. Se algum item não for respondido, considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Neste estudo, foram utilizados os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde e limitação por aspectos emocionais, que tenderiam a ser correlacionados com aspectos da saúde.

Quadro 4 – Fórmulas para o cálculo dos escores do questionário SF-36.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores	
			Mínimo	Amplitude
1 – Capacidade funcional	03	$\frac{(Q3a + Q3b + Q3c + Q3d + Q3e + Q3f + Q3g + Q3h + Q3i + Q3j - 10)}{20} \times 100$	10	20
2 – Limitação por aspectos físicos	04	$\frac{(Q4a + Q4b + Q4c + Q4d - 4)}{4} \times 100$	4	4
3 – Dor	07, 08	$\frac{(Q7 + Q8 - 2)}{10} \times 100$	2	10
4 – Estado geral de saúde	01, 11	$\frac{(Q1 + Q11a + Q11b + Q11c + Q11d - 5)}{20} \times 100$	5	20
5 – Limitação por aspectos emocionais	05	$\frac{(Q5a + Q5b + Q5c - 3)}{3} \times 100$	3	3

* A questão número 2 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizado somente para avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano.

3.3.7 HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

A HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Anexo 9) é um instrumento que foi desenvolvido em 1982 na Inglaterra por ZIGMOND e SNAITH (SNAITH e ZIGMOND, 1994) e validado no Brasil por BOTEGA et al, em 1995 (BOTEGA et al, 1995).

A HADS foi desenvolvida para detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes fisicamente doentes, principalmente em pacientes com doenças crônicas. Contém 14 questões, sendo 7 para ansiedade (HADS A) e 7 para depressão (HADS D) que podem ser respondidas pelo próprio paciente. Enfatiza os sinais psicológicos ou consequências da ansiedade e depressão, excluindo sintomas clínicos (cefaléias, tonturas). As questões são alternadas, sendo que a metade das questões são redigidas positivamente e a outra metade negativamente (Quadro 5). Cada item tem um escore de zero a três, onde três representa o estado associado com maior depressão/ansiedade (FAYERS e MACHIN, 2007).

Quadro 5: Cálculo dos escores da HADS

$Escore\ de\ Ansiedade = Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7$
$Escore\ de\ depressão = Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7$

Fonte: Snaith e Zigmond, 1994.

O paciente com pontuação entre 0 e 7 é classificado como “normal” e pontuações entre 15 e 21 classificam os pacientes com ansiedade ou depressão “severa”(Quadro 6).

Quadro 6: Pontuação do escore da HADS.

Escore	Interpretação
0 – 7	Normal
8 – 10	Leve
11 – 14	Moderado
15 – 21	Severa

Fonte: Snaith e Zigmond, 1994.

3.3.8 Avaliação do grau de entendimento das questões e dos questionários

A avaliação do entendimento das questões e dos questionários foi realizada de duas maneiras. Para avaliação individual das questões, foi aplicado um instrumento específico (Anexo 13) onde se verificou se a pergunta era difícil, confusa, continha palavras difíceis e/ou era constrangedora. Este tipo de avaliação é exigido pela organização FACIT. Para verificar o grau de compreensão das pacientes com relação aos questionários foi aplicada uma escala verbal-numérica (CLARK, 2003) que foi colocada ao final de cada questionário (Figura 1). A paciente era informada que ao terminar de responder as perguntas, deveria dar uma nota de 1 a 5 para o seu grau de entendimento.

Figura 1 – Escala verbal-numérica para analisar grau de entendimento

3.3.9 Tempo de preenchimento

No momento que a paciente iniciava o preenchimento dos questionários o cronômetro era ativado e, ao finalizar, era desligado. Este procedimento foi adotado para cada questionário de QV em ovário.

3.4 Variáveis de estudo

A descrição das variáveis de estudo encontra-se nos Quadros 7 e 8.

Quadro 7 – Variáveis sociodemográficas e clínicas das pacientes.

Variável	Tipo de Variável	Categorias
- Idade (anos)	Qualitativa ordinal	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89.
- Convênio	Qualitativa nominal	SUS, convênio/particular.
- Estado civil	Qualitativa nominal	Solteira, casada, divorciada, viúva, outros.
- Escolaridade	Qualitativa ordinal	Analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo
- Trabalho	Qualitativa nominal	Sim, não, aposentada.
- Religião	Qualitativa nominal	Católica, Protestante, Espírita, Testemunha de Jeová. Mórmons, Adventista e Não possui.
-Idade ao diagnóstico (anos)	Qualitativa ordinal	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79.
- Tempo de diagnóstico (anos)	Qualitativa ordinal	0-1, 2-3, 4-5, 5-6, 7-8, 9-10, 10 ou mais.
- Estádio clínico	Qualitativa ordinal	EC I, EC II, EC III, EC IV.
-Tratamento prévio realizado	Qualitativa nominal	Cirurgia, quimioterapia, cirurgia + quimioterapia, cirurgia + quimioterapia+ radioterapia.
-Grau de entendimento:		
• Difícil	Qualitativa nominal	Sim, não.
• Confusa	Qualitativa nominal	Sim, não.
• Palavras difíceis	Qualitativa nominal	Sim, não.
• Constrangedora	Qualitativa nominal	Sim, não.

Quadro 8 – Variáveis dos questionários de qualidade de vida e da escala análogo-visual.

Variável	Tipo de variável	Escore variando de
EORTC-C30	Quantitativa contínua	0 – 100
• Saúde Global	Quantitativa contínua	
• Funcional	Quantitativa contínua	
• Sintomas	Quantitativa contínua	
EORTC-OV 28	Quantitativa contínua	0 – 100
• Funcional	Quantitativa contínua	
• Sintomas	Quantitativa contínua	
FACT-O	Quantitativa contínua	0-152
• Bem estar Físico	Quantitativa contínua	
• Bem estar social/familiar	Quantitativa contínua	
• Bem estar emocional	Quantitativa contínua	
• Bem estar funcional	Quantitativa contínua	
• Sub-escala Câncer de Ovário	Quantitativa contínua	
FACT-TOI	Quantitativa contínua	0-100
FACT-G	Quantitativa contínua	0-108
SF-36	Quantitativa contínua	0-100
• Capacidade Funcional	Quantitativa contínua	
• Limitação por aspectos físicos	Quantitativa contínua	
• Dor	Quantitativa contínua	
• Estado Geral de Saúde	Quantitativa contínua	
• Limitação por aspectos emocionais	Quantitativa contínua	
Escala de depressão e ansiedade	Quantitativa contínua	0-21
Escala Análogo-Visual	Quantitativa discreta	0-5

3.5 Análise dos dados

3.5.1 Digitação da base de dados

Os dados dos questionários de qualidade de vida, características sócio demográficas e clínicas foram digitadas de forma duplicada e independente, a fim de se fazer controle da qualidade e consistência dos mesmos.

3.5.2 Caracterização da amostra

Foi realizada a análise descritiva e calculados a média, o desvio-padrão, a mediana, os valores mínimos e máximos e a distribuição de frequência.

3.5.3 Propriedades de Mensuração

3.5.3.1 Análise da Confiabilidade

3.5.3.1.1 Consistência Interna

Para a análise da consistência interna foi calculado o coeficiente α de Cronbach, a fim de estimar a correlação existente entre cada item do questionário e o restante dos itens ou o total (escore total do questionário). Um questionário é considerado com boa consistência interna quando apresentar o coeficiente α de Cronbach acima de 0,70 (STREINER e NORMAN, 2003).

3.5.3.1.2 Reprodutibilidade (teste-reteste)

Reprodutibilidade (confiabilidade, fidedignidade, repetibilidade ou precisão) é a consistência de resultados quando a medição se repete (PEREIRA, 2006). De acordo com STREINER e NORMAN (2003), a reprodutibilidade é o meio de demonstrar se as medidas dos indivíduos em diferentes ocasiões, ou feita por diferentes entrevistadores, produzem resultados similares ou, até mesmo, os mesmos resultados.

Do total de 114 pacientes inicialmente entrevistadas, 102 enviaram a resposta do questionário (89,5%), após 14 dias. Das 12 pacientes que não responderam: 6 estavam internadas, 5 afirmaram que logo colocariam no correio e 1 paciente falou que colocou no correio, mas o mesmo não chegou, ultrapassando o intervalo definido (14 dias) para a resposta dos questionários.

Neste estudo na análise da reprodutibilidade dos questionários, comparou-se as médias dos escores nas duas entrevistas (teste-reteste) utilizando o teste de Wilcoxon. Calculou-se, também, o coeficiente de correlação intraclassa entre as 2 medidas e verificou-se a concordância entre os escores (teste-reteste) pelo método Bland-Altman.

O método de Bland-Altman baseia-se em uma técnica gráfica onde as diferenças pontuais entre os escores de duas medidas (no caso, teste-reteste) são comparadas com as médias das diferenças. Como não se tem, ou não se sabe os valores verdadeiros das diferenças, a diferença média, segundo BLAND-ALTMAN (1986), é a melhor estimativa para a diferença. Se não existem vieses, espera-se que

não exista relação entre as estimativas das diferenças e a sua média e uma distribuição aleatória das diferenças em torno da média (COSTA, 2007).

3.5.3.2 Análise da Validade

De acordo com STREINER e NORMAN (2003), validação tem como objetivo determinar se o questionário está realmente medindo o que se propôs a medir. Demonstrar validade requer mais do que algum julgamento e são necessárias diversas evidências para mostrar que o instrumento em questão mede o que deveria. FAYERS e MACHIN (2007) complementam que a validade de um instrumento informa se os resultados daquilo que foi medido representam a “verdade” ou quanto se afastam dela.

A validade dos instrumentos pode ser analisada de três formas: validade de conteúdo, critério e constructo (STREINER e NORMAN, 2003; FAYERS e MACHIN, 2007; POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Na validade de conteúdo analisa-se se o instrumento verifica-se todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno.

Na validade de critério verifica-se se existe correlação entre os escores do instrumento que se quer testar e algum critério externo, como outros instrumentos estabelecidos.

A validade de constructo avalia o grau com o qual o instrumento mede o constructo estabelecido. Essa análise permite tanto a avaliação da teoria que fundamenta a elaboração do instrumento, como possibilita a avaliação do próprio instrumento. Ela tem como princípio básico avaliar se a característica a ser medida

correlaciona-se com outra, ou com o conhecimento disponível (PEREIRA, 2006). É dividida em validade convergente e validade discriminante.

A validade de constructo do tipo convergente é obtida analisando-se a correlação entre a escala e outras medidas que avaliam o mesmo (FAYERS e MACHIN, 2007). Neste estudo, para verificar a validade convergente foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre os escores de cada um dos questionários e os escores dos domínios do SF-36 e da escala de HAD, a fim de verificar a capacidade dos instrumentos de se correlacionar em magnitude e direção com uma hipótese pré-definida (DE BOER et al, 1995).

A validade de constructo do tipo discriminante refere-se à capacidade do escore de distinguir indivíduos ou populações onde se espera obter a diferença (ex. pessoas com e sem a doença). Neste estudo, a fim de verificar se o questionário é capaz de discriminar diferentes situações, foram comparadas as médias dos escores das mulheres com estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV), Karnofsky alto (80-100%) x baixo (50-70%), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento). Nesta análise foi utilizado o teste de Mann Whitney. Espera-se que as mulheres em melhor situação apresentem maiores médias nos escores/escalas de qualidade de vida.

3.5.3.3 Análise do entendimento das questões e do questionário

Para verificar o entendimento das questões e dos questionários foi realizada análise descritiva das notas dadas para cada um deles (número de reclamações, média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos). Foi apresentado um

gráfico que demonstra os intervalos de 95% de confiança das médias, a fim de comparar os resultados.

3.5.3.4 Comparação dos tempos

O mesmo procedimento foi adotado para a comparação dos tempos de preenchimento dos questionários. Foi realizada análise descritiva dos tempos cronometrados (média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos) e foi apresentado um gráfico que demonstra as médias e seus respectivos intervalos de 95% de confiança na comparação dos questionários.

3.5.3.4 Escolha do melhor questionário

Na comparação entre os questionários foram considerados os seguintes resultados:

- melhor consistência interna (maior alfa de Cronbach);
- reprodutibilidade: médias iguais nos dois momentos, maior coeficiente de correlação intraclass e gráfico de Bland-Altman sem viés;
- validade discriminante: diferença entre as médias segundo estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV), Karnofsky (80-100% x 50-70%), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento);
- validade convergente: coeficiente de correlação significativo com os domínios do SF-36 e da Escala de Depressão e Ansiedade;
- menor média de tempo de preenchimento;

- maior média do grau de entendimento.

3.6 Programas de computador (Softwares)

- *Epi-Info* versão 2000: digitação, consistência dos dados (*validate*) e análise descritiva dos dados.
- *SPSS* versão 16.0: cálculo do α de Cronbach, coeficientes de correlação, diferenças de médias e gráficos.
- *MedCalc* versão 7.2.0.2: gráficos de Bland-Altman.

3.7 Aspectos Éticos

A participação neste estudo foi de caráter voluntário. Após a explicação de toda a pesquisa a paciente deveria ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, que informa todos os detalhes do que acontece com a paciente durante sua participação no estudo (Anexo 1). Não houve procedimento invasivo e as entrevistas foram feitas em local reservado.

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital AC Camargo (Anexo 16), sob o número de protocolo 1331/09, sendo aprovado em 27 de janeiro de 2010 e da Faculdade de Saúde Pública (USP), sob o número de protocolo 39/10 em 22 de março de 2010 (Anexo 17). Os pesquisadores se comprometem a manter sigilo das informações.

A validação dos questionários foi autorizada pela EORTC (Anexo 14) e pelo FACIT (Anexo 15).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A idade das mulheres no dia da entrevista variou de 27 a 81 anos (média de 57,6 anos; desvio padrão de 11,7 anos; mediana de 57,7 anos) e as faixas etárias mais frequentes foram de 50-59 (29%) anos e 60 a 69 anos (29%).

Cerca de 82,4% das pacientes realizaram suas consultas no hospital por meio de convênio ou particular. Quanto aos demais aspectos demográficos, 57% das pacientes eram casadas, 42,1% das mulheres possuíam grau superior completo, 39,5% eram aposentadas e 64,9% eram católicas (Tabela 1).

Tabela 1- Número e porcentagem de mulheres, segundo as características socio demográficas. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Variável	Categoria	N	%
Idade (anos)	20 até 39	8	7,0
	40 a 49	21	18,3
	50 a 59	33	29,0
	60 a 69	33	29,0
	70 e mais	19	16,7
Convênio	SUS	20	17,5
	Convênio – particular	94	82,5
Estado civil	Solteira	23	20,2
	Casada	65	57,0
	Divorciada	16	14,0
	Viúva	10	8,8
Escolaridade	Fundamental Incompleto	19	16,7
	Fundamental Completo	6	5,3
	Médio Incompleto	5	4,4
	Médio Completo	29	25,4
	Superior Incompleto	7	6,1
	Superior Completo	48	42,1
Trabalha	Não	28	24,5
	Sim	41	36,0
	Aposentada	45	39,5
Religião	Católica	74	64,9
	Protestante	13	11,4
	Espírita	15	13,2
	Outras	5	4,4
	Não possui	7	6,1
Total		114	100,0

A idade no momento do diagnóstico variou de 20 a 74 anos (média 53,6 anos; desvio padrão de 12 anos; mediana de 54,8 anos), sendo que apenas 14,9% das pacientes receberam o diagnóstico com menos de 40 anos.

No momento da entrevista, 40% das pacientes haviam recebido o diagnóstico há menos de 2 anos. A média de tempo de diagnóstico para essa amostra foi de 4,6 anos (desvio padrão de 5,3 anos), variando de 0 a 23 anos e mediana de 2,7 anos.

Quanto ao estágio clínico das pacientes, 43% apresentaram estágio clínico III, seguido pelo estágio clínico I com 30,7%. Em relação ao tratamento, 73,7% realizaram cirurgia e quimioterapia e 21,9 realizaram apenas cirurgia.

Até o momento da entrevista, 66,7% das pacientes não apresentavam evidência de recidiva de doença. Em relação à Escala de Karnofsky, 35,1% das pacientes estavam com 100% de *status de performance*, seguidos de 32,5% com 90% de *status de performance* (Tabela 2).

Tabela 2- Número e porcentagem de mulheres, segundo as características clínicas. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Variável	Categoria	N	%
Idade ao diagnóstico (anos)	20 até 39	17	14,9
	40 a 49	19	16,7
	50 a 59	39	34,2
	60 a 69	32	28,1
	70 a 79	7	6,1
Tempo de diagnóstico (anos)	0 a 1	47	41,2
	2 a 3	26	22,8
	4 a 5	12	10,5
	6 a 7	4	3,5
	8 a 9	8	7,0
	10 ou mais	17	15,0
Estádio clínico	Estádio I	35	30,7
	Estádio II	7	6,1
	Estádio III	49	43,0
	Estádio IV	23	20,2
Tratamento realizado	Cirurgia	25	21,9
	Quimioterapia	1	0,9
	Cirurgia e quimioterapia	84	73,7
	Cir., quimio e radioterapia	4	3,5
Status atual	Sem evidência de doença	76	66,7
	Com evidência de doença	38	33,3
Escala de Karnofsky	100%	40	35,1
	90%	37	32,5
	80%	22	19,3
	70%	8	7,0
	60%	7	6,1
Total		114	100,0

Em relação à histologia, 42% apresentaram tipo epitélio seroso seguidos de 15,8% com adenocarcinoma (Tabela 3).

Tabela 3- Número e porcentagem de mulheres, segundo a histologia do tumor. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Histologia	N	%
Epitelial seroso	48	42,0
Epitelial mucinoso	10	8,8
Epitelial endometrióide	4	3,5
Epitelial de células claras	6	5,3
Epitelial de células transicionais	1	0,9
Epitelial indiferenciado	2	1,8
Epitélio pouco diferenciado	10	8,8
Adenocarcinoma	18	15,8
Cordão sexual	5	4,4
Células germinativas	3	2,6
Outros	7	6,1
Total	114	100,0

4.2 Adaptação para o português do Questionário de Qualidade de Vida específico para Câncer de Ovário -*European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-OV28)*

O grupo do EORTC possui seus questionários disponíveis para consulta e para utilizá-lo é necessária autorização prévia dos autores. Nossa solicitação foi

atendida e nos enviaram o questionário na língua portuguesa. Este foi adaptado para o português falado no Brasil com pequenas alterações, a saber:

- nas questões 31, 32 e 37 foi acrescentado o termo “Você”;
- na questão 33, a palavra "demasiado" foi substituída por “muito”;
- na questão 35, a palavra “ventosidade” foi substituída por “prisão de ventre”;
- na questão 36, a palavra “enfartado” foi substituído por “estufada”;
- na questão 38, a palavra “algum cabelo” foi substituída por “queda de cabelo”;
- na questão 40, a palavra “souberam-lhe” foi substituída por “apresentaram”;
- na questão 41, a palavra “formigueiro” foi substituída por “formigamento”;
- na questão 48, a palavra “afrontamentos” foi substituída por “fogachos/calorões”;
- na questão 49, a palavra “nocturnos” foi substituída por “noturnos”;
- nas questões 52 e 53, a palavra “para si” foi substituída por “para você”;
- na questão 56, a palavra “activa” foi substituída por “ativa” e
- na questão 58, a palavra “actividade” foi substituída por “atividade”.

4.3 Questionário de Qualidade de Vida- *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-C30)*

4.3.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna

Das duas questões que compõem a escala saúde global, mais da metade das pacientes classificaram-nas com nota acima de 5 (Tabela 4).

Tabela 4 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Saúde Global, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Saúde Global	Respostas							Total n=114
	1	2	3	4	5	6	7	%
	%	%	%	%	%	%	%	
29-Como você classificaria sua saúde em geral, durante a última semana?	5,3	-	7,9	6,1	25,4	25,4	29,8	100,0
30-Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?	1,8	0,9	6,1	8,8	25,4	30,7	26,3	100,0

Os aspectos físicos que apresentaram melhores condições referem-se às questões 5 (Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?) e 26 (A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?), pois 96,5% e 77,2%, respectivamente, relataram não ter dificuldade (Tabela 5).

Tabela 5 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Funcional, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Funcional	Respostas				Total n=114
	Não	Pouco	Moderado	Muito	
	%	%	%	%	
1-Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por ex. carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	29,8	24,6	24,6	21,1	100,0
2-Você tem qualquer dificuldade quando faz uma grande caminhada?	31,6	24,6	24,6	19,3	100,0
3-Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	71,1	13,2	13,2	2,6	100,0
4-Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	76,3	15,8	7,0	0,9	100,0
5- Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	96,5	1,8	1,8	-	100,0
6-Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	66,7	21,9	7,9	3,5	100,0
7-Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	58,8	17,5	15,8	7,9	100,0
20-Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	71,9	12,3	11,4	4,4	100,0
21-Você se sentiu nervoso/a?	40,4	32,5	17,5	9,6	100,0
22-Você esteve preocupado/a?	24,6	39,5	21,1	14,9	100,0
23-Você se sentiu irritado/a facilmente?	51,8	31,6	9,6	7,0	100,0
24-Você se sentiu deprimido/a?	49,1	33,3	10,5	7,0	100,0
25-Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	47,4	36,8	11,4	4,4	100,0
26-A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	77,2	12,3	7,9	2,6	100,0
27-A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	69,3	19,3	7,9	3,5	100,0

Quanto à escala de sintomas (Tabela 6), os menos relatados foram os avaliados nas questões 15 (Você tem vomitado?) e 08 (Você teve falta de ar?). 86% e 84,2% das mulheres informaram “não” como resposta.

Tabela 6 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala Sintomas, do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Sintomas	Respostas				Total
	Não	Pouco	Moderado	Muito	n=114
	%	%	%	%	%
8-Você teve falta de ar?	84,2	10,5	3,5	1,8	100,0
9-Você tem tido dor?	52,6	21,1	14,9	11,4	100,0
10-Você precisou repousar?	51,8	31,6	14,9	1,8	100,0
11-Você tem tido problemas para dormir?	46,5	28,1	17,5	7,9	100,0
12-Você tem se sentido fraco/a?	58,8	21,1	15,8	4,4	100,0
13-Você tem tido falta de apetite?	71,9	11,4	9,6	7,0	100,0
14-Você tem se sentindo enjoado/a?	73,7	13,2	6,1	7,0	100,0
15-Você tem vomitado?	86,0	4,4	7,0	2,6	100,0
16-Você tem tido prisão de ventre?	48,2	20,2	14,9	16,7	100,0
17-Você tem tido diarreia?	81,6	11,4	4,4	2,6	100,0
18-Você esteve cansado/a?	46,5	34,2	14,0	5,3	100,0
19-A dor interferiu em suas atividades diárias?	67,5	14,9	12,3	5,3	100,0
28- A sua condição física ou tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	67,5	17,5	8,8	6,1	100,0

A análise descritiva e a consistência interna das escalas do questionário EORTC-C30 estão descritas na Tabela 7. A escala que apresentou a melhor consistência interna foi a saúde global (0,882), seguida pela escala funcional (0,867). Todas demonstraram boa média de qualidade de vida, pois nas escalas saúde global e funcional quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Já na escala de sintomas, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas e, conseqüentemente, pior a qualidade de vida.

Tabela 7 – Análise descritiva e consistência interna das escalas do questionário de qualidade de vida EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Escalas	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Mín-max	α Cronbach
Saúde Global	74,56(23,12)	83,33	0,00-100,00	0,882
Funcional	76,72(17,28)	80,00	13,33-100,00	0,867
Sintomas	19,65(18,16)	15,38	0,00-97,44	0,863

4.4 Questionário de Qualidade de Vida específico para Câncer de Ovário - *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-OV28)*

4.4.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna

Na escala funcional, das questões 50 a 58, a pergunta que apresentou maior porcentagem de “não” ou “nada” foi a 58 (Sentiu a vagina seca durante a atividade sexual?) com 69,3% das mulheres, seguidas da questão 56 (Até que ponto esteve sexualmente ativa?) com 68,4% das mulheres que referiram não estarem sexualmente ativas. Na pergunta 54 (Preocupou-se com seu estado de saúde no futuro?) 30,7% das mulheres responderam a opção “muito” (Tabela 8).

Tabela 8 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala funcional o questionário EORTC – OV28. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Funcional	Respostas					Total n=114
	Não	Pouco	Moderado	Muito	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	
50- Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	59,6	28,1	5,3	7,0	-	100,0
51- Sentiu-se pouco satisfeita com seu corpo?	46,5	35,1	13,2	5,3	-	100,0
52- Em que medida a sua doença tem sido um fardo para você?	37,7	37,7	15,8	8,8	-	100,0
53- Em que medida o tratamento tem sido um fardo para você?	40,4	36,0	14,9	8,8	-	100,0
54- Preocupa-se com seu estado de saúde no futuro?	11,4	29,8	28,1	30,7	-	100,0
55- Até que ponto sentiu desejo sexual?	61,4	28,1	9,6	0,9	-	100,0
56- Até que ponto esteve sexualmente ativa?	68,4	21,1	10,5	-	-	100,0
57-Responda a esta pergunta apenas se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	2,6	14,9	9,6	4,4	68,4	100,0
58- Sentiu a vagina seca durante a atividade sexual?	69,3	8,8	8,8	13,2	-	100,0

Na escala de sintomas as questões 38 (Você teve queda de cabelo?), 37 (Você teve azia ou dificuldade em fazer a digestão?) e 40 (A comida e a bebida apresentaram gosto diferente do habitual) apresentaram as melhores condições, pois 76,3%, 71,9% e 71,9% das pacientes, respectivamente, assinalaram “não” como resposta (Tabela 9).

Tabela 9 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem a escala se sintomas do questionário EORTC – OV28. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Sintomas	Respostas					Total
	Não	Pouco	Moderado	Muito	Não se aplica ou não resp.	n=114
	%	%	%	%	%	%
31-Você teve dores na barriga?	58,8	26,3	4,4	10,5	-	100,0
32-Você teve a sensação de barriga ou estômago inchado?	51,8	30,7	7,9	9,6	-	100,0
33- Sentiu que a roupa lhe ficava muito apertada?	60,5	23,7	7,9	7,9	-	100,0
34- Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou tratamento?	42,1	30,7	20,2	7,0	-	100,0
35- Sentiu-se incomodada com gases, prisão de ventre ou flatulência?	40,4	32,5	12,3	14,9	-	100,0
36- Sentiu-se estufada logo depois de ter começado a comer?	61,4	21,9	7,0	9,6	-	100,0
37- Você teve azia ou dificuldade em fazer a digestão?	71,9	18,4	5,3	4,4	-	100,0
38-Você teve queda de cabelo?	76,3	6,1	-	17,5	-	100,0
39- Responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: ficou preocupada com as quedas de cabelo?	9,6	6,1	0,9	7,0	76,3	100,0
40-A comida e a bebida apresentaram gosto diferente do habitual?	71,9	13,2	8,8	6,1	-	100,0
41- Teve a sensação de formigamento nas mãos ou nos pés?	51,8	19,3	14,0	14,9	-	100,0
42- Sentiu os dedos dos pés ou das mãos dormentes?	55,3	18,4	14,0	12,3	-	100,0
43- Sentiu os braços ou as pernas fracas?	46,5	35,1	8,8	9,6	-	100,0
44- Teve dores nos músculos ou nas articulações?	50,9	19,3	17,5	12,3	-	100,0
45- Teve problemas em ouvir?	78,1	16,7	4,4	0,9	-	100,0
46- Urinou com frequência?	14,0	14,0	64,9	7,0	-	100,0
47- Teve problemas de pele? (por exemplo, comichão, pele seca)	61,4	23,7	12,3	2,6	-	100,0
48- Teve fogachos (calorões)?	54,4	17,5	16,7	11,4	-	100,0
49- Teve suores noturnos?	59,6	14,0	20,2	6,1	-	100,0

A média do escore da escala funcional foi 72,08 (dp=17,13) e da escala de sintomas foi de 25,42(dp=17,05). Em ambas as escalas, o α de Cronbach foi superior a 0,70. A análise descritiva e a consistência interna das escalas do questionário EORTC-OV28 estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise descritiva e consistência interna das escalas e sub-escalas do questionário de qualidade de vida EORTC-OV28. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Escalas	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Mín-max	α Cronbach
Funcional	72,08(17,11)	74,53	25,93-100,00	0,726
Imagem corporal	3,36 (1,65)	3,00	2,00-8,00	0,838
Sexualidade	5,36(3,22)	3,00	3,00-14,00	0,513
Atitudes em relação à doença	6.65(2,39)	6,00	3,00-12,00	0,760
Sintomas	25,42(17,05)	22,22	0,00-81,48	0,851
Sintomas gastrointestinais	12,06(4,97)	11,00	7,00-28,00	0,867
Neuropatia periférica	5,57(2,71)	5,00	3,00-12,00	0,823
Sintomas hormonais	3,57(1,91)	3,00	2,00-8,00	0,841
Outros efeitos da quimioterapia	11,08(3,51)	10,00	6,00-22,00	0,475

4.5 Questionário de Qualidade de Vida- *Functional Assessment of Cancer Therapy- Ovarian Cancer* (FACT-O)

4.5.1 Descrição do questionário e análise da consistência interna

No domínio bem-estar físico em duas perguntas as pacientes referiram melhores condições físicas. As questões GP7 (Sinto-me forçada a passar tempo

deitada) e GP2 (Fico enjoada) 73,7% e 71,1%, respectivamente, optaram pela resposta “nem um pouco” (Tabela 11).

Tabela 11– Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o Domínio Bem-estar Físico, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Bem-estar Físico	Respostas						Total n=114
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	%	
GP1-Estou sem energia.	43,0	27,2	18,4	9,6	1,8	-	100,0
GP2-Fico enjoada.	71,1	12,3	4,4	10,5	1,8	-	100,0
GP3-Por causa do meu estado físico tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família.	62,3	17,5	8,8	9,6	1,8	-	100,0
GP4-Tenho dores.	44,7	27,2	7,0	17,5	3,5	-	100,0
GP5-Sinto-me incomodada pelos efeitos secundários do tratamento.	6,1	10,5	33,3	34,2	15,8	-	100,0
GP6-Sinto-me doente.	69,3	16,7	7,9	4,4	1,8	-	100,0
GP7-Sinto-me forçada a passar tempo deitada	73,7	14,9	4,4	6,1	0,9	-	100,0

No domínio bem estar familiar, mais da metade das mulheres responderam para essas questões “muito” e “muitíssimo”. Na pergunta GS7 16,7% das pacientes não responderam, pois não tinham vida sexual ativa (Tabela 12).

Tabela 12 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o Domínio Bem-estar Familiar, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Bem-estar Familiar	Respostas						Total n=114
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	%	
GS1-Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos.	1,8	3,5	9,6	55,3	29,8	-	100,0
GS2-Recebo apoio emocional da minha família.	4,4	3,5	4,4	44,7	43,0	-	100,0
GS3-Recebo apoio dos meus amigos.	2,6	4,4	6,1	56,1	30,7	-	100,0
GS4-A minha família aceita a minha doença.	4,4	2,6	16,7	50,0	26,3	-	100,0
GS5-Estou satisfeita com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.	7,9	3,5	7,0	55,3	26,3	-	100,0
GS6-Sinto-me próxima do meu parceiro (ou da pessoa que me dá maior apoio)	25,4	2,6	4,4	28,9	38,6	-	100,0
GS7-Estou satisfeita com a minha vida sexual	46,5	8,8	9,6	14,9	3,5	16,7	100,0

No domínio bem-estar emocional em duas questões houve boa avaliação quanto aos aspectos emocionais. Das 114 mulheres, 105 relataram que não estão perdendo a esperança na luta contra a doença e 64,9% delas não estão preocupadas com a ideia de morrer (Tabela 13).

Tabela 13– Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o Domínio Bem-estar Emocional, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Bem-estar Emocional	Respostas						Total n=114
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muit o	Muitís - simo	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	%	%
GE1-Sinto-me triste.	46,5	32,5	14,0	7,0	-	-	100,0
GE2-Estou satisfeita com a maneira como enfrento a minha doença.	7,9	8,8	12,3	51,8	19,3	-	100,0
GE3-Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.	92,1	4,4	2,6	0,9	-	-	100,0
GE4-Sinto-me nervosa.	48,2	29,8	11,4	7,0	3,5	-	100,0
GE5-Estou preocupado com a ideia de morrer.	64,9	16,7	7,9	7,0	3,5	-	100,0
GE6-Estou preocupado que o meu estado venha a piorar.	43,0	21,1	14,0	14,9	7,0	-	100,0

Quanto ao domínio funcional, 67,5% das pacientes relataram a capacidade em sentir prazer em viver; no entanto, 56,1% referiram que não dormem bem (Tabela 14).

Tabela 14 – Porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o Domínio Bem-estar Funcional, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Bem-estar Funcional	Respostas						Total n=114
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	%	%
GF1-Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).	7,9	13,2	11,4	43,0	24,6	-	100,0
GF2-Sinto-me realizado com o meu trabalho (inclusive em casa).	11,4	3,5	12,3	52,6	20,2	-	100,0
GF3-Sou capaz de sentir prazer em viver.	-	3,5	6,1	67,5	22,8	-	100,0
GF4-Aceito a minha doença.	2,6	4,4	21,1	57,0	14,9	-	100,0
GF5-Durmo bem.	56,1	19,3	7,0	15,8	1,8	-	100,0
GF6-Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir.	0,9	5,3	7,0	64,9	21,9	-	100,0
GF7-Estou satisfeito com a qualidade da minha vida neste momento.	4,4	11,4	17,5	50,0	16,7	-	100,0

No domínio preocupações adicionais sobre câncer de ovário, tanto na pergunta O2(Tenho vomitado) quanto na O3(Sinto cólicas na região do estômago), respectivamente, 86,8% e 81,6% das pacientes optaram pela resposta “nem um pouco” (Tabela 15).

Tabela 15 – Número e porcentagem de pacientes, segundo as questões que compõem o Domínio de Preocupações Adicionais – Câncer de Ovário, do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Preocupações Adicionais – Câncer de Ovário	Respostas						Total n=114
	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo	Não se aplica ou não resp.	
	%	%	%	%	%	%	
O1-Tenho um inchaço na região do estômago.	68,4	14,0	4,4	10,5	2,6	-	100,0
C2-Estou perdendo peso.	71,1	16,7	2,6	7,9	1,8	-	100,0
C3-Consigo controlar os intestinos.	14,9	7,0	13,2	50,9	14,0	-	100,0
O2-Tenho vomitado.	86,8	8,8	1,8	2,6	-	-	100,0
B5-Sinto-me incomodada com a queda de cabelo.	77,2	10,5	0,9	7,0	4,4	-	100,0
C6-Tenho bom apetite.	14,0	4,4	19,3	47,4	14,9	-	100,0
C7-Gosto da aparência do meu corpo.	8,8	10,5	32,5	45,6	2,6	-	100,0
BMT5-Sou capaz de andar por aí sem ajuda.	5,3	6,1	5,3	36,8	46,5	-	100,0
B9-Consigo sentir-me mulher.	2,6	1,8	7,9	64,0	23,7	-	100,0
O3-Sinto cólicas na região do estômago.	81,6	9,6	2,6	5,3	0,9	-	100,0
BL4-Tenho interesse em sexo.	51,8	12,3	15,8	16,7	3,5	-	100,0

A análise descritiva e a consistência interna dos domínios do FACT-O estão descritos na Tabela 16. O domínio bem-estar funcional apresentou a menor média, 17,69 (dp = 3,52). Os domínios bem-estar funcional e FACT-G apresentaram o coeficiente de Cronbach menor que 0,60.

Tabela 16– Análise descritiva e consistência interna do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Domínios	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Min- max	α Cronbach
Bem-estar físico (PWB)	21,20 (4,73)	23,00	6,00-27,00	0,754
Bem-estar familiar (SWB)	19,06(5,36)	19,00	0,00-28,00	0,796
Bem-estar emocional (EWB)	18,94(3,86)	19,00	6,00-24,00	0,677
Bem-estar funcional (FWB)	17,69(3,52)	18,00	3,00-25,00	0,500
P. A.- câncer de ovário (OCS)	32,12(5,60)	33,00	11,00-42,00	0,676
FACT-O-TOI	71,01(11,54)	73,00	20,00-87,00	0,755
FACT-G	76,90(11,80)	78,00	31,00-102,00	0,582
FACT-O	109,02(16,31)	111,00	42,00-139,00	0,733

4.6 Descrição do Questionário de Qualidade de Vida - *Short-Form Health Survey* (SF-36)

A análise descritiva e a consistência interna das escalas do questionário SF-36 estão descritas na Tabela 17. Todas as escalas apresentaram α de Cronbach acima de 0,70, com exceção da escala estado geral da saúde (0,646). A escala Dor apresentou a menor média (27,71) e a escala Capacidade Funcional a maior (62,58).

Tabela 17– Estatística descritiva e consistência interna dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Domínios	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Min- max	α Cronbach
Capacidade funcional	62,58(28,29)	65,00	0,0-100,0	0,926
Limitação por aspectos físicos	47,14 (43,58)	50,00	0,0-100,0	0,896
Dor	27,71 (22,18)	25,00	0,0-80,0	0,862
Estado geral da saúde	55,21 (13,19)	55,00	20,00-90,00	0,646
Limitação por aspectos emocionais	52,63 (45,20)	66,66	0,00-100,00	0,887

4.7 Descrição da Escala HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

A análise descritiva e a consistência interna da escala HAD estão descritas na Tabela 18, mostrando boa consistência interna tanto para a escala de ansiedade quanto de depressão.

Tabela 18- Estatística descritiva e consistência interna das escalas do HAD. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Escalas	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Min- max	α Cronbach
Ansiedade	5,67 (3,37)	5,00	0,00-16,00	0,738
Depressão	4,15 (2,88)	4,00	0,00-12,00	0,692

4.8 Reprodutibilidade

A Tabela 19 mostra a comparação dos escores dos domínios/escalas dos questionários de qualidade de vida no teste e no reteste. Nenhum questionário apresentou diferença estatisticamente significativa nas médias dos escores, quando se considera o primeiro e o segundo momento (teste-reteste), com exceção do questionário FACT-TOI.

Todos os questionários obtiveram correlação significativa entre os dois momentos, com r_{icc} variando de 0,61 a 0,78, com exceção da escala saúde global do questionário EORTC-C30 que apresentou um valor de $r_{icc} = 0,50$.

Na Figura 4 pode-se observar que nos diagramas de dispersão entre os dois momentos, para todas as escalas, houve forte correlação linear, com exceção da escala saúde global do questionário EORTC-C30.

Na Figura 5 estão dispostos os gráficos de Bland-Altman dos questionários. Percebe-se que todos os questionários apresentam uma distribuição aleatória ao redor do zero, com poucos pontos fora do limite.

Observa-se que em todos os diagramas há boa dispersão dos pontos.

Tabela 19 – Comparação das médias nos momentos 1 e 2 das escalas/domínios dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV28 e FACT-O e os coeficientes de correlação intra-classe (r_{icc}). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários Domínios/escalas	Momento 1 média (dp)	Momento 2 média (dp)	p *	r_{icc} (p)
EORTC-C-30 – Saúde Global	75,40(23,25)	73,52(22,38)	0,407	0,502 ($<0,001$)
EORTC-C-30 – Escala Funcional	78,45(16,21)	76,55(19,38)	0,173	0,707 ($<0,001$)
EORTC-C-30 – Escala de Sintomas	18,52(17,40)	20,06(19,35)	0,219	0,773 ($<0,001$)
EORTC-OV28 – Escala Funcional	73,20(17,17)	73,59(17,57)	0,736	0,781 ($<0,001$)
EORTC-OV28 – Escala de Sintomas	24,44(17,12)	24,03(18,03)	0,750	0,739 ($<0,001$)
FACT-TOI	71,94(10,80)	69,62(12,23)	0,017	0,659 ($<0,001$)
FACT-G	77,50(11,34)	77,07(13,09)	0,685	0,615 ($<0,001$)
FACT-O	110,02(15,67)	108,34(17,91)	0,234	0,651 ($<0,001$)

p*: teste de Wilcoxon.

Figura 2- Diagrama de dispersão dos questionários, nos dois momentos (teste-reteste). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Figura 3- Gráficos Bland-Altman para os questionários EORTC-C30, EORTC-OV28, FACT-O e seus domínios/escalas, nos momentos 1 e 2. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

4.9 Validade de Constructo

4.9.1 Validade de Constructo Convergente

As escalas do EORTC-OV28 e do FACT-O foram correlacionadas com os domínios do SF-36 e as escalas do HAD (Tabela 20).

As correlações mais fortes, sejam elas positivas ou negativas, foram encontradas com o domínio capacidade funcional do SF-36 a saber, com a escala funcional do EORTC-C30 ($r=0,63$; $p<0,001$), a escala de sintomas também do EORTC-C30 ($r=-0,60$; $p<0,001$), a escala sintomas do questionário EORTC-OV28 ($r=-0,42$; $p<0,001$), o questionário FACT-TOI ($r=0,57$; $p<0,001$) e o questionário FACT-O ($r=0,46$; $p<0,001$). Não houve correlação significativa da escala funcional do questionário EORTC-OV28 com o domínio capacidade funcional do SF-36. O mesmo aconteceu com os domínios dor e limitação por aspectos físicos e emocionais.

As maiores correlações com o domínio limitação por aspectos físicos foram obtidas com a escala funcional do EORTC-C30 ($r=0,57$; $p<0,001$), da escala de sintomas também do EORTC-C30 ($r=-0,61$; $p<0,001$), da escala de sintomas do OV28 ($r=-0,48$; $p<0,001$), da escala FACT-TOI ($r=0,61$; $p<0,001$) e FACT-O ($r=0,51$; $p<0,001$).

Todas as escalas correlacionaram-se significativamente (com exceção da escala funcional do EORTC-OV28) com o domínio estado geral da saúde.

Os questionários estiveram correlacionados significativamente com o domínio ansiedade do HAD. Também apresentaram boa correlação com o domínio depressão do HAD.

Em resumo, os questionários demonstraram fortes correlações com os domínios dor, capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais.

Tabela 20- Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os questionários EORTC C30, EORTC OV-28, FACT-O, SF-36 e o HADS. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Escalas SF-36/HAD	EORTC-C30 Saúde Global r (p)	EORTC-C30 Escala Funcional r (p)	EORTC-C30 Escala de Sintomas r (p)	EORTC-OV-28 Escala Funcional r (p)	EORTC-OV-28 Escala de Sintomas r (p)	FACT-O-TOI r (p)	FACT-G r (p)	FACT-O r (p)
Capacidade Funcional	0,40 (<0,001)	0,63 (<0,001)	-0,60 (<0,001)	0,12 (0,201)	-0,42 (<0,001)	0,57 (<0,001)	0,40 (<0,001)	0,46 (<0,001)
Limitação por aspectos físicos	0,36 (<0,001)	0,57 (<0,001)	-0,61 (<0,001)	0,21 (0,021)	-0,48 (<0,001)	0,61 (<0,001)	0,42 (<0,001)	0,51 (<0,001)
Dor	-0,37 (<0,001)	-0,45 (<0,001)	0,59 (<0,001)	-0,24 (0,008)	0,45 (<0,001)	-0,44 (<0,001)	-0,31 (<0,001)	-0,31 (<0,001)
Estado geral da saúde	-0,27 (0,003)	-0,31 (0,001)	0,28 (0,002)	-0,11 (0,206)	0,23 (0,013)	-0,27 (0,003)	-0,21 (0,023)	-0,25 (0,006)
Limitação por aspectos emocionais	0,24 (0,010)	0,49 (<0,001)	-0,50 (<0,001)	0,17 (0,064)	-0,43 (<0,001)	0,49 (<0,001)	0,39 (<0,001)	0,48 (<0,001)
Ansiedade	-0,26 (0,004)	-0,38 (<0,001)	0,28 (0,002)	-0,33 (<0,001)	0,34 (<0,001)	-0,24 (0,002)	-0,43 (<0,001)	-0,40 (<0,001)
Depressão	-0,48 (<0,001)	-0,56 (<0,001)	0,40 (<0,001)	-0,35 (<0,001)	0,41 (<0,001)	-0,48 (<0,001)	-0,56 (<0,001)	0,57 (<0,001)

4.9.2 Validade de Constructo Discriminante

A Tabela 21 mostra a comparação das médias dos escores dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV28 e FACT-O segundo estadiamento (inicial (I e II) X avançado (III e IV)). Observa-se que quanto maior forem os escores, melhor será a qualidade de vida. Nos escores em que quanto maior melhor a qualidade de vida, as médias do grupo de pacientes em estadiamento inicial foram sempre superiores ao outro grupo, porém foram estatisticamente significativas apenas EORTC-C30-Escala Funcional ($p=0,018$) e FACT-TOI ($p=0,032$). Na escala de sintomas, onde quanto maior a média, maior a quantidade de sintomas, verifica-se que o grupo com estadiamento avançado apresentou as maiores médias, a saber: EORTC-C30 (15,26 X 22,22; $p=0,020$) e EORTC-OV28 (19,95 X 28,61; $p=0,012$).

Tabela 21 – Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação a estágio (inicial e avançado). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários / Escalas		Inicial n = 42 Média (dp)	Avançado n = 72 Média (dp)	p
EORTC-C-30	Saúde Global	77,97 (23,77)	72,56(22,65)	0,111
EORTC-C-30	Escala Funcional	82,01(13,62)	73,64(18,49)	0,018
EORTC-C-30	Escala de Sintomas	15,26(16,23)	22,22(18,82)	0,020
EORTC-OV28	Escala Funcional	74,29(16,61)	70,80(17,42)	0,281
EORTC-OV28	Escala de Sintomas	19,95(13,64)	28,61(18,09)	0,012
FACT-O-TOI		73,23(10,66)	69,72(11,91)	0,032
FACT-G		77,51(11,85)	76,54(11,84)	0,571
FACT-O		110,27(16,38)	108,29(16,33)	0,378

Nos grupos de comparação da escala de performance *Karnofsky* (Tabela 22), observou-se que na categoria de 80-100% (alto), as pacientes apresentaram maiores escores de qualidade de vida, isto é, as médias neste grupo sempre foram maiores que no outro. Na escala de sintomas, onde quanto maior a média, maior a quantidade de sintomas, pior a qualidade de vida, verifica-se que o grupo com performance

Karnofsky com 50-70% (baixo) apresentaram as maiores médias. Neste grupo, apenas a Escala Funcional do EORTC-OV28 não foi estatisticamente significativa.

Tabela 22 – Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação à escala de *Karnofsky* (80-100% e 50-70%). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários / Escalas		80-100% n = 99 Média (dp)	50-70% n = 15 Média (dp)	p
EORTC-C-30	Saúde Global	78,45(18,82)	48,88(31,94)	<0,001
EORTC-C-30	Escala Funcional	79,77(14,42)	56,59(21,32)	<0,001
EORTC-C-30	Escala de Sintomas	15,85(13,74)	44,78(23,63)	<0,001
EORTC-OV28	Escala Funcional	72,34(17,12)	70,37(17,72)	0,641
EORTC-OV28	Escala de Sintomas	23,24(15,31)	39,80(21,22)	0,004
FACT-O-TOI		73,82(7,90)	52,46(14,63)	<0,001
FACT-G		79,15(9,46)	62,02(14,95)	<0,001
FACT-O		112,35(12,75)	87,08(20,36)	<0,001

Nos grupos de comparação da doença atual (Tabela 23), o grupo sem evidência de doença apresentou as maiores médias de qualidade de vida em relação ao outro grupo (com doença). Na escala de sintomas, o grupo com evidência de doença apresentou as maiores médias. Neste grupo, as médias da escala funcional do EORTC-OV28 e a escala do FACT-G não foram estatisticamente diferentes.

Tabela 23 – Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação à doença atual (sem evidência e com evidência de doença). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários / Escalas		Sem evidência n = 76 Média (dp)	Com evidência n = 38 Média (dp)	p
EORTC-C-30	Saúde Global	79,38(19,97)	64,91(26,07)	0,003
EORTC-C-30	Escala Funcional	80,40(15,20)	69,35(18,97)	0,001
EORTC-C-30	Escala de Sintomas	15,68(15,02)	27,59(21,25)	0,001
EORTC-OV28	Escala Funcional	72,38(17,19)	71,50(17,23)	0,864
EORTC-OV28	Escala de Sintomas	22,04(14,44)	32,18(19,88)	0,010
FACT-O-TOI		73,40(8,59)	66,23(14,9)	0,007
FACT-G		78,54(10,17)	73,61(14,11)	0,136
FACT-O		111,83 (13,16)	103,40 (20,31)	0,031

Na Tabela 24 há a comparação do grupo em tratamento atual com o grupo em pós-tratamento. Este último apresentou as maiores médias de qualidade de vida em relação ao grupo em tratamento. Na escala de sintomas, o grupo em tratamento apresentou as maiores médias. Nesta análise, todas as médias apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 24 – Comparação de médias dos questionários/escalas no momento 1 em relação ao tratamento atual (em tratamento e pós- tratamento). Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários / Escalas		Em tratamento n = 47 Média (dp)	Pós- Tratamento n = 67 Média (dp)	p
EORTC-C-30	Saúde Global	62,94(25,22)	82,71(17,54)	<0,001
EORTC-C-30	Escala Funcional	68,84(19,56)	82,25(13,01)	<0,001
EORTC-C-30	Escala de Sintomas	28,75(20,65)	13,27(12,92)	<0,001
EORTC-OV28	Escala Funcional	66,46(17,30)	76,02(15,99)	0,003
EORTC-OV28	Escala de Sintomas	33,01(18,56)	20,10(13,71)	<0,001
FACT-O-TOI		65,55(14,46)	74,85(6,80)	<0,001
FACT-G		72,96(13,72)	79,66(9,40)	0,008
FACT-O		102,84(19,67)	113,36(11,80)	0,002

4.10 Avaliação do grau de entendimento das questões e dos questionários

4.10.1 Grau de entendimento das questões

Nas Tabelas 25, 26 e 27 estão apresentados os resultados do grau de entendimento das questões de cada questionário que foram criticadas, não sendo incluídas aquelas em que não houve reclamação.

No questionário EORTC-C30 apenas uma questão foi considerada como tendo palavras difíceis (10-Você precisou repousar?). Nenhuma mulher considerou alguma pergunta constrangedora e as questões 7, 19, 20, 26, 27, 28 foram consideradas confusas por 6 pacientes.

No questionário EORTC OV28, nenhuma mulher considerou alguma pergunta como constrangedora. A questão 34 (Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou tratamento?) foi considerada difícil por quatro mulheres. A pergunta 46 (Urinou com frequência?) foi considerada difícil

por 6 mulheres e confusa por 8 mulheres. As questões 52 e 53 foram consideradas difíceis por 4 mulheres e as questões 50 e 54 por 2 mulheres. As questões 33 e 45 foram consideradas confusas por 2 mulheres.

No questionário FACT-O apenas uma pergunta (GP1-Estou sem energia) foi considerada difícil por 2 mulheres. Nenhuma questão foi considerada com palavras constrangedoras. Uma questão (GP3) foi considerada com palavras difíceis e as questões GP1, GP6, GS4, GS5, GF4 e C3 foram consideradas confusas por 11 mulheres.

Tabela 25- Número de pacientes, segundo o grau de entendimento de cada questão do questionário EORTC-C30. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questões	Respostas			
	Difícil	Confusa	Palavras difíceis	Constrangedora
	Nº	Nº	Nº	Nº
7-Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	-	1	-	-
10-Você precisou repousar?	-	-	1	-
19-A dor interferiu em suas atividades diárias?	-	1	-	-
20-Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	-	1	-	-
26-A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	-	1	-	-
27-A sua condição física ou tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	-	1	-	-
28- A sua condição física ou tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	-	1	-	-

Tabela 26 – Número de pacientes, segundo o grau de entendimento de cada questão do questionário EORTC-OV28. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questões	Respostas			
	Difícil	Confusa	Palavras difíceis	Constrangedora
	Nº	Nº	Nº	Nº
33- Sentiu que a roupa lhe ficava muito apertada?	-	1	-	-
34- Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou tratamento?	4	-	-	-
45- Teve problemas em ouvir?	-	1	-	-
46- Urinou com frequência?	6	8	-	-
50- Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	-	-	-
52- Em que medida a sua doença tem sido um fardo para você?	2	-	-	-
53- Em que medida o tratamento tem sido um fardo para você?	2	-	-	-
54- Preocupa-se com seu estado de saúde no futuro?	1	-	-	-

Tabela 27 – Número de pacientes, segundo o grau de entendimento de cada questão do questionário FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questões	Respostas			
	Difícil	Confusa	Palavras difíceis	Constrangedora
	Nº	Nº	Nº	Nº
GP1-Estou sem energia.	2	1	-	-
GP3-Por causa do meu estado físico tenho dificuldade em atender às necessidades da família.	-	-	1	-
GP6-Sinto-me doente.	-	1	-	-
GS4-A minha família aceita a minha doença.	-	3	-	-
GS5-Estou satisfeita com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.	-	3	-	-
GF4-Aceito a minha doença.	-	2	-	-
C3-Consigo controlar os intestinos.	-	1	-	-

4.10.2 Grau de entendimento dos questionários

A estatística descritiva da nota dada ao grau de entendimento para cada um dos questionários encontra-se na Tabela 28 e na Figura 2. Verifica-se que as notas foram semelhantes entre os três.

Tabela 28 – Estatística descritiva do grau de entendimento dos questionários EORTC C30, EORTC OV28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários	Parâmetro			
	Média (dp)	Mediana	Mín-max	ICC
EORTC C30	4,64(0,62)	5,00	2,00-5,00	4,52-4,75
EORTC OV28	4,50(0,70)	5,00	2,00-5,00	4,37-4,63
FACT-O	4,59(0,66)	5,00	2,00-5,00	4,47-4,71

Figura 4- Médias e respectivos intervalos de 95% de confiança do grau de entendimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

4.11 Tempo de preenchimento dos questionários

A estatística descritiva do tempo de preenchimento de cada um dos questionários encontra-se na Tabela 29 e Figura 3. Nota-se um menor tempo de preenchimento no questionário EORTC OV-28 (média 5,10 min.). Se for considerado o EORTC como um todo, o tempo médio foi de 10,21 minutos (5,11 + 5,10 minutos). O FACT-O foi preenchido, em média, em 6,5 minutos.

Tabela 29- Estatística descritiva do tempo de preenchimento (em minutos) dos questionários EORTC C-30, EORTC OV-28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Questionários	Parâmetro			
	Média em minutos (dp)	Mediana em minutos	Mín-max em minutos	ICC
EORTC C-30	5,11 (1,83)	4,80	2,04-12,33	4,77-5,45
EORTC OV28	5,10 (1,55)	4,70	2,12-9,50	4,81-5,39
FACT-O	6,5 (2,50)	6,00	3,03-17,03	6,04-6,96

Figura 5 – Médias e respectivos intervalos de 95% de confiança do tempo (em minutos) de preenchimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV-28 e FACT-O. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

4.12 Escolha do melhor questionário

No Quadro 9 encontra-se o resumo da consistência interna, reprodutibilidade, validade de constructo, validade convergente, média de entendimento dos questionários e das questões e tempo médio de preenchimento dos questionários EORTC-C30, EORTC-OV28 e FACT-O.

Na consistência interna (α de Cronbach), todos os questionários apresentaram $\alpha > 0,70$, com exceção da escala do FACT-G ($\alpha=0,58$), sendo que a escala saúde global do questionário EORTC-C30 apresentou maior α (0,88).

Na reprodutibilidade, nenhum questionário apresentou diferença estaticamente significativa nas médias dos escores no primeiro e no segundo momento, com exceção do questionário FACT-TOI ($p=0,017$).

No coeficiente de correlação intraclasse todos tiveram r_{icc} maior 0,5 e o questionário EORTC-OV28 escala funcional apresenta a maior correlação entre os dois momentos ($r_{icc}=0,78$).

Nos gráficos de Bland-Altman todos os questionários apresentaram boa distribuição aleatória em torno do zero.

Na validade convergente, considerando os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e emocionais do SF-36, a escala de sintomas do questionário EORTC-C30 apresentou maiores coeficientes de correlação ($r > 0,50$).

Na validade discriminante observa-se que houve diferença estatisticamente significativa nas médias dos escores de todos os questionários.

Quanto ao entendimento das questões e do questionário, as médias de entendimento foram semelhantes, porém o EORTC- OV28 apresentou melhor média de entendimento (4,50), porém apresentou maior número de reclamações de suas questões (26). O questionário EORTC-C30 foi o que apresentou menos reclamações. O questionário EORTC-OV28 foi preenchido, em média, em 5,10 minutos, mas precisa ser adicionado à escala geral que leva mais 5,11 minutos.

Verifica-se que os parâmetros foram mais favoráveis ao sistema EORTC. No entanto, os resultados apresentados pelos instrumentos propostos pelo FACT também foram muito bons e este leva menos tempo.

Quadro 9 – Resumo da consistência interna, validade convergente, validade discriminante, média de entendimento dos questionários e das questões, tempo médio e reprodutibilidade dos questionários. Hospital AC Camargo, março a julho de 2010.

Variáveis	EORTC-C-30 Saúde Global	EORTC-C-30 Escala Funcional	EORTC-C-30 Escala de Sintomas	EORTC-OV28 Escala Funcional	EORTC-OV28 Escala de Sintomas	FACT-TOI	FACT-G	FACT-O
Consistência interna (α)	$\alpha = 0,882$	$\alpha = 0,867$	$\alpha = 0,863$	$\alpha = 0,726$	$\alpha = 0,851$	$\alpha = 0,755$	$\alpha = 0,582$	$\alpha = 0,733$
Reprodutibilidade - $\neq$ de médias - r_{icc} - Bland-Altman	$p = 0,407$ $r_{icc} = 0,502$ OK	$p = 0,173$ $r_{icc} = 0,707$ OK	$p = 0,219$ $r_{icc} = 0,773$ OK	$p = 0,736$ $r_{icc} = 0,781$ OK	$p = 0,750$ $r_{icc} = 0,739$ OK	$p = 0,017$ $r_{icc} = 0,659$ OK	$p = 0,685$ $r_{icc} = 0,615$ OK	$p = 0,234$ $r_{icc} = 0,651$ OK
Validade Convergente*	$r > 0,24$	$r > 0,49$	$r > 0,50$	$r > 0,12$	$r > 0,42$	$r > 0,49$	$r > 0,39$	$r > 0,46$
Validade Discriminante	$p = <0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,003$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,008$	$p = 0,002$
Média da nota sobre o entendimento do questionário	4,64			4,50		4,59		
Nº de reclamações	07			26		14		
Tempo (minutos)	5,11			5,10		6,50		

* Considerando os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais do SF-36.

5 DISCUSSÃO

Atualmente, o câncer de ovário mantém uma tendência estável em alguns países, porém ainda é uma doença com alta letalidade. Entretanto, com os avanços tanto cirúrgicos como farmacológicos, as mulheres estão obtendo uma sobrevida maior. Assim, tanto para a equipe assistencial quanto para as pacientes, é fundamental discutir sobre a sua qualidade de vida.

De acordo com diversos autores (AARONSON et al. 1993; KEMMLER et al. 1999; GRZANKOWSKI, 2011), principalmente nas duas últimas décadas, a qualidade de vida do paciente se tornou um ponto essencial no tratamento do câncer. Avaliações sistemáticas da mesma capacitam os profissionais da saúde a identificar pacientes que apresentam maior risco de desenvolver problemas físicos, sociais e emocionais, possibilitando intervenções precocemente. Medir qualidade de vida implica, também, na obtenção de informações necessárias para a reabilitação dos pacientes oncológicos (BODURKA-BEVERS, 1999).

Qualidade de vida é um conceito difícil de ser definido; entretanto, é fundamental a sua avaliação para proporcionar um entendimento do impacto da doença e as consequências do tratamento decorrente (ARRIBA et al, 2010).

Assim, muitos estudos têm sido desenvolvidos para a formulação e a análise de questionários que englobam as dimensões que permeiam a saúde e a doença no dia a dia das pessoas. Entretanto, para esses instrumentos serem utilizados é necessário validá-los a fim de assegurar o que se propuseram a medir. Espera-se que possam detectar as mudanças que ocorrem com o passar do tempo e diferenciar certas situações (FREDHEIM et al, 2007).

Como não há instrumentos específicos criados no Brasil, nem adaptados à nossa cultura, para avaliar a qualidade de vida em câncer de ovário, optou-se pela realização da adaptação e validação de dois questionários já existentes.

O objetivo deste trabalho foi validar, para o Brasil, analisar a reprodutibilidade e determinar a preferência, a aceitação, o tempo de preenchimento e a facilidade de compreensão de dois questionários que avaliam a qualidade de vida em pacientes com câncer de ovário, a saber, o EORTC-OV28 e o FACT-O.

Este estudo foi realizado na cidade de São Paulo, no Hospital do Câncer AC Camargo – Fundação Antônio Prudente. Este é um hospital de referência em toda a América Latina para diagnóstico, tratamento, prevenção, ensino e pesquisa sobre câncer. Esta instituição atende, além de diversos convênios e seguradoras, uma pequena parcela de pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde).

As mulheres foram convidadas para compor esta amostra aleatoriamente, a medida que compareciam em consulta nos departamentos da Ginecologia Oncológica e da Oncologia Clínica e a taxa de recusa foi de apenas 2,5%.

Por este ser um hospital de referência para os convênios, das 114 mulheres entrevistadas, 82,5% delas possuíam convênio e 42% apresentavam ensino superior completo. Este dado levanta a hipótese de que os resultados poderiam ser diferentes se a população estudada apresentasse uma menor escolaridade. Talvez, o entendimento das questões fosse diferente do encontrado nesta pesquisa. No entanto, destaca-se que os questionários podem ser aplicados pelo próprio pesquisador, o que facilitaria o entendimento.

Durante a entrevista, após a explicação de todo o procedimento, as pacientes poderiam escolher responder o questionário por conta própria (56% delas) ou em forma de entrevista (44%). De acordo com COSTA (2007), há um consenso na literatura sobre

a questão do questionário de qualidade de vida ser auto-respondido, pois assim pode-se levar em conta a percepção do indivíduo. No estudo de AARONSON et al. (1993) foram comparadas as respostas dependendo da maneira que o questionário era administrado e nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada.

Pelo exposto, considera-se que as respostas aqui obtidas são adequadas para analisar a validade e a confiabilidade dos questionários.

Neste estudo, o primeiro cuidado foi fazer a adaptação do questionário do EORTC OV-28 para o português falado/escrito no Brasil, pois sua tradução havia sido realizada para o português de Portugal. As adaptações foram pequenas e não comprometeram o conteúdo. O questionário FACT-O já tinha a sua versão para o português falado/escrito no Brasil.

As propriedades psicométricas são fundamentais para a escolha adequada do instrumento. De posse dessas informações, o pesquisador é capaz de escolher qual questionário utilizará em sua prática clínica de acordo com suas necessidades do momento.

Nesta pesquisa, a validade de constructo foi avaliada pelas validades convergente e discriminante.

Na análise da validade convergente, buscaram-se evidências da capacidade do instrumento em se correlacionar em magnitude e direção com uma hipótese pré-definida (DE BOER et al, 1995). Para tal, existe a necessidade de um instrumento “padrão-ouro” como referência. Na ausência deste foi selecionado o questionário SF-36 e a escala HAD por serem os mais utilizados em estudos semelhantes. Os estudos de BASEN-ENGQUIST et al (2001), BODURKA-BEVERS(1999), MIRABEAU-BEALE et al (2009) e CELLA(1993) utilizaram a escala de depressão e ansiedade. Os estudos de

SILVA (2008), PERWITASARI et al (2011) e CHIE et al (2010) utilizaram as escalas do SF-36.

Os grupos de comparação na validade discriminante foram estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV), Karnofsky (80-100% alto x 50-70% baixo), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento).

Os estudos de AARONSON et al (1993) e GREIMEL et al (2003) que validaram o EORTC-C30 e EORTC-OV 28, respectivamente, e BASEN-ENGQUIST et al (2001) que validaram o FACT-O, utilizaram os sub-grupos segundo estadiamento. Os estudos de GREIMEL et al (2003) e BASEN-ENGQUIST et al (2001) utilizaram os sub-grupos da Escala de Performance Karnofsky. Os estudos de DING (2007) e VON GRUENIGEN et al (2009) utilizaram os sub-grupos doença atual e tratamento atual, respectivamente.

Com isso, entende-se que este estudo analisou os sub-grupos mais utilizados na literatura.

A seguir, será apresentada a discussão de cada questionário, separadamente.

5.1 Questionário de Qualidade de Vida – EORTC-OV28 *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

A Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) possui como principal objetivo desenvolver um sistema de instrumentos que avaliem a qualidade de vida de pacientes com câncer. Este grupo de estudos reconheceu a necessidade de reconciliar dois níveis de aplicação dos instrumentos. Isto levou a adoção de um questionário geral (EORTC-C30) que foi desenvolvido para avaliar aspectos genéricos da qualidade de vida de pacientes com câncer e diversos

questionários específicos para cada localização de câncer. O EORTC-C30 foi feito para ser suplementado por estes módulos adicionais (SPRANGERS et al. 1996). No caso de câncer de ovário este suplemento é o questionário EORTC-OV 28 validado por GREIMEL et al (2003).

Este questionário é composto por duas escalas: uma funcional e outra de sintomas. Este questionário foi desenvolvido em 2003 por GREIMEL et al e foi traduzido para os seguintes países: Dinamarca, Holanda, França, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha e Suíça.

Esse módulo também foi validado em Taiwan por CHIE et al(2009). Nos Países Baixos foi validado para avaliar a qualidade de vida em mulheres com exenteração pélvica (ROOS et al, 2004), por ser a grande maioria dessas mulheres com cânceres ginecológicos.

As consistências internas para as escalas funcional e de sintomas foram de 0,72 e 0,85, respectivamente. Realizando essa análise em sub-escalas, variou de 0,47-0,86 (sintomas 0,47-0,86 e funcional 0,51-0,83). O item “outros efeitos da quimioterapia” apresentou a consistência de 0,47. Talvez, esse resultado deva-se ao fato de que nem todas as mulheres da amostra estavam em tratamento quimioterápico no momento da entrevista.

No estudo de GREIMEL et al (2003), a consistência interna das sub-classes variou de 0,58-0,90, sendo que a sub-escala imagem corporal apresentou consistência de 0,58. No estudo de CHIE et al(2009), o α de Cronbach das subclasses variou de 0,39-0,89, sendo que o item “outros efeitos da quimioterapia” apresentou α de 0,63 e “sintomas hormonais” α de 0,39. No estudo de ROOS et al (2004), o α de Cronbach foi maior que 0,60.

Com isso, os valores encontrados nessa pesquisa estão dentro dos padrões encontrados em outros estudos.

Na análise da validação de constructo convergente, a escala funcional não apresentou correlação significativa com os domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e limitação por aspectos emocionais. A escala de sintomas apresentou correlação significativa com todos os domínios. Nos estudos de CHIE et al (2009) e de ROOS et al (2004), não foi realizado essa análise.

Na análise da validação de constructo discriminante, a escala de sintomas foi capaz de discriminar todos os sub-grupos comparados: estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV), Karnofsky (80-100% x 50-70%), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento). Já a escala funcional foi capaz de discriminar apenas o sub-grupo tratamento atual (em tratamento e pós tratamento).

No estudo de CHIE et al (2009) foi utilizado o grupo tratamento atual (em tratamento e pós tratamento) para discriminar os grupos, sendo o instrumento capaz de fazê-lo.

No estudo de ROOS et al (2004) foram utilizados os sub-grupos: duração do seguimento, idade, tipo de exenteração, recorrência e tumor primário e o questionário foi capaz de discriminar as pacientes idosas das mais jovens e com e sem exenteração total.

Na reprodutibilidade, ambas as escalas obtiveram correlação significativa entre os dois momentos. Tanto a escala funcional como a de sintomas apresentaram valores estatisticamente significativos ($p < 0,001$) para os coeficientes de correlação intraclasse com valores de 0,78 e 0,73, respectivamente. No estudo de CHIE et al (2009) e ROOS et al (2004) não foram realizadas essas análises.

Os gráficos Bland-Altman para as duas escalas do questionário EORTC-OV 28 demonstraram uma boa concordância entre o teste e o reteste.

O tempo médio de aplicação do EORTC- OV28 foi em média de 5,10 minutos, porém deve-se somar 5,11 do EORTC-C30. No estudo de GREIMEL et al (2003) a maioria das pacientes (76%) completaram ambos os questionários em menos de 15 minutos. Com esse dado, observa-se que o tempo da pesquisa foi semelhante ao estudo original.

5.2 Questionário de Qualidade de Vida – FACT-O *Functional Assessment of Cancer Therapy – Ovarian Cancer*

Este questionário é composto por cinco domínios: bem estar físico, bem estar familiar, bem estar emocional, bem estar funcional e escala para câncer de ovário e foi desenvolvido por BASEN-ENGQUIST em 2001.

As consistências internas variaram de 0,50 a 0,79, semelhantes às descritas na literatura. No estudo de BASEN-ENGQUIST (2001) os resultados variaram de 0,74 a 0,92. No estudo de DING (2007) em mulheres chinesas, o α de Cronbach variou de 0,68 a 0,85.

Na análise da validação de constructo convergente todos os domínios apresentaram correlação estatisticamente significativa com o FACT-O. No estudo de BASEN-ENGQUIST (2001), a análise da validade convergente foi realizada entre o FACT-O e o questionário FLIC (*Functional Living Index-Cancer*), um instrumento que avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer em geral. Como resultado foi encontrado uma boa correlação entre os dois questionários.

Na análise da validação de constructo discriminante, o FACT-O foi capaz de discriminar os sub-grupos comparados: Karnofsky (80-100% x 50-70%), doença atual (sem evidência de doença X com evidência de doença) e tratamento atual (em tratamento e pós tratamento). Apenas não foi possível discriminar o subgrupo estadiamento inicial (I e II) x avançado (III e IV).

No estudo de BASEN-ENGQUIST (2001), a análise da validade discriminante foi realizada pelo escala de performance (questionário FLIC), estadiamento e tratamento atual. Nesse mesmo estudo também não foi possível discriminar o subgrupo estadiamento.

Na reprodutibilidade, o FACT-O obteve correlação significativa entre os dois momentos e o coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,65. No estudo de BASEN-ENGQUIST (2001), o coeficiente de correlação intraclasse foi superior (r_{icc} = de 0,81).

Os gráficos Bland-Altman e a escala do questionário FACT-O demonstraram uma boa concordância entre o teste e o reteste.

O tempo médio de aplicação do FACT-O foi de 6,5 minutos e no estudo de DING (2007) foi de 5 a 10 minutos.

5.3 Comparação dos questionários

Além de validar e analisar as reprodutibilidades dos questionários descritos acima, este estudo também analisou a preferência, a aceitação e a facilidade de compreensão entre as pacientes sobre os questionários aqui analisados, procurando definir qual o questionário é mais adequado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário.

A aceitabilidade para todos os questionários foi boa e poucas mulheres relataram dificuldade no entendimento das questões.

No questionário EORTC-C30, seis questões foram consideradas confusas e uma com palavras difíceis. Cerca de 5% das pacientes referiram que a pergunta “urinou com frequência?” do questionário EORTC-OV 28 era uma pergunta difícil e 7% relataram que acharam essa pergunta confusa. Uma explicação para isso é que as pacientes não entenderam se essa pergunta era um fato normal ou não, por isso essa dificuldade.

O questionário FACT-O apresentou seis questões que foram consideradas confusas em 11 mulheres. A maioria era referente à aceitação da doença. Pode ser que este seja um assunto que elas não gostem de falar e, assim, dizem ser confusa.

A segunda maneira de verificar a preferência/aceitação/facilidade dos instrumentos, foi por meio de uma escala verbal-numérica que foi aplicada ao final de cada questionário. Nela a paciente deveria dar uma nota de 1 a 5 quanto ao seu grau de entendimento do instrumento como um todo, onde 1 significava “não entendi nada” e 5 “entendi perfeitamente, não tenho dúvidas”. Todos os questionários apresentaram notas médias acima de 4,50 e não foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios.

O tempo levado para responder cada questionário também foi analisado. O questionário FACT-O apresentou média de 6,50 min. Os questionários EORTC-C30 e o EORTC-OV 28 tiveram seus tempos analisados em separado (5,11 min. e 5,10 min., respectivamente). No entanto, eles precisariam ser aplicados juntos, o que tornaria este o maior instrumento (58 questões) com maior tempo dispendido. Estes tempos foram semelhantes ao que se encontram na literatura.

Durante a análise dos dados foi possível verificar quais dos questionários possuíam as fórmulas mais fáceis para cálculo de seus escores. Os questionários

EORTC-C30 e EORTC-OV28 podem ser considerados os questionários mais simples de obter seus escores, pois seu cálculo é simples e rápido.

O questionário FACT-O apresenta como resultado do seu escore um único valor, o que facilita a interpretação do resultado. Por outro lado, seu cálculo é relativamente fácil se todas as questões forem respondidas, pois a média do cálculo é feita em função do número de questões respondidas. Por isso sugere-se cuidado na conferência para verificar se a paciente respondeu a todas as questões.

Na análise da consistência interna, as três escalas do EORTC-C30, a de sintomas do EORTC-OV 28 e o domínio bem-estar familiar do FACT-O apresentaram os maiores α de Cronbach (0,88; 0,86; 0,86; 0,85; 0,79 respectivamente).

Houve boa validade de constructo convergente para todos e na validade de constructo discriminante, praticamente todos os questionários conseguiram discriminar entre os grupos de comparação apresentados.

Na análise da reprodutibilidade apenas a escala FACT-TOI apresentou diferença estatisticamente significativa entre as médias nos dois momentos ($p= 0,017$). Dessa escala faz parte o domínio funcional (capacidade de fazer as atividades), sendo que muitas mulheres, no dia da consulta, poderiam estar em pior estado em relação aos 14 dias seguintes onde estavam mais estabilizadas.

No cálculo do coeficiente de correlação intraclass, todos os questionários apresentaram valores significativos ($p<0,001$) e o a escala funcional do EORTC-OV 28 apresentou o maior valor do r_{icc} (0,78). Nos gráficos Bland-Altman percebeu-se que todos os questionários apresentaram uma boa distribuição aleatória ao redor do zero, com poucos pontos fora do limite.

Todos os questionários aqui validados apresentaram boa confiabilidade e bons índices de reprodutibilidade e poderiam ser indicados para aplicação em pesquisas futuras, sem uma superioridade de desempenho entre eles.

A melhor escolha para o pesquisador, já que os instrumentos abordam questões semelhantes, será a disponibilidade de tempo que ele tiver para aplicar e seus objetivos.

Considera-se importante que esses instrumentos continuem a serem testados quanto a sua confiabilidade e sua validade em diferentes contextos sócio-culturais da realidade brasileira.

6 CONCLUSÕES

6.1 Para fazer a adaptação do questionário de qualidade de vida EORTC- OV 28 para a língua portuguesa falada/escrita no Brasil, poucas mudanças foram necessárias.

6.2 Os questionários de qualidade de vida EORTC-C30, EORTC- OV 28 e FACT-O (com exceção do domínio bem-estar funcional) apresentaram boa consistência interna e boa reprodutibilidade.

6.3 Os questionários de qualidade de vida EORTC-C30 e EORTC – OV 28 mostraram capacidade discriminante em todas as escalas, com exceção da escala funcional do EORTC-OV 28, e mostraram boa validade convergente. O FACT-O apresentou boa capacidade discriminante e convergente.

6.4 O questionário que apresentou menor número de reclamações/questionamentos foi o FACT-O, mas foram poucas as reclamações/questionamentos em relação ao EORTC.

6.5 As notas da facilidade de compreensão dos questionários como um todo, foram altas, sem diferença significativa entre os questionários.

6.6 Os questionários de qualidade de vida EORTC-C30 e EORTC – OV 28 apresentaram tempo médio de aplicação de 10,21 minutos e o FACT-O apresentou tempo médio de aplicação de 6,5 minutos.

6.7 Considera-se que o desempenho de ambos foi semelhante e os dois questionários podem ser utilizados na avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário.

7 REFERÊNCIAS

[IARC] International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. World Cancer Report, 2008. International Agency for Research on Cancer. Lyon; 2009.

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85:365-76.

Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D. Textbook of Cancer Epidemiology. 2. ed. Oxford: Oxford; 2008.

Arriba LN, et al. A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer. Gynecologic Oncology. 2010; 119: 390-396.

Barber HR. Ovarian cancer: diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol. 1984; 150:910-916.

Basen-Engquist K, Bodurka-Bervers D, Fitzgerald MA, Webster K, Cella D, Hu S, Gershenson DM. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Ovarian. Journal of Clinical Oncology. 2001; 19 (6): 1809-1817.

Berek JS. Tratado de Ginecologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Bertani IF, et al. Instrumentos e métodos para medir qualidade de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2005; 15(5) 8-16.

Biere S, Roosnek K, Helg C, Verhopen F, et al. Quality of life and social integration after allogeneic hematopoietic. Bone Marrow Transplantation. 2008; 42(3) 819-827.

Bland JM, Altman DG. Statistical Methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986; 1:307-10.

Bodurka-Bervers D, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 2000; 78:302-308.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, et al. Transtornos de humor em enfermagem clínica médica e validação de escala de medida HAD de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(5): 355-360.

Brewer MA, et al. Prevention of ovarian cancer: intraepithelial neoplasia. *Clin Cancer Rev*. 2003; 9:20-30.

Calhoun EA, et al. Psychometric evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity (FACT/GOG-Ntx) questionnaire for patients receiving systemic chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2003; 13: 741-748.

Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J, The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *J. Clin. Oncol*. 1993; 11: 570-579.

Chang AE, et al. *Oncology: an evidence based approach*. New York: Springer; 2006.

Chie WC, Lan CY, Chiang C, Chen CA. Quality of life of patients with ovarian cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-OV28. *Psycho-Oncology*. 2010; 19: 782-785.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a Língua Portuguesa e Validação de Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras de Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-150.

Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Brasil Reumatologia*. 2003; 13(2)-IX-XIII.

Clark P, Lavielle P, Martínez H. Learning from Pain Scales: Patient Perspective. *The Journal of Rheumatology*. 2003; 30(7): 1584-1588.

Costa LS. Qualidade de vida em crianças e adolescentes com HIV/AIDS: validação e reprodutibilidade de instrumentos. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2007

Cull A, Howat S, Greimel E, Waldenstrom C, Arraras J, Kudelka A, Chauvenet L, Gould A. On behalf of the EORTC Quality of Life Group and the Scottish Gynaecological Cancer Trials Group. Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer questionnaire module to assess the quality of life of ovarian cancer patients in clinical trials: a progress report. *Eur Journal of Cancer*. 2001; 37: 47-53.

De Boer JB, Van Dam FSAM, Sprangers MAG. Health-related quality-of-life evaluation in HIV-infected patients. *PharmacoEconomics*. 1995; 8:291-304.

DeVita VTJ, Lawrence TS, Rosenberg SA. Principles and Practice of Oncology Cancer Principles and Practice of Oncology. 7.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.

Ding Y, LiZhu Y, Zhang MF. Quality of life of chinese patients with ovarian malignancies during chemotherapy under condition of no recurrence. *Cancer Nursing*. 2007; 30 (3):243-251.

EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Quality of life group History [acessado em 18 mar 2009] Disponível em www.eortc.be.

EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Brussels: EORTC; 2001 [acessado em 18 mar 2009] Disponível em www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf.

FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) [Acessado em 16 mar 2009] Disponível em: www.facit.org/about/welcome.aspx.

FACIT Therapy FAOCI. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. [acessado em 16 mar2009]; Disponível em www.facit.org/about/welcome.aspx.

Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes. 2 ed. Estados Unidos: Wiley; 2007.

Fleck MPA et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fredheim OM, Borchgrevink PC, Saltnes T, Kaasa S. Validation and comparison of the health-related quality-of-life instruments EORTC QLQ-C30 and SF-36 in assessment of patients with chronic nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34:657-65.

Guastalla JP, Diéras V. The taxanes: toxicity and quality of life considerations in advanced ovarian cancer. *Br J Cancer*. 2003; 89(suppl 3):S16-S22.

Guillermín F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24 (2): 61-63.

Goff BA, et al. Ovarian carcinoma diagnosis. *Cancer*. 2000; 89:2068-75.

Goodwin PJ, et al. Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: analysis of multiple variables. *J Clin Oncol*. 2004; 22 (20):4184-92.

Greimel E, Bottomley A, Cull A, Waldenstrom AC, Arraras L, on behalf of the EORTC Quality of Life Group and the Quality of Life Unit. An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-OV28) in assessing the quality of life of patients with ovarian cancer. *Eur Journal of Cancer*. 2003; 1402–1408.

Grzankowski KS, Carney M. Quality of life in Ovarian Cancer. *Cancer Control*. 2011; 18 (1):52-58.

Guimarães JRQ. Manual de Oncologia. 2 ed. São Paulo: BBS Editora; 2006.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related. Quality of life *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118 (8) 622-62.

Hamidou Z, Causeret S, Dabakuyo, TS, et al. Population-based study of ovarian cancer in Côte d Or: prognostic factors and trends in relative survival rates over the last 20 years. *BMC Cancer*. 2010; 10:622.

Instituto Nacional de Câncer. Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashinga-Giwa K. Health-related quality of life and culture. *Seminars in Oncology Nursing*. 2010; 26(1) 59-67.

Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, ed. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. 1 . ed. New York: Columbia University Press. 1949; 191-205.

Kellert IM, Botterweck AA, Huvneers JA, Dirx MJ. Trends in incidence of and mortality from uterine and ovarian cancer in Mid and South Limburg, The Netherlands, 1986-2003. *Eur J Cancer Prev*. 2009; 18(1):85-9.

Lakusta CM, Atkinson MJ, Robinson JW, Nation J, Taenzer PA, Campo MG. Quality of life in ovarian cancer patients receiving chemotherapy. *Gynecol. Oncol*. 2001; 81(3): 490-495.

Luoma ML, et al. Prognostic value of quality of life scores for time to progression (TTP) and overall survival time (OS) in advanced breast cancer. *Eur J Cancer*. 2003; 39(10):1370-6.

Mercado C, et al. Quality of care in advanced ovarian cancer: The importance of provider specialty. *Gynecologic Oncology*. 2010; 117(1): 18-22.

Michels FAS, Simon A, Sconza IAC, Veneziano DB, Latorre MRDO. Câncer em São Paulo 1997-2008. São Paulo: Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo; 2011.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.

Mirabeau-Beale KL, et al. Comparison of the Quality of life of early and advanced stage ovarian cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 2009; 114:353-359.

National Cancer Institute. Acessado em 20/05/2011. Disponível em: www.cancer.gov

Neto GB e colaboradores. Manual de Condutas em Ginecologia Oncológica / Hospital A.C.Camargo, Departamento de Ginecologia. São Paulo: FAP; 2010.

Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.

Patrick DL, Erikson, P. *Health status and health policy*. Oxford: Oxford University Press; 1993.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Perwitasari DA, et al. Translation and Validation of EORTC QLQ-C30 into Indonesian Version for Cancer Patients in Indonesia. *Jpn J Clin Oncol*. 2011; 41 (4) 519-529.

Pimentel FL. *Qualidade de vida em Oncologia*. Coimbra: Almedina, 2006.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Ricci MD, Piato JRM, Piato S, Pinotti VER. *Oncologia ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento*. Barueri, SP: Manole; 2008.

Ries L, Melbert D, Drapcho M, et al. SEER cancer statistics review. Disponível em: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/ Acesso em 30 de setembro de 2009.

Roos EJ, et al. Quality of life after pelvic exenteration. *Gynecologic Oncology*. 2004; 93: 610-614.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-599.

Shimozuma K, et al. The prognostic value of quality-of-life scores: preliminary results of an analysis of patients with breast cancer. *Surg Today*. 2000; 30 (3): 255-61.

Silva CH, Derchain SF. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. *Rev Bras de Cancerol*. 2006; 52 (1): 33-47.

Silva, FA. Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Fundação Antonio Prudente; 2008.

Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. Manual. Ed. Nelson, Great Britain; 1994.

Souen J, Carvalho JP, Pinotti VER. *Oncologia genital feminina*. 2.ed. São Paulo: Roca; 2001.

Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assesement (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-1409.

Therapy FAOCI. View Questionaries. 2009 [acessado em 16 mar 2009] Disponível em: www.facit.org/about/qview/qlist.aspx.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de Apresentação de teses. 2. ed. São Paulo; 2006.

Von Gruenigen VE, et al. Assessment of factors that contribute to decreases quality of life in Gynecologic Oncology Group Ovarian Cancer Trials. *Cancer*. 2009; 115(20), 4857-4864.

Wenzel LB, Huang HQ, Armstrong DK et al. Health-related quality of life during and after intraperitoneal versus intravenous chemotherapy for optimally debulked ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2007; 25 (4) 437-443.

ANEXOS

ANEXO 1

ESTADIAMENTO DO TUMOR DE OVÁRIO

Estádio I: Tumor limitado aos ovários

I-A: Comprometimento de somente um ovário, sem ascite citologicamente positiva para células tumorais, sem vegetações externas; cápsula intacta

I-B: Ambos os ovários comprometidos; sem ascite citologicamente positiva para células tumorais, sem vegetações externas; cápsula intacta

I-C: IA ou IB, mas com vegetações externas ou cápsula rota em um ou ambos os ovários, ou ascite com células malignas ou lavado peritoneal positivo para células tumorais.

Estádio II: Tumor envolve um ou ambos os ovários e tem extensão para a pelve

II-A: Extensão ou metástase para útero e/ou trompas

II-B: Extensão a outras estruturas pélvicas

II-C: IIA ou IIB com vegetações externas nos ovários (uni ou bilateral) ou cápsula rota ou ascite com células malignas ou lavado peritoneal positivo para células tumorais.

Estádio III: Tumor em um ou ambos os ovários, com implantes peritoneais fora da pelve e/ou linfonodos retroperitoneais ou inguinais positivos. Metástases hepáticas superficiais. Tumor limitado à pelve verdadeira, mas com extensão histologicamente confirmada para intestino delgado ou omento.

III-A: Tumor aparentemente limitado à pelve verdadeira, com linfonodos negativos, mas implantes peritoneais histologicamente confirmados (menores de 2 cm). Linfonodos negativos.

III-B: Tumor em um ou ambos os ovários, implantes peritoneais abdominais histologicamente confirmados, nenhum maior de 2 cm de diâmetro; Linfonodos negativos.

III-C: Implantes abdominais maiores de 2 cm de diâmetro e/ou linfonodos retroperitoneais positivos.

Estádio IV: Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com metástases à distância ou metástases para fígado ou derrame pleural positivo para malignidade.

Fonte: BENEDET et al, 2000

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tradução, Validação e Reprodutibilidade de dois Questionários de Qualidade de Vida específicos para Câncer de Ovário.
Investigador principal: Débora Schroeter

1) Que tipo de estudo é este e por que ele está sendo realizado?

Você está sendo convidada a participar deste estudo que tem por objetivo traduzir, validar e analisar a preferência dos questionários que avaliam a qualidade de vida nas pacientes com câncer de ovário.

2) Eu sou obrigada a participar do estudo?

A decisão de participar desse estudo é única e exclusivamente sua. Você pode desistir do estudo a qualquer momento, sem que isto afete seu atendimento neste hospital ou seus direitos legais. Se você decidir participar, você ficará com uma cópia deste documento e deverá assinar uma via para indicar o seu consentimento.

3) O que realmente eu farei participando deste estudo?

No momento de sua visita de rotina ao ambulatório do Hospital AC, eu a encaminharei para uma sala (no próprio hospital), onde após tomar conhecimento deste Termo de consentimento livre e esclarecido, solucionarei as eventuais dúvidas e após este deverá ser assinado. Somente então responderá aos questionários. Estes questionários serão aplicados novamente em 15 dias, após respondê-los deverá encaminhá-los via correio para a pesquisadora (carta já selada). A pesquisadora ligará para sua casa para lembrá-la de responder e enviar o questionário. Também serão coletados em seu prontuário os dados referentes ao seu estado de saúde bem como detalhes do seu diagnóstico e tratamento.

4) Quem aplicará os questionários? E os questionários tratam sobre o quê?

Os questionários serão aplicados por mim Débora Schroeter. Os questionários têm o objetivo de avaliar a qualidade de vida. As perguntas são relacionadas ao seu bem estar físico e emocional nas últimas semanas. Você receberá alternativas de respostas e escolherá a melhor opção que se encaixe com sua situação. Após cada pergunta você deve opinar sobre o seu entendimento da questão.

5) Riscos e desconfortos:

Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco à sua integridade física e psíquica. O tempo médio destas avaliações gira em torno de 40 minutos, e eu estarei presente para esclarecer qualquer dúvida. Como já descrito no item 2, caso sinta algum desconforto ao responder estes questionários, você poderá interromper a qualquer momento.

A sua assinatura no espaço abaixo significa que você teve a oportunidade de ler este documento, fazer perguntas sobre ele e entender todas as informações nele contidas e que você concorda que sejam registrados seus dados relativos a esta pesquisa. Você entende que não há qualquer direito sobre os resultados do estudo, nem a qualquer retorno financeiro com base nestes resultados. Qualquer dúvida pendente, por favor, entre em contato com as pesquisadoras responsáveis: Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre (11) 3061 7935 e ou Débora Schroeter (11) 6559 8964.

Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital do Câncer/SP pelo telefone 2189-5020, e ou Coordenador do Comitê de Ética da FSP/USP pelo telefone 3061- 7779.

Nome do paciente em letra de forma

Data

Assinatura do paciente (ou representante legal)

Data

Declaro que expliquei ao paciente cujo nome encontra-se acima a natureza e a finalidade, os benefícios potenciais associados à sua participação nesse estudo de pesquisa e respondi as perguntas que me foram formuladas.

Débora Schroeter

Data

Assinatura da testemunha

Data

ANEXO 3

DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Dados demográficos

Data da entrevista:

1-Iniciais: () 2-RGH: () 3-Data de nascimento: __/__/__

4- Estado civil:

☐ Solteira (0) ☐ Casada/ mora junto (1) ☐ Divorciada (2) ☐ Viúva (3) ☐ Outros (4)

5- Escolaridade:

☐ Analfabeta (0) ☐ Ensino fundamental completo (1) ☐ Ensino fundamental incompleto (2) ☐ Ensino médio completo (3) ☐ Ensino médio incompleto (4) ☐ Superior incompleto (5) ☐ Superior completo (6).

6. Você trabalha? ☐ Não (0) ☐ Sim (1) ☐ Aposentada (2)

6.1 Se sim, onde? _____ 6.2

Função _____

7. Você tem alguma religião? ☐ Não (0) ☐ Sim (1) 7.1 Se sim, qual? _____

Dados clínicos (informações coletadas no prontuário)

1. Tipo de câncer _____ CID: _____

Histologia: _____

2. Data do diagnóstico: __/__/__

3. Estadiamento: (FIGO) () Ia () Ib () Ic () IIa () IIb () IIc () IIIa () IIIb () IIIc () IV

Estádio Clínico: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

4. Tratamentos previamente realizados:

☐ (1) Cirurgia	Realizado em:
☐ (2) Quimioterapia	Realizado em:
☐ (3) Cirurgia e quimioterapia	Realizado em:
☐ (4) Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	Realizado em:
☐ (5) Radioterapia	Realizado em:
☐ (6) Nenhum tratamento	

5. Status da doença atualmente

6. Escala de Performance Karnofsky

7. Convênio

ANEXO 4

ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY

Escala de Performance Karnofsky

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realiza suas atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos freqüentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita suporte.
10%	Moribundo, morte iminente.

ANEXO 5
EORTC-QLQ-C30

BRAZILIAN

EORTC QLQ-C30 (version 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	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>grande</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

BRAZILIAN

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	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

© Copyright 1995, 1996 EORTC Study Group on Quality of Life. Todos os direitos reservados. Version 3.0

ANEXO 6
EORTC-QLQ-OV 28

EORTC QLQ – OV28

Às vezes os pacientes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, circule a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:

	Nada	Um pouco	Bastan- te	Muito
31. Você teve dores na barriga?	1	2	3	4
32. Você teve a sensação de barriga ou estômago inchado?	1	2	3	4
33. Sentiu que a roupa lhe ficava muito apertada?	1	2	3	4
34. Sentiu que os intestinos funcionaram de modo diferente por causa da sua doença ou do tratamento?	1	2	3	4
35. Sentiu-se incomodada com gases, prisão de ventre ou flatulência?	1	2	3	4
36. Sentiu-se estufada logo depois de ter começado a comer?	1	2	3	4
37. Você teve azia ou dificuldade em fazer a digestão?	1	2	3	4
38. Você teve queda de cabelo?	1	2	3	4
39. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo:				
Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
40. A comida e a bebida apresentaram gosto diferente do habitual?	1	2	3	4
41. Teve a sensação de formigamento nas mãos ou nos pés?	1	2	3	4
42. Sentiu os dedos dos pés ou das mãos dormentes?	1	2	3	4
43. Sentiu os braços ou as pernas fracas?	1	2	3	4
44. Teve dores nos músculos ou nas articulações?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte.

45.	Teve problemas em ouvir?	1	2	3	4
46.	Urinou com frequência?	1	2	3	4
47.	Teve problemas de pele? (por exemplo, comichão, pele seca)	1	2	3	4
48.	Teve fogachos (calorões)?	1	2	3	4
49.	Teve suores noturnos?	1	2	3	4

Durante a semana passada:

		Nada	Um pouco	Bastan- te	Muito
50.	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
51.	Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
52.	Em que medida a sua doença tem sido um fardo para você?	1	2	3	4
53.	Em que medida o tratamento tem sido um fardo para você?	1	2	3	4
54.	Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:

		Nada	Um pouco	Bastan- te	Muito
55.	Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
56.	Até que ponto esteve sexualmente ativa?	1	2	3	4
	Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa:	1	2	3	4
57.	Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4
58.	Sentiu a vagina seca durante a atividade sexual?	1	2	3	4

ANEXO 7

FACT-O

FACT-O (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR FÍSICO		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo ☐ e passe para a próxima se(c)ção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-O (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem.....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3	4

FACT-O (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
O1	Tenho um inchaço na região do estômago	0	1	2	3	4
C2	Estou perdendo peso	0	1	2	3	4
C3	Consigo controlar os intestinos.....	0	1	2	3	4
O2	Tenho vomitado	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo	0	1	2	3	4
C6	Tenho bom apetite	0	1	2	3	4
C7	Gosto da aparência do meu corpo.....	0	1	2	3	4
BMT5	Sou capaz de andar por aí sem ajuda	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher.....	0	1	2	3	4
O3	Sinto cólicas na região do estômago.....	0	1	2	3	4
BL4	Tenho interesse em sexo	0	1	2	3	4
BMT7	Estou preocupada com a minha capacidade de ter filhos	0	1	2	3	4

ANEXO 8

SF-36

Questionário SF 36 - Short Form Health Survey

1 - Em geral você diria que sua saúde é: (Circule uma)

- Excelente 1
- Muito Boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito Ruim 5

2 - Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (Circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
- Quase a mesma de um ano atrás 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás 5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	Sim dificulta muito	Sim dificulta um pouco	Não dificulta de modo algum
a - Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b – Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c - Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d - Subir vários lances de escada	1	2	3
e – Subir um lance de escada	1	2	3

f – Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g – Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h – Andar vários quarteirões	1	2	3
i – Andar um quarteirão	1	2	3
j – Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4– Durante as últimas 4 semanas,você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária,como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 – Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (Circule uma)

De forma nenhuma 1

- Ligeiramente 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5
- 7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (Circule uma)
- Nenhuma 1
- Muito Leve 2
- Leve 3
- Moderada 4
- Grave 5
- Muito Grave 6
- 8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (Circule uma)
- De maneira alguma 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremamente 5

9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas. (Circule um número para cada linha)

	Sempre	A maior parte do tempo	Bom parte do tempo	Às vezes	Poucas vezes	Nunca
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado?	1	2	3	4	5	6
b) Por quanto tempo se sente nervosa(o)?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo se sente calmo ou	1	2	3	4	5	6

tranquilo?						
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo se sente esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Por quanto tempo se sente cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (Circule uma)

Todo o tempo 1

A maior parte do tempo 2

Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo 5

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações (Circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 9

HADS

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD	
Escreva apenas as iniciais do seu nome: Data:	
Por Favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua respostas espontânea.	
<p>A1 Eu me sinto tenso ou contraindo</p> <p>3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>D2 Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A3 Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</p> <p>3 () Sim, de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> <p>D4 Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> <p>A5 Estou com a cabeça cheia de preocupações</p> <p>3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> <p>D6 Eu me sinto alegre</p> <p>3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p> <p>A7 Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado</p> <p>0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>D1 Estou lento (lento) para pensar e fazer as coisas</p> <p>3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> <p>A2 Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...)</p> <p>0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> <p>D3 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência</p> <p>3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A4 Eu me sinto Inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum</p> <p>3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> <p>D5 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir</p> <p>0 () Do mesmo jeito, que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> <p>A6 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico</p> <p>3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> <p>D7 Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa</p> <p>0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>

ANEXO 10

CÁLCULO DOS ESCORES DO EORTC-QLQ-C30

Scoring the EORTC QLQ-C30 version 3.0

Table 1: Scoring the QLQ-C30 version 3.0

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
Global health status / QoL					
Global health status/QoL (revised) [†]	QL2	2	6	29, 30	
Functional scales					
Physical functioning (revised) [†]	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised) [†]	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
Symptom scales / items					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

* Item range is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving range = 3.

† (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix "2" - for example, PF2.

For all scales, the RawScore, RS, is the mean of the component items:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Then for **Functional scales**:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

and for **Symptom scales / items** and **Global health status / QoL**:

$$Score = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

ANEXO 11

CÁLCULO DA EORTC-QLQ-OV-28

Scale name	Number of items	Item range*	QLQ-OV28 Item numbers
Symptom scales / items			
Abdominal/GI	6	3	1 – 6
Peripheral neuropathy	2	3	11,12
Hormonal	2	3	18,19
Body image	2	3	20,21
Attitude to disease/treatment	3	3	22,23,24
Chemotherapy side effects	5	3	13 – 17
Other single items	4	3	7 – 10
(Sexuality – see below)			25 – 28

* “Item range” is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items.

ANEXO 12

CÁLCULO DO FACT-O

FACT-O Scoring Guidelines (Version 4) – Page 1

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. Add subscale scores to derive total scores (TOI, FACT-G & FACT-O).
 5. **The higher the score, the better the QOL.**

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
PHYSICAL WELL-BEING (PWB)	GP1	4 -	_____	= _____
	GP2	4 -	_____	= _____
	GP3	4 -	_____	= _____
	GP4	4 -	_____	= _____
	GP5	4 -	_____	= _____
	GP6	4 -	_____	= _____
	GP7	4 -	_____	= _____
<i>Score range: 0-28</i>				
Sum individual item scores: _____				
Multiply by 7: _____				
Divide by number of items answered: _____ = <u>PWB subscale score</u>				
SOCIAL/FAMILY WELL-BEING (SWB)	GS1	0 +	_____	= _____
	GS2	0 +	_____	= _____
	GS3	0 +	_____	= _____
	GS4	0 +	_____	= _____
	GS5	0 +	_____	= _____
	GS6	0 +	_____	= _____
	GS7	0 +	_____	= _____
<i>Score range: 0-28</i>				
Sum individual item scores: _____				
Multiply by 7: _____				
Divide by number of items answered: _____ = <u>SWB subscale score</u>				
EMOTIONAL WELL-BEING (EWB)	GE1	4 -	_____	= _____
	GE2	0 +	_____	= _____
	GE3	4 -	_____	= _____
	GE4	4 -	_____	= _____
	GE5	4 -	_____	= _____
	GE6	4 -	_____	= _____
<i>Score range: 0-24</i>				
Sum individual item scores: _____				
Multiply by 6: _____				
Divide by number of items answered: _____ = <u>EWB subscale score</u>				
FUNCTIONAL WELL-BEING (FWB)	GF1	0 +	_____	= _____
	GF2	0 +	_____	= _____
	GF3	0 +	_____	= _____
	GF4	0 +	_____	= _____
	GF5	0 +	_____	= _____
	GF6	0 +	_____	= _____
	GF7	0 +	_____	= _____
<i>Score range: 0-28</i>				
Sum individual item scores: _____				
Multiply by 7: _____				
Divide by number of items answered: _____ = <u>FWB subscale score</u>				

FACT-O Scoring Guidelines (Version 4) – Page 2

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>		<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
OVARIAN CANCER SUBSCALE (OCS) <i>Score range: 0-44</i>	O1	4	-	_____	= _____
	C2	4	-	_____	= _____
	C3	0	+	_____	= _____
	O2	4	-	_____	= _____
	B5	4	-	_____	= _____
	C6	0	+	_____	= _____
	C7	0	+	_____	= _____
	BMT5	0	+	_____	= _____
	B9	0	+	_____	= _____
	O3	4	-	_____	= _____
	BL4	0	+	_____	= _____
	BMT7	NOT CURRENTLY SCORED			

Sum individual item scores: _____

Multiply by 11: _____

Divide by number of items answered: _____ = **OC Subscale score**

To derive a FACT-O Trial Outcome Index (TOI):

Score range: 0-100

$$\frac{\text{_____}}{(\text{PWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{FWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{OCS score})} = \text{_____} = \text{FACT-O TOI}$$

To Derive a FACT-G total score:

Score range: 0-108

$$\frac{\text{_____}}{(\text{PWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{SWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{EWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{FWB score})} = \text{_____} = \text{FACT-G Total score}$$

To Derive a FACT-O total score:

Score range: 0-152

$$\frac{\text{_____}}{(\text{PWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{SWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{EWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{FWB score})} + \frac{\text{_____}}{(\text{OCS score})} = \text{_____} = \text{FACT-O Total score}$$

*For guidelines on handling missing data and scoring options, please refer to the Administration and Scoring Guidelines in the manual or on-line at www.facit.org.

ANEXO 13

ANÁLISE DO GRAU DE ENTENDIMENTO

ANALISE DO GRAU DE ENTENDIMENTO DO INSTRUMENTO X										
Q	Difícil?		Confusa?		Palavras difíceis?		Constrangedora?		Como você perguntaria essa questão?	Comentários
1	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
2	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
3	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
4	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
5	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
6	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
7	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
8	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
9	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
10	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
11	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
12	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
13	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
14	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		
15	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não		

ANEXO 14
AUTORIZAÇÃO EORTC

QLQ-C30 download request from Débora Schroeter

1 mensagem

qlqc30@eortc.be <qlqc30@eortc.be>
Para: deborasch26@gmail.com

17 de março de 2009 16:56

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: RN
Firstname: Débora
Lastname: Schroeter
Hospital/Institution: Universidade de São Paulo
Address: Avenida Doutor Arnaldo, 715
County/State: São Paulo
Postal Code: 01246-904
Country: Brazil
Phone: 55 11 3066 7935
Fax: 55 11 3061 2920
Email: deborasch26@gmail.com
Protocol: Risk factors associated with a worse prognostic in ovarian cancer. An evaluation of Brazilian Public Health Care System.

Documents requested:

Ovarian Module (OV28) in Portuguese
QLQ-C30 Scoring Manual

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/OV28/OV28%20Portuguese.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf>

If you are having technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

ANEXO 15
AUTORIZAÇÃO FACT

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)
LICENSING AGREEMENT

from FACIT.org

March 17, 2009

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Débora Schroeter** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Débora Schroeter** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-O** in one clinical trial.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY). For this purpose, "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.
- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the

document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensors requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensors in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensors reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126
USA
www.FACIT.org

ANEXO 16

APROVAÇÃO CEP AC CAMARGO

São Paulo, 27 de Janeiro de 2010.

Ao

Dr. Glauco Baiocchi Neto.

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1331/09

“Tradução, Validação e Reprodutibilidade de dois questionários de qualidade de vida específicos para câncer de ovário”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 19/01/2010, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 20/10/2009, aprovaram a realização do estudo em referência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Ficha para coleta de dados demográficos, Questionário EORTC QLQ – OV28, Questionário FACT-O – versão 4 e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração sobre o plano de recrutamento dos sujeitos de pesquisa, circunstâncias e responsáveis pela obtenção do TCLE;
- Declaração sobre os dados coletados, publicação dos dados e propriedade das informações geradas;
- Declaração de Infra-Estrutura e Instalações;
- Orçamento Financeiro Detalhado;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Oncologia Clínica;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Ginecologia Oncológica.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 6 meses.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

PARECER CONSUBSTANCIADO

Projeto: 1331/09

Título: "Tradução, Validação e Reprodutibilidade de dois questionários de qualidade de vida específicos para câncer de ovário".

Pesquisador Responsável: Dr. Glauco Baiocchi Neto

Aluna: Débora Schroeter (Mestrado - USP).

Orientador na Instituição Vinculada: Dra. Maria do Rosário de Oliveira Latorre

Patrocinador: N/A.

Justificativa: O número de pacientes de câncer de ovário tem aumentado substancialmente nas últimas décadas, o que estimula estudos que avaliem a qualidade de vida destas pacientes. Esta validação é feita, principalmente, através de aplicação de questionários. Estes foram elaborados na língua inglesa e, para que possam ser utilizados em outro idioma, devem ser seguidas normas pré-estabelecidas para a tradução. Além disto, suas propriedades de medida devem ser validadas dentro do contexto cultural específico.

Pendências apontadas em parecer anterior:

- Será realizada nova tradução ou uma adaptação da língua portuguesa de Portugal para a língua portuguesa do Brasil? Existem termos, como por exemplo, ventosidade, formigueiro, enfartado, souberam-lhe, afrontamentos que serão substituídos por quais termos? Na justificativa do projeto, considera-se a necessidade da tradução.
- Critérios de inclusão e exclusão: todas as pacientes com câncer de ovário serão admitidas para a pesquisa? Critérios de exclusão?
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser reformulado, segundo as observações acima.
- No título da pesquisa deveriam constar os testes que farão parte da pesquisa.
- Correção no 5º § - fadiga, no 6º § **boa** qualidade de vida, e na metodologia, incluir nome completo da professora Maria do Rosário.
- Apresentar Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Oncologia Clínica.
- O prazo de 4 a 6 meses é suficiente para realizar a pesquisa?

Análise do CEP:

O pesquisador apresentou o projeto reformulado, bem como o TCLE com adequações para atender as exigências deste Comitê. Sendo assim, todas as pendências apontadas pelo CEP foram atendidas a contento, portanto consideramos o projeto aprovado.

Parecer Final:

Projeto aprovado

FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE
Hospital do Câncer A. C. Camargo
Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski

ANEXO 17

APROVAÇÃO CEP FSP-USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/39/10

22 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **2.ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **19/03/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2030**, intitulado **"VALIDAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS PARA AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE OVÁRIO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre**, considerando que as pendências anteriormente apresentadas foram atendidas. Protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução acima mencionada, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.^a Sr.^a

Prof.^a Tit. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP

ANEXO 18

ATA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 São Paulo/SP
Fone (11) 3061-7788 / Fax (11) 3081-2108

RELATÓRIO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DA CANDIDATA AO TÍTULO DE
"MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA", ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EPIDEMIOLOGIA,
ALUNA: **DÉBORA SCHROETER**.

Aos cinco dias do mês de novembro de 2009, às 09 horas, na sala "Prof. José Maria Gomes" da Faculdade de Saúde Pública da USP, reuniu-se a Comissão Julgadora composta pelos membros: **Miako Kimura** - Professora Associada do Departamento Médico-Cirúrgico da EE/USP; **Andréa Yamaguchi Kurashima** - Doutora do Departamento de Pediatria do Hospital do Câncer A. C. Camargo; e **Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre** - Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP (Orientadora e Presidente da Comissão), para a realização do Exame de Qualificação da candidata ao título de "Mestre em Saúde Pública", área de concentração Epidemiologia – aluna: **DÉBORA SCHROETER**, de acordo com as Normas e Instruções dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A candidata apresentou o projeto de dissertação intitulado: "Validação de dois instrumentos para avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de ovário". A Comissão Julgadora passou à arguição pública da candidata. Encerrados os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final:

Professora Associada Miako Kimura

☒ Aprovada ☐ Reprovada

Doutora Andréa Yamaguchi Kurashima

☒ Aprovada ☐ Reprovada

Professora Titular Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre

☒ Aprovada ☐ Reprovada

Presidente da Comissão Examinadora

- Orientadora -

CURRÍCULO LATES