

CINTIA RACHEL GOMES SALES

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOB CUIDADOS PALIATIVOS DE UM CENTRO
AMBULATORIAL DE TRATAMENTO DE CÂNCER NO
MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2012

CINTIA RACHEL GOMES SALES

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOB CUIDADOS PALIATIVOS DE UM CENTRO
AMBULATORIAL DE TRATAMENTO DE CÂNCER NO
MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2012

Ficha Catalográfica

Sales, Cintia Rachel Gomes

S163q Qualidade de vida dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos de um centro ambulatorial de tratamento de câncer no município de Dourados/MS/ Cintia Rachel Gomes Sales; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2012

116 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

1. Qualidade de vida 2. Oncologia - Pacientes 3. Câncer - Tratamento

I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 616.994

A dissertação apresentada por CINTIA RACHEL GOMES SALES, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS DE UM CENTRO AMBULATORIAL DE TRATAMENTO DE CÂNCER NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA, à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Profa. Dr^a Liliana Andolpho Magalhães Guimarães - UCDB

Prof. Dr. Márcio Luiz Costa - UCDB

Prof. Dr^a Hanna Karen Moreira Antunes - UNIFESP

Campo Grande, MS, / /2012.

*A utopia está lá no horizonte.
Aproximo-me dois passos, ela
se afasta dois passos.
Caminho dez passos, e o
horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe,
jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu
não deixe de caminhar.*

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Pai, Filho e Espírito Santo, Fonte inesgotável de Amor, Perfeição e Sabedoria.

À minha amada e preciosa mãe, *Maria de Socorro*, por tudo que me ensinou e proporcionou, principalmente pela coragem e incentivo a jamais desistir de um sonho, mesmo diante de tantas dificuldades.

Às minhas amigas, em especial, *Regiane Ajala Fernandes*, que em momentos tão difíceis e delicados se fez mais que uma amiga, foi como uma irmã. Obrigada pelo carinho e por suas orações.

À minha querida amiga *Sílvia Borgato*, responsável pela oportunidade de estar na docência do ensino superior e pelo incentivo de segui-la adiante.

Ao meu orientador do Mestrado, Prof^o Dr. *José Carlos Rosa Pires de Souza* pela experiência compartilhada em aulas e oportunidade de acréscimo a minha carreira docente.

A todos os pacientes e familiares acompanhantes abordados, muito obrigada pela atenção e colaboração que dispuseram durante a coleta de dados.

Ao Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer, em especial, à Dra. *Viviane Andreatta* pela atenção e oportunidade de investigação científica em seus pacientes, bem como a todos os funcionários pela atenção em tudo que foi necessário para a conclusão desta pesquisa.

Aos meus colegas enfermeiros, especialmente *Idalina Cristina Ferrari Júlio* pelo apoio, empréstimo de materiais e dúvidas esclarecidas.

Às companheiras de Mestrado e de profissão, *Ceny Longhi Rezende* e *Silvana Godoi*, obrigada pela companhia e atenção em tudo que solicitei, mesmo diante de tantos imprevistos. O ânimo, o afinho e o humor de vocês foram imprescindíveis nessa trajetória.

Ao professor *Lucas Rasi*, pela dedicação na elaboração dos resultados estatísticos, pela presteza e atenção nas elucidações dos resultados.

A todos os professores do Mestrado em Psicologia, pela seriedade e conhecimento compartilhado no decorrer da trajetória docente e de experiências profissionais. Obrigada pela colaboração e acréscimo de cada professor em áreas específicas do nosso saber, por meio de suas visões e até mesmo de suas utopias.

Aos professores Márcio e Liliana pela disponibilidade e acréscimo por meio de suas amplas visões e críticas em aulas e, principalmente, nas bancas de qualificação e defesa.

À professora Hanna Karen pela disponibilidade, apreciação crítica e sugestiva para o aprimoramento desta pesquisa.

À Instituição UCDB e a todos os funcionários que dela fazem parte, pela atenção e presteza com que conduzem suas funções, obrigada pela oportunidade de acréscimo curricular à minha carreira profissional.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de câncer abrange de forma gradativa e simultânea, aspectos físicos, psicossociais, emocionais e financeiros do paciente. No entanto, os avanços da medicina já permitem o controle dos sintomas e estadiamento de tal doença. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos cadastrados no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, Mato Grosso do Sul em 2011. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A amostra teve 70 participantes – pacientes oncológicos que realizavam acompanhamento paliativo no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer. Foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados: o Questionário Sociodemográfico Ocupacional e um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em oncologia, o *EORTC QLQ – C30* com dezesseis domínios, distribuídos em quatro escalas: Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida, Escala Funcional, Escala de Sintomas e Escala de Dificuldades Financeiras. **Resultados:** Dos 70 participantes da pesquisa, a média de idade foi superior a 60 anos ($p = 60\%$), predominância do sexo masculino ($p = 65,71\%$), cor branca ($p = 65,71\%$), casados ($p = 68,57\%$), católicos ($p = 81,43\%$), ensino fundamental incompleto ($p = 77,14\%$), afastado das atividades laborais ($p = 57,58\%$), renda *per capita* bruta acima de um salário mínimo ($p = 76,81\%$), não praticante de atividade física ($p = 65,71\%$), até cinco anos de terapêutica ($p = 60\%$), submetido a dois tipos de tratamentos ($p = 60,29\%$), apenas uma internação no curso da doença ($p = 55,07\%$) e provenientes de Dourados ($p = 55,38\%$). Quanto ao percentual dos diagnósticos da amostra, houve predomínio do sexo masculino ($p = 65,71\%$) com câncer de próstata ($p = 37,14\%$) e esôfago ($p = 12,86\%$), seguido do câncer de mama ($p = 21,43\%$) no sexo feminino. A qualidade de vida esteve pior nos pacientes com mais de cinco anos de terapêutica nos domínios função física ($p=0,019$), emocional ($p=0,049$) e cognitiva ($0,049$); nos que foram submetidos a dois tipos de tratamento nos domínios fadiga ($p=0,002$) e dor ($p=0,020$) e aos que foram submetidos a mais de duas internações desde o diagnóstico oncológico nos domínios função cognitiva ($p=0,048$), insônia ($p=0,031$) e dificuldade financeira ($p=0,006$). **Conclusão:** Os resultados demonstram a necessidade de reflexão nas ações de assistência e prevenção, principalmente em relação à saúde do homem nesse município e não apenas àqueles diagnosticados com câncer, pois distinguir implicações que interferem na qualidade de vida dos pacientes auxilia os profissionais ligados ou não aos cuidados paliativos, a desenvolverem uma prática mais qualificada baseada em evidências.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Oncologia. Cuidados Paliativos. Índice de Qualidade de Vida. *EORTC QLQ C-30*.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of cancer includes gradually and simultaneously, physical, psychosocial, emotional and financial toll aspects of the patient. However, advances in medicine now permit the control of symptoms and staging of this disease. **Purpose:** Estimate the quality of life of cancer patients under palliative care registered in the Center Outpatient Treatment of Cancer in Dourados city, Mato Grosso do Sul in 2011. **Method:** This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study approved by the Ethics Committee of the Dom Bosco Catholic University, Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The sample had 70 participants - cancer patients who underwent palliative monitoring at a Center Outpatient Cancer Treatment. Two instruments were applied for data collection: the Sociodemographic Occupational Questionnaire and a specific instrument to assess quality of life in oncology, the *EORTC QLQ – C30*, with sixteen domains divided into four scales: Global Health and Quality of Life Scale, Functional Scale, Symptom Scale and Financial Difficulties Scale. **Results:** Of the 70 respondents, the average age was over 60 years ($p = 60\%$), predominance of males ($p = 65,71\%$), white person ($p = 65,71\%$), married ($p = 68,57\%$), catholics ($p = 81,43\%$), incomplete elementary school ($p = 77,14\%$), retired from work activities ($p = 57,58\%$), gross income *per capita* above minimum wage ($p = 76,81\%$), not practicing physical activity ($p = 65,71\%$), up to five years of treatment ($p = 60\%$), subjected to both treatments ($p = 60,29\%$), hospitalized only once in the course of disease ($p = 55,07\%$) and from Dourados city ($p = 55,38\%$). As the percentage of diagnoses of the sample, there was a male predominance ($p = 65,71\%$) with prostate cancer ($p = 37,14\%$) and esophagus ($p = 12,86\%$), followed by breast cancer ($p = 21,43\%$) in female. Quality of life was worse in patients older than five years of therapy in physical function domains ($p=0,019$), emotional ($p=0,049$) and cognitive ($0,049$); in those which were subjected to two types of treatment in fatigue ($p=0,002$) and pain ($p=0,020$) and those who underwent more than two hospitalizations since diagnosis cancer in cognitive function domains ($p=0,048$), insomnia ($p=0,031$) and financial difficulties ($p=0,006$). **Conclusion:** The results demonstrated the need for reflection on the actions of prevention and care, especially in relation to the masculine health in this city and not just to those diagnosed with cancer, since distinguish implications that affect the quality of life of patients helps professionals associated or not to palliative care to develop a more qualified practice evidence-based.

Key words: Quality of Life; Oncology; Palliative Cares; Index Quality of Life *EORTC QLQ C-30*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Divisão da Célula Cancerígena	25
FIGURA 2 – Diagrama: Equipe Multiprofissional	40
FIGURA 3 – Diagrama: Níveis da Qualidade de Vida	47
FIGURA 4 – Histogramas dos Domínios <i>QLQ – C30</i>	68

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Escores dos domínios do <i>EORTC QLQ – C30 (version 3)</i>	63
QUADRO 2 – Siglas e significados dos domínios do <i>EORTC QLQ – C30</i>	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Medicina alternativa e complementar ao tratamento de câncer	29
TABELA 2 – Perfil das variáveis sociodemográficas ocupacionais dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.....	69
TABELA 3 – Percentual dos diagnósticos dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.....	72
TABELA 4 – Correlação das variáveis do QSDO estatisticamente significativas com os domínios do <i>EORTC QLQ – C30</i> dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30.....	76
GRÁFICO 2 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30.....	77
GRÁFICO 3 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30.....	78

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
BDENF	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 Items</i>
FPT	Fora de Possibilidade Terapêutica
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System</i>
MS	Ministério da Saúde
NADI	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar
OMS	Organização Mundial de Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
QSDO	Questionário Sociodemográfico-Ocupacional
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMS	Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UNB	Universidade Nacional de Brasília
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CÂNCER	21
2.1 INTRODUÇÃO À PSICOSSOMÁTICA	22
2.2 PSICOSSOMÁTICA E O CÂNCER	23
2.3 INCIDÊNCIA DO CÂNCER.....	24
2.4 MODALIDADES DE TRATAMENTO DO CÂNCER.....	27
2.5 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E NECESSIDADES EMOCIONAIS NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	30
3 CUIDADOS PALIATIVOS.....	34
3.1 HISTÓRIA E DEFINIÇÃO.....	35
3.2 INTERDISCIPLINARIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS	39
4 QUALIDADE DE VIDA.....	43
4.1 HISTÓRIA	44
4.2 DEFINIÇÃO E BASES TEÓRICAS	46
4.3 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER.....	48
4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E INSTRUMENTOS	50
5 OBJETIVOS.....	53
5.1 OBJETIVO GERAL.....	54
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
6 HIPÓTESES.....	55
7 MÉTODO.....	57
7.1 TIPO DE ESTUDO	58
7.2 LOCAL DA PESQUISA	58
7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	58
7.3.1 Critérios de Inclusão.....	59
7.3.2 Critérios de Exclusão.....	59

7.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
7.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	61
7.5.1 Questionário Sociodemográfico Ocupacional (QSDO)	61
7.5.2 Questionário Específico: <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 Items (EORTC QLQ – C30)</i>	62
7.5.3 Características Psicométricas dos Instrumentos.....	64
7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	65
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
8.1 PRIMEIRA PARTE: Perfil dos Participantes	69
8.2 SEGUNDA PARTE: Percentual dos Diagnósticos	72
8.3 TERCEIRA PARTE: Correlação das Variáveis categóricas QSDO com os Domínios do <i>EORTC QLQ C-30</i>	74
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	92
ANEXOS	98

Por muitos anos, o tratamento do câncer estava vinculado ao ponto de vista da morbidade, mortalidade ou cura. No entanto, recentemente, o conceito de Qualidade de Vida (QV) passou a ser considerado de extrema importância, revelando que a eficácia do tratamento não pode ser determinada simplesmente pela perspectiva do tempo livre de doença ou de sobrevivência. Mas, em geral, o câncer é considerado a segunda causa de mortalidade em nosso país, superada apenas pelas doenças cardiovasculares, estando entre as principais causas de morbidade e mortalidade ao redor do mundo, com variações em sua incidência (BRASIL, 2005).

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010) foram válidas também para o ano de 2011 e apontaram a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, foram 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 observado para a América Latina. Em 2010, foram estimados 236.240 novos casos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Calculou-se 114 mil casos novos para o câncer de pele do tipo não melanoma seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

A distribuição da incidência de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre Estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas, e a região Centro-Oeste apresenta um padrão intermediário. Diante deste cenário, fica nítida a necessidade de maiores investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação, como por exemplo, promoção da saúde, detecção precoce, assistência aos pacientes, vigilância, formação de recursos humanos, e por fim, comunicação e mobilização social na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2009).

O câncer é definido como uma doença crônico-degenerativa e por isso, é considerado como um problema de saúde pública. O diagnóstico precoce contribui de forma significativa para a reabilitação física, social e psicológica do doente (MACHADO et al., 2008). Portanto, a prevenção, o rastreamento e a detecção precoce estão entre as melhores estratégias disponíveis para debelar o câncer. Segundo Otto (2002), o diagnóstico de câncer manifesta-se para cada indivíduo com um significado particular, sendo altamente pessoal e originário de diversas fontes, incluindo experiências anteriores com o câncer, diferenças culturais, tipo

específico de câncer, tratamento necessário e as respostas potenciais ao tratamento proposto. A idade e o estágio da vida influenciam as percepções, a compreensão e a aceitação do diagnóstico oncológico.

A assistência dos profissionais em relação à prevenção e ao tratamento do câncer exige conhecimento e atuação simultânea em duas vertentes existentes: (I) *prevenção primária*, focada em medidas que garantam que o câncer não se manifeste, e (II) *prevenção secundária*, objetivando detectar e tratar o câncer precocemente, enquanto ainda se encontra em estágio passível de cura (OTTO, 2002). Franzi et al. (2003) relatam que o aumento da incidência de câncer associado à uma taxa de cura insatisfatória, determina para a equipe multidisciplinar esforço redobrado na compreensão das necessidades da inclusão de instrumentos para mensurar a QV, nos pacientes portadores de neoplasia.

Ao longo da história da humanidade, o conceito de QV assumiu variadas formas e abordagens, ora estando vinculado a indicadores individuais, ora vinculando-se a indicadores coletivos. Tais conceitos sempre oscilaram entre ter a saúde como seu componente ou como seu interesse, o que exigiu maior empenho por parte de pesquisadores da área para a compressão do modo como ocorre à integração dos fatores biológicos e sociais, bem como a influência desses no estilo de vida dos indivíduos.

Kimura et al. (2009) consideram a QV um conceito que, nas últimas décadas, tem sido alvo crescente de interesse tanto na literatura científica, como entre o público em geral. Na literatura específica, observa-se uma diversidade de significados para o termo QV, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para a medida do conceito. Instrumentos que meçam a QV têm sido desenvolvidos e avaliados, uma vez que permitem a identificação dos problemas em áreas como o estado emocional, estado físico geral, bem como a interação social e o delineamento de programas adequados de intervenção, possibilitando um acompanhamento multidisciplinar ao paciente oncológico.

Nucci (2003) ainda elucida que, de acordo com as implicações psicológicas, tanto na etiologia quanto na terapêutica do câncer, um crescente interesse em estudos que avaliem a QV buscando demonstrar a autopercepção de bem ou mal-estar e a contribuição na evolução biológica da enfermidade, podem constituir um cofator terapêutico. Assim a avaliação da QV poderia promover eficácia e segurança aos tratamentos propostos.

Hart (2008) assegura que os fatores psicológicos presentes nos processos de desenvolvimento de doenças em seres humanos, já são referidos desde épocas milenares.

Conforme afirma Gallian (2000), na antiguidade, a medicina não se detinha somente aos aspectos biológicos, mas consideravam também outros fatores, entre eles: ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais, os quais poderiam influenciar no estado de saúde do indivíduo. A medicina ocidental possui uma tradição inter-relacional que norteia a atenção do médico para o indivíduo como um todo. Em meados do século XX, importantes mudanças ocorreram na Medicina ocidental e no âmbito da saúde, como o crescimento de especializações, o surgimento de novos tratamentos, e uma ênfase crescente em cura e reabilitação (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Há cerca de quarenta anos, os cuidados paliativos vêm sendo organizados como uma disciplina que inclui assistência, ensino e pesquisa e tem como filosofia o movimento *hospice*, que compreende o cuidado de um ser humano em fase terminal e de sua família de forma humanizada. Os cuidados paliativos se fundamentam na busca incessante do alívio dos principais sintomas estressores do paciente, em intervenções centradas nele e não na sua doença, outorgando-lhe a sua participação no tratamento quando possível, a fim de proporcionar menos sofrimento em seus dias restantes (FLORIANI et al. 2008).

De acordo com Silva et al. (2006), os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que melhora a QV dos indivíduos e familiares na presença de doenças terminais, proporcionando controle do sofrimento físico, emocional, espiritual e social, sendo tais aspectos orientadores e essenciais nessa abordagem. Esses cuidados podem ser oferecidos em instituições de saúde, bem como na própria residência do paciente, e devem ser disponibilizados àqueles com doença terminal (desde o diagnóstico até o momento da morte) e aos seus familiares (durante o curso da doença e em programas de enlutamento).

Costa Junior (2001, p. 02) ressalta que:

A psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de QV ao paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

Souza e Carvalho (2010) com o intuito de averiguar os instrumentos, métodos e populações estudadas em pesquisas sobre QV desenvolvidas no Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande/MS, identificaram o *The Medical*

Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) como o instrumento genérico mais utilizado em 122 dissertações analisadas, totalizando 50% dos estudos sobre qualidade de vida. Quanto à população em estudo, houve predomínio de adultos de ambos os sexos e trabalhadores saudáveis.

Na presente dissertação, foi relevante o uso do questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 Items* (EORTC QLQ C-30) como instrumento específico para avaliar a QV em pacientes oncológicos, em terapêutica paliativa. Por meio dos seguintes descritores: qualidade de vida, oncologia, cuidados paliativos, índice de qualidade de vida do questionário *EORTC QLQ C-30*, nos indexadores de produção científica BIREME, *MEDLINE*, *LILACS*, *SciELO* e outros.

A autora da presente dissertação teve a fisioterapia como primeira profissão. Posteriormente, em 2003, atuou junto a uma equipe multidisciplinar na assistência a pacientes com câncer em um hospital especializado. Após alguns anos, a graduação em enfermagem oportunizou a *práxis* docente, a qual exerce atualmente. Esse contexto criou a oportunidade de estar novamente em contato com pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. A sobrevida relevante observada em tal população aguçou a busca pelo conhecimento a respeito de sua QV.

Dessa forma, percebeu-se o quanto é importante à incorporação da avaliação da QV no contexto da prática clínica, o que permite expor a natureza e a extensão dos problemas confrontados pelo paciente durante o curso da doença, período em que a avaliação da QV pode prever sua sobrevida, e nos casos de intervenções cirúrgicas, ocasionar danos funcionais relevantes, tornando-se necessário, a reavaliação da QV no pós-operatório. Compreender a QV do paciente oncológico, restrita tão somente aos cuidados paliativos, pode proporcionar aos profissionais de saúde instrumentos para minimizar complicações, identificar grupos de pacientes que possam se beneficiar com intervenções comportamentais e psicofarmacológicas, elaborar estratégias específicas de atenção e assistência, documentar a qualidade do cuidado, auxiliar na adaptação à doença e ao tratamento, avaliar a eficácia das intervenções e, por fim, promover a reabilitação quando possível.

No segundo, terceiro e quarto capítulo dessa dissertação, será apresentado o referencial teórico que fundamenta os tópicos relacionados ao câncer, aos cuidados paliativos e à QV geral abrangendo histórico, definição e conceitos teóricos. A teoria destaca a influência de fatores psicossomáticos relacionados ao câncer, aspectos psicossociais e necessidades emocionais, modalidades de tratamento, interdisciplinaridade nos cuidados

paliativos e por fim, a QV em presença do câncer, enfatizando a importância da assistência multiprofissional no aprimoramento e assistência em oncologia. Todo embasamento teórico proporcionou subsídios para a análise desse estudo. Seguem-se os objetivos (geral e específicos) propostos nesse estudo, o método, os resultados com discussão e, por fim, as considerações finais.

2.1 INTRODUÇÃO À PSICOSSOMÁTICA

De acordo com Cardoso (2006) a psicossomática é uma forma multifatorial de se perceber o ser humano e suas vivências, ou seja, é o estudo das relações, percepções, patologias e ações humanas por meio dos aspectos emocionais, fisiológicos e socioculturais. A medicina psicossomática caracteriza-se pelo uso do método fusional, abrangendo aspectos emocionais, corporais e sociais no tratamento de seus pacientes, focando a totalidade humana. Já a psicoterapia psicossomática, é caracterizada pela escuta centrada na vivência emocional do paciente, possibilitando a este correlacionar suas patologias aos fatos experienciados.

A palavra psicossomática é composta etimologicamente de *psyche* (alma) e *soma* (relativo ao corpo). Ferreira (1999) e Houaiss et al. (2004) definem a área da psicossomática como manifestações orgânicas de origem psíquica, que são causadas ou agravadas por estresse psíquico (emoções, desejos, medo e outros), geralmente involuntárias e inconscientes, acompanhadas de certas alterações do sistema nervoso vegetativo. Reconhecer o ser humano como indivisível, compreendendo a inter-relação do seu corpo com seu psíquico, é a melhor maneira de cuidar de sua queixa ou doença. O avanço de técnicas farmacológicas e moleculares permitiu resgatar e confirmar a crença popular de que nosso estado mental pode influenciar na forma como resistimos ou nos recuperamos de processos inflamatórios ou infecciosos.

Compreendemos a afirmação anteriormente citada, quando a fisiopatologia nos respalda que diante de um evento de estresse, o sistema cerebral desencadeia uma resposta de perigo, enquanto o sistema imunológico responde automaticamente aos patógenos e às moléculas desconhecidas. Os dois constituem o principal recurso do corpo para manter o equilíbrio dinâmico do meio interno, denominado homeostase. Quando a homeostase é perturbada, seja por agente definido, identificável ou não, respostas moleculares, celulares e comportamentais são acionadas. A resposta ao estresse gera mudanças fisiológicas e comportamentais em situações de ameaça. Há evidências por numerosos estudos, o quanto o estresse promove a suscetibilidade do sistema imunológico humano a doenças inflamatórias, autoimunes ou síndromes de imunodeficiência (DETHLEFSEN et al., 2000).

Cabe aos profissionais da saúde, buscarem o conhecimento sobre o psiquismo humano, oportunizado pelas contribuições científicas da psicanálise e de outras ciências. No

entanto, a investigação científica só obterá êxito, à medida que se dissociar o corpo da mente, podendo vincular os resultados obtidos para se chegar à compreensão da totalidade humana. Torna-se imprescindível conhecer essa totalidade para agregar conhecimentos científicos e enxergá-los de forma holística.

2.2 PSICOSSOMÁTICA E O CÂNCER

A Oncologia, segundo Fernandes Júnior et al. (2010) é uma ciência que estuda o câncer e como ele se desenvolve, instala e progride, bem como as modalidades de tratamento. A história nos proporciona uma melhor compreensão da atuação psicossomática e sua relação com as doenças, principalmente o câncer. A noção de que a saúde era o resultado do equilíbrio do corpo e da mente, e deste com o meio ambiente, vem desde antiguidade com Hipócrates e Galeno, que observaram que as mulheres deprimidas apresentavam maior incidência de câncer.

Desde a Grécia antiga até o início do século XX, médicos e pacientes acreditavam que a mente tivesse efeitos sobre a doença e era natural aplicar tal conceito para tratar as enfermidades. Após a descoberta dos antibióticos, a hipótese de que o tratamento de uma doença infecciosa ou inflamatória requer apenas a eliminação do organismo estranho ou agente causador da doença, esta prevaleceu. Com a vigente preocupação em descobrir drogas capazes de curar infecções e doenças específicas, o fato de que as respostas do próprio corpo poderiam influenciar a suscetibilidade e o desenvolvimento das doenças passou a ser ignorado (GULLO, 2008).

Ao final do século XIX, Freud retoma a integração mente-corpo em "Estudos sobre a Histeria". A partir de então, ele demonstrou que acontecimentos psíquicos podiam ter consequências orgânicas, gerando oportunidades para que inúmeras pesquisas buscassem as inter-relações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esta linha de pensamento e ação deu origem ao modelo biopsicossocial na Medicina, que atraiu cada vez mais adeptos, embora ainda encontre resistência na Medicina tradicional. Os trabalhos da psicanálise desenvolvidos por Freud, junto com as descobertas de Jung, contribuíram para a ampliação de um campo de estudos, pesquisa e atuação, denominado Medicina Psicossomática. Em 1939, essa área foi finalmente oficializada junto à fundação da *American Psychosomatic Medicine Association*. Posteriormente, muitas linhas teóricas vieram para colaborar e fortalecer o

conceito da Psicossomática, passando esse termo a significar na literatura científica atual, a inter-relação entre a mente e o corpo (FARAH et al., 2008).

Gimenes et al. (2000) relatam que os estudos de Pavlov foram responsáveis pela possibilidade da utilização de condicionamentos na modificação de determinados comportamentos, sendo estas modificações passíveis de serem empregadas como forma de tratamento, incentivando a criação das áreas denominadas Medicina Comportamental e Psicologia Comportamental. Em 1970, a Associação Americana de Psicologia criou a divisão de Psicologia da Saúde e, no início dos anos 80, começou a ser publicada a *Revista de Psicologia da Saúde*, qual se propunha ao estudo da:

- Promoção e manutenção da saúde;
- Prevenção e tratamento de doenças;
- Identificação da etiologia e diagnósticos;
- Atuação no sistema de política social da saúde.

SANTOS, et al. (2005) relatam que a oficialização do psicólogo no contexto hospitalar veio solidificar sua atuação nesse âmbito. No Brasil, a partir da década de 50, iniciou a assistência psicológica na abordagem de crianças operadas. Posteriormente, a partir da década de 70, as equipes compostas por psiquiatras e psicólogos começaram a ser requisitadas pelos especialistas oncológicos, com o objetivo inicial de auxiliar o médico na transmissão da informação a respeito do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família.

2.3 INCIDÊNCIA DO CÂNCER

O *câncer* advém de um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do ácido desoxirribonucleico (DNA) celular. A célula anormal forma um clone que começa a se proliferar de maneira invasiva, infiltrando-se em tecidos e ganhando acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos – processo de disseminação denominado metástase. Estudos relatam a identificação de aproximadamente 100 tipos diferentes de *câncer*. Cada célula cancerosa de diversas doenças tem uma bioquímica e uma morfologia alterada em relação à célula normal. O *câncer* não se constitui em um crescimento desordenado de células imaturas, mas em um processo lógico coordenado, no qual uma célula

normal sofre modificações e adquire capacidades especiais (SMELTZER et al. 2005).

Otto (2002) classifica o crescimento celular anormal como desenvolvimento não neoplásico e neoplásico. Para o **desenvolvimento não neoplásico** existem quatro padrões de crescimento: **hipertrofia, hiperplasia, metaplasia e displasia**. E para o **desenvolvimento neoplásico** ocorrem apenas duas divisões: **anaplasia** (sem forma com alterações reversíveis) e **neoplasia** (crescimento novo de uma massa tecidual anormal que não consegue cumprir a função normal das células daquele tecido) **podendo ser subdivididas em benignas** (ex: papilomas ou verrugas) **ou malignas** (ex: tumores sólidos e leucemia). A palavra *câncer* é um termo comum para todas as neoplasias malignas.

FIGURA 1 – Divisão da célula câncer.



Fonte: *Science Photo Library*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) declara que além da dor e outros desconfortos físicos para o indivíduo, o câncer causa impactos de ordem psíquica, social e econômica, tanto para ele como para seus familiares. Em países subdesenvolvidos, as perdas são mais intensas, principalmente, se não houver um sistema formal de saúde em condições de atender às suas necessidades.

Atualmente, a ciência médica possui competência para lutar contra essa doença considerada potencialmente fatal, onde outrora o médico apenas podia oferecer conforto e segurança ao doente. É comum na prática médica ou dos profissionais de saúde, prolongar a vida a qualquer custo e, muitas vezes, com sucesso (SILVA et al. 2006). Segundo Bittencourt

et al. (2004) o câncer se constitui em um problema de saúde pública no Brasil e a segunda causa de morte por doença no país. Nas últimas décadas, o registro de novos casos de câncer tem crescido, ressaltando assim, o impacto social e econômico que esta patologia acarreta. A Organização Mundial de Saúde (2003) estimou a ocorrência 35 milhões de mortes por doenças crônicas no mundo, sendo que aproximadamente 7,6 milhões, ou 21,7%, corresponderam às neoplasias. Caso medidas para o controle do câncer não sejam tomadas, 84 milhões de pessoas irão morrer nos próximos dez anos por esta causa. A tendência também é de acréscimo na incidência das neoplasias. Um aumento de 50%, num prazo de quinze anos, é estimado, chegando-se a um total de 15 milhões de novos casos em 2020.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) os dois tipos de câncer mais incidentes no mundo são o de mama e o de próstata, no entanto, os que mais matam são o de pulmão e o de estômago. Em países considerados pobres, o câncer não aparece entre as dez principais causas de mortalidade, enquanto que em países considerados de renda média e alta, posicionam-se entre o sexto e o segundo lugar, respectivamente.

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) os números de internações são alarmantes, quase 150.000 hospitalizações em 2004, com taxa de 87 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para cada 100.000 habitantes. Relatórios da OMS sobre Base de Dados de Mortalidade referentes ao período de 1990 a 2003, revelaram que o câncer, de forma global, foi responsável por cerca de 14% das mortes ocorridas no mundo, o que corresponde a aproximadamente 9 milhões de óbitos por ano. As perdas econômicas são iminentes por meio de custos diretos relacionados às despesas hospitalares, medicamentos, outros serviços de saúde e custos indiretos relacionados ao potencial produtivo perdido e a sobrecarga do sistema previdenciário (OMS, 2005).

Santos et al. (2010) relatam que o Sistema de Internação Hospitalar registrou 73.821 internações por câncer de mama e 57.536 por câncer do colo do útero no Brasil no período de 2004 a 2005. O câncer de mama e o câncer do colo de útero permanecem desafios ao setor de saúde, devido ao fracasso dos programas de rastreamento e detecção precoce, que ocasiona um aumento do número de internações e crescente mortalidade, atingindo a cada ano uma parcela significativa de mulheres.

Um recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer/OMS (BRASIL, 2005) revelou que o impacto global do câncer dobrou em 30 anos e o sucessivo crescimento populacional, acompanhado do envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Afirma tal relatório, que esse impacto recairá principalmente

sobre os países de médio e baixo desenvolvimento. Entre os mais incidentes tipos de câncer, o de pulmão ocupa uma proporção de 1,52 milhões de casos novos, mama 1,29 milhões, cólon e reto 1,15 milhões. Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão se constituiu na principal causa de morte (1,31 milhões), seguida pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos).

Na perspectiva do *World Cancer Research Foundation* (2008) a América do Sul, Central e Caribe, estimaram cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos. 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 colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão. O Decreto nº 109, de 02 de maio de 1991, estabeleceu ao Instituto Nacional do Câncer a responsabilidade pelas ações nacionais de controle ao câncer, por meio de implementações progressivas de atuações, planos e programas, visando melhorar e expandir a rede especializada de assistência médico-hospitalar e as atividades de detecção precoce, como também as de prevenção à saúde e de intervenção sobre os fatores de risco.

2.4 MODALIDADES DE TRATAMENTO DO CÂNCER

Tradicionalmente são utilizadas três modalidades terapêuticas: (I) cirurgia, (II) radioterapia e a (III) quimioterapia, empregadas de forma isolada ou em combinação, têm sido até hoje os pilares do tratamento oncológico. Porém, o aprimoramento e avanço em estudos na área, atrelado à tecnologia de ponta, introduziram agentes e métodos para o estudo da genética celular do câncer, em que a Bioterapia deu início a uma era de grande interesse no tratamento coadjuvante do câncer (OTTO, 2002).

Otto (2002, p. 305) define a cirurgia oncológica como um procedimento invasivo, centralizado, de excisão ou ressecção cirúrgica, como modalidade primária em tumores sólidos. Alguns estudos observaram que a hostilidade física e psicológica decorrentes do procedimento não estava ocasionando benefícios significativos à sobrevida alcançada. Dessa forma, influenciou pesquisas e o desenvolvimento de estratégias de triagem e terapias adjuvantes. Atualmente, a participação do cirurgião no tratamento dos pacientes oncológicos, envolve não apenas a cirurgia propriamente dita, mais um amplo espectro de procedimentos cirúrgicos para diagnóstico (coleta de material para biopsia, citologia por aspiração, entre outros) controle local, curativo ou paliativo. O tratamento cirúrgico possui oito objetivos: a

cirurgia profilática, cirurgia diagnóstica, cirurgia de estadiamento, definitiva ou curativa, paliativa, adjuvante ou de suporte, reconstrutora ou de reabilitação e, por fim, o tratamento salvador indicado para casos de recidiva local da doença, após o uso de um tratamento primário menos extensivo (Ex: cistectomia radical salvadora após radioterapia primária, menos extensivo para o câncer de bexiga).

A radioterapia utiliza radiação ionizante de maneira isolada ou combinada a outras modalidades. Administra uma dose precisamente medida de radiação em um volume tumoral definido com a menor lesão possível aos tecidos saudáveis circundantes, resultando na erradicação do tumor e prolongamento da sobrevida. Apesar dos esforços curativos, tal modalidade desempenha um papel importante no alívio efetivo ou na prevenção dos sintomas do câncer, incluindo a dor, restaurando a integridade esquelética e a função do órgão com morbidade mínima.

O uso clínico da radiação é um processo complexo que envolve vários profissionais e funções inter-relacionadas com opção curativa ou paliativa. A opção curativa proporciona uma probabilidade de sobrevida em longo prazo após terapia adequada, os efeitos colaterais embora indesejáveis, são aceitáveis, podendo ocasionar complicações agudas e crônicas na tentativa de erradicar a doença maligna. Na opção paliativa, não há expectativa de que o paciente sobreviva por períodos prolongados, os sintomas causam desconforto comprometendo a autossuficiência do paciente. Em algumas situações específicas, a radioterapia paliativa utiliza altas doses de radiação (75% a 80% da dose curativa), a fim de sacrificar para obter o controle tumoral em longo prazo e evitar o acréscimo de complicações relacionadas ao tratamento. A finalidade da terapia, seja ela curativa ou paliativa, deve ser definida já no início das intervenções terapêuticas. (GATES et al., 2009, p. 67).

Conforme *The Washington Manual of Oncology* (2002, p. 13) a quimioterapia consiste no uso de substâncias citotóxicas, podendo ser utilizada na cura, controle ou cuidado paliativo. As doses são administradas via sistêmica (endovenosa), também podendo ser de forma regional, quando aplicada em uma artéria ou cavidade e local quando aplicada diretamente no tumor. Apresenta efeitos colaterais desconfortáveis após a sessão, além da toxicidade específica em órgãos e comprometimento às células normais. O tratamento possui seis fases cronológicas:

1. **Indução:** administração da dose inicial da terapia;

2. **Consolidação/Intensificação:** administrada após remissão da doença, a fim de prolongar a duração da remissão e a sobrevida total em determinados processos malignos hematológicos;
3. **Adjuvante:** administrado após a erradicação da doença conciliada com terapia local (cirurgia ou radiação);
4. **Neo Adjuvante:** administrada antes da terapia local, na expectativa de reduzir a magnitude do tratamento local ou aumentar sua eficácia;
5. **Manutenção:** consiste na administração de quimioterapia ambulatorial prolongada com baixas doses, com intuito de prolongar a duração da remissão e atingir a cura nesses pacientes e;
6. **Resgate:** administrada após o fracasso de outros tratamentos (cirurgia, radiação ou quimioterapia prévia), a Quimioterapia de resgate é empregada para controlar a doença ou fornecer alívio paliativo.

Alternativas sugeridas por familiares, amigos bem-intencionados, mídia, internet e lojas de produtos naturais, são facilmente conciliadas pelo próprio paciente oncológico ao tratamento tradicional (GATES et al., 2009). Aproximadamente 54% a 77% dos pacientes com câncer utilizam terapias de medicina alternativa e complementar. Entre as mais utilizadas, ganham destaque a oração e as práticas espirituais, seguida das terapias físicas de mente-corpo (relaxamento, visualização e movimento), vitaminas, medicina herbária, dieta, nutrição e estilo de vida (SPARBER et al., 2000).

Tais terapias têm sido identificadas como úteis pelos pacientes oncológicos que participaram de estudos clínicos, apresentando na tabela abaixo, os seguintes resultados:

TABELA 1 – Medicina alternativa e complementar ao tratamento de câncer

Espiritual	94%
Mentalização de imagens	86%
Massagem	80%
Estilo de vida/dieta	60%
Relaxamento	50%
Herbária/botânica	20%
Altas doses de vitaminas	14%

Fonte: SPARBER et al. (2000).

Pode-se notar que, na apresentação das modalidades de tratamento do câncer, nenhuma se limitou a terapêutica curativa, mas de forma categórica, disponibiliza atualmente, opções para as mais distintas complicações, inclusive em casos paliativos, a fim de minimizar os sintomas de desconforto advindos do câncer e os efeitos colaterais e adversos do tratamento, promovendo o alívio, o conforto e a dignidade a este paciente.

2.5 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E NECESSIDADES EMOCIONAIS NO PACIENTE ONCOLÓGICO

O câncer é uma doença crônica que ocasiona sentimentos negativos em qualquer um de seus estágios, como por exemplo: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte.

A confirmação do diagnóstico do câncer, independente do acompanhamento de um bom ou mau prognóstico, suscita distúrbios psicossociais em todos os pacientes, manifestados de maneiras diversas em cada pessoa, como resultado de vários fatores que incluem, de acordo com *The Washington Manual of Oncology* (2002):

- Medo de morrer;
- Alterações na integridade e no conforto do corpo;
- Alterações no autoconceito e rupturas de planos futuros;
- Incapacidade de manter o equilíbrio;
- Falta de desempenho dos papéis e atividades sociais;
- Incapacidade de se adaptar a novos ambientes físicos sociais.

Conforme o INCA (2011) e Bifulco (2010) todo diagnóstico de câncer é sempre acompanhado de uma carga emocional muito intensa e de fantasias decorrentes dos medos do portador e de sua família, seja do tratamento em si ou da evolução da doença. A palavra câncer tem origem grega (*karkínos*), que significa caranguejo e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates – pai da medicina (460 e 377 a.C).

Bifulco (2010) descreve e compara o aparecimento do câncer, ao comportamento inato de um caranguejo, animal noturno que vive quase sempre em profundidade, escondido,

invisível, que se desloca de maneira peculiar: de lado, com má coordenação e imprevisível, agressivo, com olhar fixo, apodera-se de suas presas, as quais tortura até a morte. Dessa forma, podemos correlacionar a origem da palavra e designar o câncer, como um grupo de doenças que parece vir de algum lugar, ataca sem avisar e pode potencialmente se localizar em qualquer lugar dentro do indivíduo. Portanto, as emoções e imagens suscitadas pelos portadores de câncer advêm de um modo geral, de explicações fantasiosas que os antigos médicos gregos apresentavam diante de observações comuns ao câncer, em relação a sua formação maligna e perseguição implacável a suas vítimas com o propósito de destruir a vida.

Os distúrbios psicológicos em pacientes com câncer podem variar de sentimentos comuns de tristeza, de perda, de medo até transtornos psiquiátricos graves, nos quais geralmente, o paciente reluta em admitir o surgimento do desequilíbrio psíquico. São inúmeros os sintomas que auxiliam e norteiam a equipe a identificar os problemas que ocasionam tais distúrbios, porém muitos desses sintomas são resultados do câncer propriamente dito ou de seus efeitos colaterais advindos do tratamento clínico ou cirúrgico. Diante de tantos detalhes que permeiam e caracterizam os distúrbios psicológicos, cabe à equipe multidisciplinar em seus atendimentos individualizados, identificar alterações e posteriormente, compartilhar tais informações, a fim de concluir um diagnóstico e proporcionar um tratamento específico ao distúrbio psicológico descoberto (ROMVARI et al., 2002).

Afirma Bifulco (2010) que mitos e fantasias relacionados ao câncer, como doença avassaladora permanecem até os dias atuais, constituindo um desafio à equipe envolvida nessa terapêutica. Os principais aspectos emocionais decorrentes da relação entre mito e realidade do câncer e as várias etapas que o doente percorre durante o seu tratamento, devem merecer atenção especial, a fim de haver uma ação terapêutica interdisciplinar por meio de uma equipe multiprofissional qualificada.

Conforme Beresin (2008) comumente o momento da doença é vivenciado pelo ser humano com muita angústia e sentimento de perda. Em termos psíquicos, o adoecer tem diferentes significados para cada indivíduo. Para a maioria, a doença desencadeia um forte sentimento de impotência por causar, mesmo que temporariamente, a percepção de perda do controle de sua vida. Figueiredo et al. (2009) afirmam a necessidade de compreender que, quando adoecemos, todo o corpo se transforma para enfrentar o evento da doença. Em cada portador, a ação de enfrentamento de uma mesma enfermidade, pode se expressar de maneiras diferentes: física, emocional ou espiritual. O câncer pode ser considerado como um fenômeno

biológico, psicológico e social em toda sua amplitude, pois desencadeia isolamento, negação da doença e uma resistência muito forte ao tratamento que também é revestido pelo conceito prévio de sofrimento e dor (BIFULCO, 2010).

De acordo com os autores anteriormente citados, observa-se o quanto é importante à constituição da atenção integral ao paciente oncológico e, principalmente, a responsabilidade que cada profissional tem de perceber e discernir os aspectos psicológicos relacionados e advindos da doença. Dessa forma, pode contribuir junto à equipe em alternativas terapêuticas ao paciente e seus familiares, além de evitar abordagens inespecíficas e insuficientes, nas quais se trata apenas paliativamente os sintomas e não a causa propriamente dita.

Portanto, assim como o paciente deve estar sob os cuidados e atenção de uma equipe multiprofissional, a família deve receber assistência, pois ela recebe de forma indireta toda carga emocional vinda do ente portador de câncer e reflete de forma direta esses sentimentos, por meio do entusiasmo, ansiedade, angústia e desesperança pelos cuidados em cada fase do tratamento. Desse modo, surge a necessidade imperiosa de se auxiliar a família, que exerce também o papel de cuidadora, a fim de que possa transmitir ao paciente qualidade na atenção diária e uma qualidade de vida mais digna nesse contexto. A família precisa transmitir com clareza conhecimentos que lhes permita assumir com segurança o apoio emocional e técnico da função de cuidadores (FIGUEIREDO et al, 2008).

A atenção dispensada ao estado emocional do paciente oncológico promove uma maior aderência ao tratamento e uma melhor resposta física, bem como mais equilíbrio, entendimento e, em consequência, uma melhor dinâmica familiar. A dimensão do cuidar nesse contexto caracteriza-se pela importância do cuidar sobre o curar, exige atitudes humanas e compreensíveis, não apenas científicas ou analíticas, que demandam ver não somente a doença, mas o que existe de hígido no paciente (FIGUEIREDO et al., 2008).

Na perspectiva de Carvalho (2002) a psicooncologia tem, na sua história remota, a contribuição direta de Galeno, e em sua história recente, possui contribuições desenvolvidas pela Psiquiatria aliadas à Psicologia. À medida que essas áreas se aprofundaram no conhecimento do ser humano, diferentes formas de tratamento se desenvolveram e, desse modo, delinearam novas linhas de trabalho junto ao paciente oncológico.

A psicooncologia consiste em uma área de atuação multidisciplinar, embora evidencie de forma singular o trabalho psicológico, seja de apoio ou aconselhamento, psicoterapia

individual ou grupal. Todas essas técnicas têm facilitado à transmissão do diagnóstico, a aceitação e adesão ao tratamento e alívio dos efeitos secundários destes, promovendo uma melhor QV durante a terapia ou a fase de terminalidade no que se refere ao processo de morte e morrer (CARVALHO, 2002).

O respaldo para a obrigatoriedade do psicólogo nos serviços de suporte, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em oncologia junto ao SUS, ocorreu por meio da publicação da Portaria nº 3.535 pelo Ministério da Saúde, no Diário Oficial da União em 14/10/1998, consolidando a participação hoje indispensável, a qual vem galgando espaço e fortalecendo o respeito no âmbito da oncologia.

Dessa forma, podemos considerar a abrangência da psicooncologia envolvendo a pesquisa e o estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevida, após o diagnóstico do câncer. Neste cenário, essa especialidade tem como objetivo proporcionar ao doente, à família e a toda a equipe envolvida no tratamento e apoio emocional, estratégias que melhor ofereçam o enfrentamento da doença, a fim de melhorar a qualidade de vida em todos os estágios, desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, até a cura ou aos cuidados paliativos.

3.1 HISTÓRIA E DEFINIÇÃO

O termo “paliativo” tem origem do vocábulo *pallidum*, que significa manta ou coberta. Sendo assim, quando uma causa não pode ser curada, os sintomas são “cobertos” com tratamentos específicos, denominados de paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (2005) define Tratamento Paliativo como:

Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, aliviando problemas relacionados a uma doença sem perspectiva de cura, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, que significa uma precoce identificação e manejo impecável no tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

A maior parte dos cuidados médicos, até a metade do século XIX, era dirigida à melhora dos sintomas de uma doença, enquanto esta seguia seu curso rumo à recuperação ou à morte. No século XX, o desejo de cura a qualquer custo impulsionou as pesquisas e passou a mobilizar médicos e pacientes. Diante desse movimento voltado a conquistas científicas, surge na metade do século XX, o movimento *hospice* – dando atenção e cuidados ao sofrimento e miséria alheia. Desta forma, o antigo método de cuidados foi redescoberto, e o melhor da moderna Medicina voltou sua atenção para novos estudos e terapias específicas contra a dor (SALTZ et al. 2009).

O conceito definido pelos autores Pimenta et al. (2006, p. 17) relatam que:

A palavra *hospice* tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, *boas vindas ao estranho* evoluindo para o significado de *hospitalidade*. Em 1840, na França, os *hospices* eram abrigos para peregrinos durante seus percursos e tinha origem religiosa. Ali se cuidava dos enfermos que estavam morrendo. Em 1900, surgiu outro em Londres e posteriormente, em 1967, o *St. Christopher's Hospice*, que revolucionou essa concepção e deu início a outros *hospices* independentes.

Relatam Kruse et al. (2007) que um novo conceito de cuidar, focado nas necessidades do paciente até o fim de sua vida, veio estabelecer um novo paradigma do saber – os cuidados paliativos ou a medicina paliativa. O movimento moderno de cuidados paliativos teve início na Inglaterra na década de 1970, com *Cicely Saunders*, enfermeira e médica insatisfeita com os resultados do tratamento dispensado a pacientes em estado terminal, cujo sofrimento

(físico, psíquico, social e espiritual) era frequentemente ignorado pela equipe que os tratava. A epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que ocorreu 15 anos depois, e as técnicas de combate às doenças degenerativas, especialmente o câncer, estimularam a criação de outros *hospices* e serviços de assistência domiciliar ao paciente fora de possibilidades terapêuticas (FPT). Posteriormente, outros países como a França e o Canadá, incorporaram essa filosofia.

De acordo com Saltz et al. (2009), desde a fundação do primeiro *hospice*, o modelo de assistência ao morrer vem crescendo e se difundindo em três planos distintos, sendo o primeiro voltado a produção social e à divulgação de um tratamento ideal a população em geral; o segundo voltado à criação e desenvolvimento dos cuidados paliativos como disciplina científica, por meio de seminários, manuais técnicos, cursos, congressos e fundações de entidades profissionais; e o terceiro referente à implementação de serviços paliativos, cuidados domiciliares, encenação ou acompanhamento hospitalar. A Medicina Paliativa é uma especialidade médica, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, que tem como objetivo o efetivo controle dos sintomas angustiantes, surgindo como uma forma de cuidado total com o paciente, cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Afirmam Seely et al. (1999) que pacientes terminais, especialmente aqueles com câncer, ainda são submetidos a abordagens agressivas de tratamento curativo, mesmo em casos irreversíveis.

Conforme Brandão (2005) a medicina tem passado por profundas mudanças no modo com que cuida dos pacientes nas últimas décadas. A medicina aplicada no século XXI segue dois modelos: o modelo curativo e o modelo paliativo. No modelo curativo, a ênfase é dada ao entendimento fisiopatológico da doença e não ao doente. A investigação, o diagnóstico, a cura e o aumento da sobrevida tornam-se o foco de tal abordagem, e o foco humano em si fica sacrificado pela ciência e tecnologia. Já o modelo paliativo é centrado no paciente em si, tendo como essência não apenas a atenção às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes.

Kruse et al. (2007) definem o termo “cuidado paliativo” como uma tarefa complexa e desafiadora, pois este conceito tem sido adotado na modernidade para os cuidados necessários ao final da vida, representando uma alternativa contemporânea à ritualização da morte, sendo considerada uma abordagem que melhora a QV dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados às doenças crônicas. Nesse momento, o enfoque terapêutico é voltado para a QV no controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano, integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos.

A meta do tratamento paliativo é atingir uma melhor QV possível ao paciente e sua família. Fidelis et al. (2008) afirmam que o mais importante nesse contexto, se constitui no controle da dor e de outros sintomas (dispneia, tosse, anorexia, astenia e náuseas), problemas psicológicos e espirituais – típicos em pacientes FPT.

Alguns princípios permeiam a terapêutica paliativa:

- Assegurar a vida e considerar a morte como um processo normal;
- Não apressar nem postergar a morte;
- Promover alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais do tratamento do paciente;
- Apoiar o paciente para que viva da forma mais ativa possível até a finitude da vida;
- Promover apoio aos familiares durante o curso da doença e após a morte do paciente.

Marcucci (2005) afirma que a abordagem multidisciplinar é importante para os cuidados paliativos porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes terminais, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa. Desse modo, a inserção dos cuidados paliativos no atendimento de pacientes oncológicos é de extrema importância, constituindo uma necessidade crescente nos hospitais e instituições de saúde.

No Brasil, desde 1941, o INCA se tornou pioneiro em cuidados paliativos, com o objetivo de desenvolver uma política nacional de controle do câncer. Silva et al. (2006) relatam a deficiência na estrutura pública de cuidados paliativos oncológicos adequada à demanda existente no Brasil, tanto sob o ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. Em pior situação, encontram-se a maioria dos indivíduos com câncer que procuram a rede pública de serviços com a doença em estágio avançado e elegíveis apenas para cuidados paliativos. De modo que, torna-se urgente o conhecimento a respeito dos conceitos fundamentais relacionados aos cuidados paliativos e *hospice*, bem como empreender esforços para exercer iniciativas centradas no cuidar solidário nos serviços de saúde públicos.

Diante dessa realidade, consolidou-se em outubro de 1997 na capital de São Paulo, um movimento unido a essa questão – a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP),

com a finalidade de divulgar a filosofia dos cuidados paliativos e *hospice*, bem como em reunir os esforços e as experiências já existentes no Brasil em torno da assistência aos pacientes FPT, em condições de internação, atendimento ambulatorial ou domiciliar. A partir de então, foram constituídos os Conselhos Nacional e Internacional de Cuidados Paliativos, os quais têm como objetivos:

- Criar condições de troca de experiências entre profissionais de saúde que estudam e praticam ações relacionadas aos cuidados de doenças crônico-degenerativas em fase avançada e terminal;
- Aprofundar debates que contribuam ao aperfeiçoamento profissional e na qualidade do atendimento e vida dos enfermos;
- Estimular pesquisas próprias à área dos cuidados paliativos e disseminar informações por meio de eventos científicos, como congressos, fóruns, entre outros;
- Debater questões éticas relacionadas à prática dos cuidados paliativos.

O Brasil, por meio da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos já realizou cinco seminários e um Fórum Nacional com a presença de renomados conferencistas nacionais e internacionais da área, desenvolveu publicações (criações e divulgações) em parcerias com Ministério da Saúde, Sociedades Brasileiras de Cancerologia e Oncologia Clínica. Além disso, existem 31 serviços cadastrados, representativos em onze estados, que atuam como prestadores de cuidados paliativos e com características peculiares às condições de cada realidade na qual estão inseridos. Desses serviços, alguns se iniciaram com a implantação de serviços específicos voltados ao cuidado da dor, como nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (PESSINI et al., 2006).

O sistema de saúde brasileiro enfrenta grandes desafios para o novo século, entre estes, o aumento da população idosa e o crescente número de indivíduos com câncer, doenças cardíacas e cerebrovasculares. Esse cenário indica a necessidade de, por meio dos modelos de programas de cuidados paliativos e suas diretrizes de ação, estabelecerem-se bases técnicas para a criação de políticas de saúde voltadas aos indivíduos em fase terminal. Entre as iniciativas do Ministério da Saúde para humanizar a assistência em cuidados paliativos, destaca-se o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos mediante a Portaria GM/MS nº 19/2002.

3.2 INTERDISCIPLINARIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS

SALTZ et al. (2009) esclarecem que a prática interdisciplinar, requer uma análise prévia do conceito relativo à interdisciplinaridade propriamente dita e sua relação com o termo multidisciplinar. O termo *multi* tem origem latina *mūltus* e quer dizer “muito”, “numeroso”. O prefixo latino *inter* remete a “posição intermediária”, a “reciprocidade”. Disciplinar deriva do adjetivo latino *disciplinare*, e diz respeito à disciplina – “conhecimento específico em determinado ramo do ensino”. Portanto, multidisciplinar se refere a muitas disciplinas, uma associação de disciplinas em torno de um objeto ou problema em comum. Consiste na atenção dispensada por muitos profissionais, na qual não há intercâmbio, troca ou cooperação entre as diferentes disciplinas. Quando ocorre o intercâmbio, há mais que uma simples soma, existe influência mútua, partindo assim, a ideia de interdisciplinaridade.

No âmbito da pesquisa e do ensino, a interdisciplinaridade é considerada como um método capaz de fazer com que duas ou mais disciplinas interatuem. Para alguns filósofos, a interdisciplinaridade é uma etapa mais desenvolvida do conhecimento científico, e seu objetivo é a unidade do saber. Nesse processo, várias disciplinas interagem na construção ou definição de um objeto ou de um projeto em comum – surgindo dessa prática algumas disciplinas como a psicoimunologia (SALTZ et al., 2009).

A importância da interdisciplinaridade na assistência ao paciente FPT deve ser destacada, visto que a confirmação do prognóstico, o curso da doença e seu tratamento, atingem dimensões biopsicossociais e espirituais. Faz-se necessária a composição de uma equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar aos cuidados paliativos, a fim de abranger tais dimensões. Estes profissionais são: o médico (oncologista clínico, cirurgião e o radioterapeuta oncológico), o psicólogo, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o farmacêutico, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o dentista, o terapeuta ocupacional, o capelão e a assistente social (FERNANDES JÚNIOR, H. J. et al., 2010).

FIGURA 2 – Diagrama: Equipe Multiprofissional

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Fernandes Júnior, H. J. et al. (2010).

Conforme Leme (2000), a visão baseada na interdisciplinaridade sugere uma reformulação dos saberes, uma síntese em direção à reorganização da equipe de saúde. Sendo assim, além de estabelecer um novo paradigma científico, representa uma nova filosofia de trabalho, de organização e de ação interinstitucional que consente um diálogo permanente com outros conhecimentos passível de questionamentos, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação e de discernimento em aspectos não distinguidos.

Quando a equipe multidisciplinar atua de forma interdisciplinar, a origem grega da palavra saúde (inteiro, intacto, integridade) é resgatada, evidenciando a necessidade de tratar o paciente de forma holística, buscando compreendê-lo na interface de uma grande diversidade de disciplinas. Na interdisciplinaridade, busca-se ir além das fronteiras disciplinares. Na assistência de cuidados paliativos, deve-se considerar a importância da prevenção dos efeitos psicológicos, sociais e físicos da hospitalização e da patologia, no binômio paciente e família. A equipe deve estar familiarizada com toda a complexidade vivida pelo paciente, implicados no processo do adoecer e morrer, a fim de personalizar o atendimento, de modo que, proporcione melhor qualidade de vida ao paciente e apoio à família (RIBA et al., 2009).

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC – FMUSP) possui como referência desde 1996, um Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), que abrange pacientes debilitados ou doentes crônicos, seja em fase terminal, ou não. Ao longo de sua prática cotidiana, vem construindo um modelo de atuação interdisciplinar e tem como pontos principais:

- Atuação de diversos profissionais das diferentes áreas da saúde;
- Busca de consenso visando a uma melhor terapêutica;
- Troca de informações e conhecimentos entre as diferentes áreas;
- Possibilidade de visão ampliada sobre o paciente, de forma a fornecer subsídios para as diferentes áreas;
- Respeito às especificidades de cada área;
- Linguagem harmônica, visando ao entendimento de todos;
- Interdisciplinaridade, como processo de atuação e como objetivo a ser constantemente buscado.

Essa atuação interdisciplinar garante, na prática cotidiana, uma visão mais elaborada do paciente a ser assistido, por meio de contribuições das diferentes áreas. A análise e o conhecimento da realidade social em que o paciente está inserido são fundamentais para a efetivação do serviço prestado. Nesse exercício, o NADI desenvolveu alguns mecanismos ou ferramentas que facilitam e propiciam ações interdisciplinares, uma vez que garante sua utilização por todas as áreas de forma igualitária, ao mesmo tempo que, fomenta a integração entre essas mesmas áreas, por meio de reuniões interdisciplinares, estudos de caso, prontuários coletivos, atendimentos em conjunto e reuniões em família, entre outros.

Carvalho et al. (2003) relatam que o trabalho da equipe interdisciplinar não consiste apenas em buscar uma síntese de saberes ou uma identidade de objeto teórico, mas na homogeneidade dos objetivos a serem atingidos, abrangendo a possibilidade ao diálogo entre disciplinas afins, que em muitos momentos possuem interfaces e temáticas comuns, mas que mantêm a especificidade do seu saber. Dessa forma, a interdisciplinaridade estabelece um caminho a ser percorrido no processo de evolução do cuidado, ultrapassando as fronteiras do conhecimento e agregando diversos profissionais que compõem a equipe paliativista, promovendo intercâmbio e articulação entre as disciplinas, já que temos a consciência de que os saberes são inacabados e incompletos, e seus limites transcendentais.

Embora a demanda do trabalho em equipe envolva alterações no nível de ansiedade advindo da sobrecarga emocional da função e da realidade individual dos afazeres, os autores Saltz et al. (2009) sugerem como estratégia, o compartilhar dos desafios e dificuldades de cada profissional em reuniões interdisciplinares, que podem ser instrumentalizadas por orientações técnicas sobre a natureza dos conflitos e os aspectos gerais de cada caso, proporcionando alívio e ampliando a atuação de todos. Assim, observamos que apenas na contradição é que abrimos espaço para a construção de uma nova prática mais efetiva, e somente por meio da construção de um novo modelo de prática pelos próprios sujeitos que a realizam, é que realmente surge a possibilidade de um exercício interdisciplinar (ANDRADE, 2010).

Quando a teoria da assistência multiprofissional e interdisciplinar se torna fidedigna e efetiva na prática, acolhemos o paciente excluído da terapêutica curativa em sua esfera biopsicossocial e espiritual, de maneira única e indivisível, respeitando os preceitos éticos, promovendo possíveis condições para uma melhor QV e dignidade no morrer. É indispensável à interação da equipe multiprofissional para que haja homogeneidade na *práxis* assistencial e todos atuem de forma unificada. A interação e a colaboração de cada profissional com seu saber, seus desafios e suas dificuldades, contribui com alternativas e estratégias na assistência ao paciente e aos profissionais envolvidos.

4.1 HISTÓRIA

O termo QV obteve destaque pela primeira vez, por meio de um filósofo da antiguidade - Aristóteles (384-322 a.C.) em escritos como *Nicomachean Ethics*, e tem seu significado atribuído à “vida-bom” ou ao “bem-estar” com felicidade. No entanto, há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar entre indivíduos, bem como em diferentes circunstâncias e experiências vividas. Sócrates mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas sim o modo como se vive (VIDO et al., 2007). Podemos notar que, desde essa época, a qualidade de vida já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência do indivíduo em dado momento. Porém, de acordo com o desenvolvimento de definições em relação ao termo qualidade de vida, a história consta que tal termo foi raramente abordado até o século XX, quando finalmente, estudos apontaram que a “felicidade ou bem-estar” das pessoas podia ser consequência de sua qualidade de vida (DINIZ et al., 2006).

Na perspectiva de Moreira (2006), na Grécia Antiga, o bem-estar humano não dependia apenas de descobertas naturais ou artefatos técnicos, mas se vinculava fortemente a participação do indivíduo na vida pública. A democracia e a equidade eram outorgadas a todos aqueles que eram tidos como cidadãos, proporcionando-lhes o direito de participar/atuam no contexto social e político por meio de ações que se projetavam além das necessidades biológicas do ser humano.

Historicamente, a primeira menção do termo QV foi feita pelo economista Arthur Cecil Pigou, em 1920, que propôs em seu livro de economia e bem-estar (*The Economics of Welfare*), um novo macroindicador econômico para a época, relacionando a QV ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avaliação do seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais (SOROMENHO-MARQUES, 2004; BELASCO et al., 2006).

O conceito de QV, a partir da década de 1970, segundo Fleck (2008), surge como medida de saúde num contexto que os avanços da medicina já permitiam o controle de sintomas e estadiamento de determinadas doenças, prolongando a vida de forma amena. Diante de tais fatos, surge a necessidade de mensurar a QV, a fim de, saber como os indivíduos têm alcançado a longevidade.

Brito (2008) destaca uma associação de padrões de vida, aspectos materiais e aquisição de bens que caracteriza o termo QV como sinônimo de progressão e sucesso. Nessa

evolução, a visão microeconômica é observada a partir da satisfação dos indivíduos com a QV em relação à aquisição e consumo de bens, de mercado, de saúde, de lazer e outros itens relacionados ao bem-estar físico e social de onde está inserido. A partir de então, estabeleceu-se o uso de indicadores econômicos, como por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o qual possibilitou a fusão de dados econômicos como os enfoques sociais e culturais, constituindo-se como um indicador da QV, caracterizando dessa forma, sua ampliação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Em oncologia, a pesquisa sobre QV, surgiu associada aos estudos clínicos. Entre 1956 e 1976, a avaliação de qualidade de vida estava presente em menos de 5% dos ensaios clínicos. Em 1976, o *Cancer and Leukemia Group B* integrou a avaliação da qualidade de vida em seus estudos. Grupos como *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* e o *International Breast Cancer Study Group* incorporaram medidas de qualidade de vida em seus estudos clínicos após 1980 (SANTOS, 2006).

A avaliação da QV se instituiu como uma variável de interesse para os serviços sanitários, por apresentar uma associação clara e consistente com fenômenos relevantes da saúde como a mortalidade, a hospitalização e o consumo de recursos sanitários. Aproximadamente há 20 anos, uma série de estudos utilizando instrumentos genéricos em diversas publicações, demonstrou a saúde percebida e associada de maneira independente aos diagnósticos clínicos e outros fatores de risco como a mortalidade (BELASCO; SESSO, 2006).

Costa Neto (2002), relata na publicação *Directory of instruments to measure quality of life and correlate áreas* de 1998, a identificação de 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, em um período de 60 anos, sendo que 332 destes apareceram na literatura a partir dos anos 1980. Conforme o acentuado crescimento do tema nas últimas décadas, percebe-se o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica. Já Giesler (2000) refere à ocorrência de um marco importante em 1985, quando uma administradora de medicamentos - *Food and Drug Administration (FDA)*, promoveu a avaliação da qualidade de vida como um resultado necessário para a aprovação de novas drogas antineoplásicas. Desde essa época, o número de artigos que avaliam a qualidade de vida dentro e fora do âmbito dos estudos clínicos mantém um crescimento de forma exponencial.

Em relação às tendências na investigação da QV, os questionários para mensuração da

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) têm sido fundamentais nas investigações clínicas, tanto para descrição de grupos de pacientes, como para obtenção da efetividade das intervenções no âmbito da saúde. Os autores Belasco e Sesso (2006), constataam que publicações sobre QVRS, têm evidenciado um significativo crescimento nessa temática, pois em 1973, uma busca na *MEDLINE* utilizando o termo QV, encontrava apenas cinco artigos; já em 1998, esse número passou a 16.256 citações, e em 2003, chegou a 53.588. A pesquisa indexada no Brasil sobre o assunto cresceu 106% entre 1981 e 1991. Segundo o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, entre 1990 e 2002, o número de teses sobre QV foi de 9.635.

4.2 DEFINIÇÃO E BASES TEÓRICAS

Diniz e Schor (2006) afirmam que devido à constância do termo qualidade de vida por filósofos e pesquisadores, tal termo se tornou genérico, de maneira que as definições de QV, de seus conceitos e de suas propostas se basearam em diversas fundamentações teóricas e práticas. Porém, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que saúde é “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência ou presença da doença”. Após tal declaração, iniciou-se um ciclo de formação em qualidade de vida, que apesar de parecer complexo, já permite reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional. Por ser um conceito relativamente novo e por tratar-se da avaliação da experiência humana, não há consenso sobre a definição de QV. Ao longo dos anos, pesquisas foram refinando o termo, onde *The Group World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, 1995)* definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Atualmente, QV, é definida também de acordo com a sua área de aplicação e engloba duas tendências:

- QV como conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos;
- QV relacionada à Saúde (QVRS), que considera também aspectos relacionados às enfermidades, às disfunções e as indispensáveis intervenções terapêuticas em saúde.

Na perspectiva de Minayo et al. (2000), não há na literatura uma definição consensual

de QV e sim, uma concordância razoável entre pesquisadores acerca do construto QV, cujas características envolvem a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade, fazendo com que a concepção do referido termo seja diferente entre indivíduos, locais e circunstâncias.

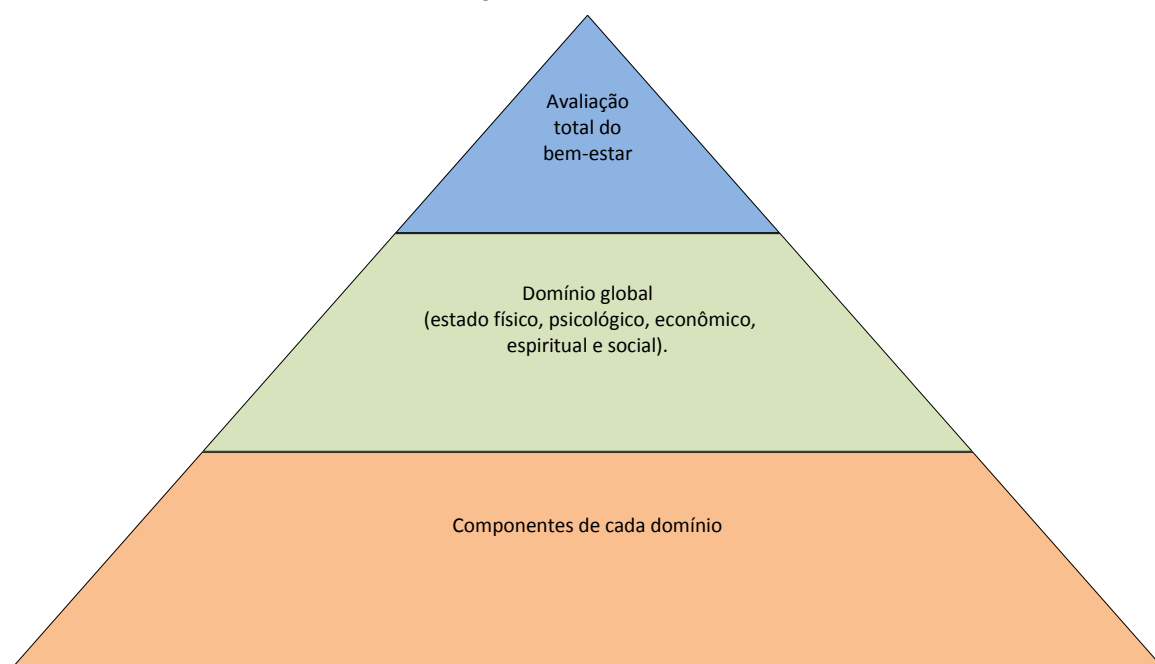
Fleck et al. (2008) afirmam que as características que permeiam o construto QV estão atreladas aos aspectos fundamentais e subentendidos no conceito do Grupo WHOQOL, que define a subjetividade como relação direta a perspectiva do indivíduo em relação a sua vida e saúde; a multidimensionalidade é considerada a avaliação de várias dimensões da QV, a partir de um instrumento de mensuração em diversos escores e vários domínios (ex: estado físico, mental, social); e a bipolaridade que consiste na presença de elementos positivos (ex: mobilidade) e ausência de elementos negativos (ex: dor).

Conforme Souza et al. (2006) a QV é classificada em três níveis:

- Avaliação total do bem-estar;
- Domínio global (estado físico, psicológico, econômico, espiritual e social);
- Componentes de cada domínio.

Se a visualização desses três níveis fosse transferida a uma pirâmide, veríamos no topo a avaliação total do bem-estar, seguida do domínio global, tendo os componentes de cada domínio como a base da pirâmide.

FIGURA 3 – Diagrama: Níveis da Qualidade de Vida



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Souza et al. (2006).

Belasco e Sesso (2006) confirmam a abrangência do termo QV, devido a interligação do construto em diversas abordagens e problemáticas. Sugerindo que a mensuração da QV envolva a avaliação do homem em sua totalidade e se constitua em um direito essencial, independente das condições de eficiência ou de produtividade econômica, indo além da satisfação das necessidades humanas básicas padronizadas, mas levando em consideração, as opções pessoais.

4.3 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER

Corvalan et al. (2011) afirmam que a QV do paciente oncológico é consideravelmente afetada pelos fatores relacionados à doença e seu tratamento. Dificilmente haja outra doença como o câncer, que evoque um nível elevado de ansiedade e incerteza, tanto nos pacientes, como nos familiares e amigos, devendo ser estimados os aspectos somáticos, psíquicos e sociais nessa população. O impacto do diagnóstico e do prognóstico repercute não apenas no aumento do sofrimento ao paciente e sua família, mas também, ao desalento da equipe envolvida. A QV não consiste apenas em uma sensação de bem-estar, mas sim, na qualidade do estado de saúde que pode ser percebida e definida de maneira distinta pelos pacientes em uma mesma situação biomédica. A forma como o indivíduo vivencia a doença e sua autopercepção de bem-estar ou mal-estar parecem colaborar para uma possível evolução biopatológica da enfermidade, podendo ser apreciada como um cofator terapêutico favorável ou não.

O câncer apresentou um avanço nas quatro últimas décadas, haja vista a incidência crescente de novos casos, provocado pela ampliação da vida média da população mundial e, sobretudo, pela presença dessa doença nas faixas etárias mais jovens. O impacto da hipótese diagnóstica, sua confirmação e o seu tratamento implicam diretamente no estilo de vida do indivíduo, de modo que o câncer se tornou um problema de saúde pública. Quando não é possível curar, o alívio e apoio ao sofrimento se tornam alvos das intervenções de uma equipe oncológica multidisciplinar (MACHADO et al., 2008).

Nesse sentido, os estudos desenvolvidos em QV podem contribuir com diversos profissionais da saúde. Por sua vez, os estudos clínicos com intenção curativa e métodos terapêuticos igualmente eficazes e seguros, visualizam a QV como o diferencial que influencia na escolha da intervenção. Nos estudos relacionados a cuidados paliativos, onde as

enfermidades são de curso crônico, a preocupação e implementação do bem-estar e o prolongamento do tempo sem sintomatologia, são prioridades tão importantes quanto à avaliação dos sintomas (FRANZI et al., 2003).

Dessa forma, de acordo com Fleck et al. (1999, p. 20):

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

A mensuração da QV é uma forma objetiva de se obter dados a respeito de determinado fenômeno, e consiste num procedimento de pesquisa formal, reflexiva e sistemática, o qual contribui para a produção e transmissão de conhecimento científico às diferentes áreas da saúde. A avaliação da QV, em especial a partir do século XX, repercutiu com maior seriedade nos âmbitos econômico, social e da saúde. Sua mensuração possibilitou a comparação entre estudos de tratamento, evidenciando características importantes que podem auxiliar na compreensão da escolha terapêutica, pois permite a identificação dos aspectos da qualidade de vida afetados pela terapia proposta. Além disso, a avaliação da QV tem sido adotada como um dos recursos nas pesquisas sobre eficácia terapêutica.

Fayer et al. (2000) afirmam que os instrumentos de medida da qualidade de vida indicam objetivamente as prioridades do paciente e lideram modificações nos programas inadequados a essas necessidades subjetivas. Nesse sentido, as justificativas que sustentam a importância da avaliação da QV baseiam-se na compreensão do impacto subjetivo dos tratamentos, da melhora sintomatológica, dos efeitos colaterais ou tóxicos, das alterações na dinâmica social e econômica e aspectos da vida diária ou psicológica dos pacientes. Um estudo realizado por Machado et al. (2008) relatam que a QV se caracteriza como um imprescindível medidor de resultados em estudos clínicos, no qual por meio de um instrumento específico, como o *EORTC QLQ – C30*, pode-se avaliar pacientes oncológicos em quimioterapia no início do tratamento e três meses após, obtendo resultados de acompanhamento com perspectiva de atuação para melhorar os aspectos da QV desses pacientes.

Desde 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que a QV deve ser orientada com a finalidade de avaliar o impacto de diversos fatores que acometem o universo psicológico, social, espiritual e físico do indivíduo e que possa constituir parâmetros nos

estudos de custo/benefício, contribuindo para a otimização de recursos disponíveis no sistema de saúde. Por isso, distintos instrumentos que mensurem a QV têm sido desenvolvidos e avaliados, visando contribuir no delineamento de programas e intervenções adequadas em áreas específicas, como a oncologia, possibilitando a mudança de variáveis que possam influenciar negativamente, no desfecho do tratamento e atenção multidisciplinar dispensada ao paciente, seja ele portador de câncer ou de outra doença.

4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: CARACTERIZAÇÃO E INSTRUMENTOS

Avaliação da qualidade de vida pode ser quantitativa ou qualitativa. A avaliação quantitativa envolve o uso de instrumentos com questões que podem gerar índices ou escores. Na avaliação qualitativa utilizam-se questionários abertos ou entrevistas semiestruturadas.

Santos (2006) classifica os instrumentos genéricos divididos em perfis de saúde e medidas de preferência. Os perfis de saúde foram desenvolvidos para serem aplicados em todos os grupos de pessoas com problemas de saúde. Permitem a comparação entre doenças, porém, possuem efeitos limitados em grupos de pacientes com doenças ou submetidos a tratamentos que ocasionam efeitos específicos. Entre os instrumentos genéricos perfis de saúde destacam-se: o *Demands of Illness Inventory*, *Sickness Impact Profile* (SIP) e o *Medical Outcome Study Short Form General Health Survey* (MOS SF-36). As medidas de preferência constituem o segundo tipo de instrumentos genéricos, o qual possibilita as preferências do paciente quanto ao tratamento e seus resultados. Nas medidas de preferência, a avaliação da QV é sintetizada em um único número que vai de zero (morte) até dez (saúde plena), refletindo tanto o estado de saúde, quanto o valor desse estado atribuído pelo paciente.

Segundo Makluf et al. (2006) vários instrumentos que avaliam a QV em pacientes com câncer são encontrados na literatura internacional e os mais comumente utilizados são o *EORTC QLQ-C30* (Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer - QV Questionário 30 Itens) e o *FACT-G* (Avaliação Funcional de Câncer e Terapia Geral). Cardoso (2001) ressalta que para a população brasileira é necessário o estudo de medidas de confiabilidade dos instrumentos, para que se possa mensurar a QV com fidedignidade. Instrumentos não adaptados para nossa realidade têm sido motivo de considerações e críticas nos resultados.

A vantagem dos instrumentos específicos é a de conter itens relevantes como: sintomas, efeitos colaterais e problemas de uma doença ou tratamento específico. Podem ser classificados em doença-específicos (câncer), população-específicos (idosos), função-específicos (função sexual) ou problema-específicos (dor). São sensíveis na detecção de pequenas mudanças nos domínios de interesse do médico e do paciente. Destacam-se entre os instrumentos câncer-específicos o *Breast Cancer Chemotherapy Questionnaire*, *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES) e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C-30). Sua desvantagem é que não permite comparações entre doenças. Uma alternativa utilizada é a associação entre instrumentos genéricos e específicos, pois, dessa forma, é possível comparar doenças e ser sensível a aspectos específicos ou sintomas relevantes à doença e ao tratamento (FAYERS et al. 2001).

Conforme Machado et al. (2008) a mensuração da QV no paciente oncológico, é um importante recurso para avaliar os resultados da assistência, seja paliativa ou curativa, na perspectiva do paciente. Vido et.al (2007) relatam que a escolha do instrumento para mensurar a QV deve estar baseada no propósito da pesquisa, se contém os domínios necessários para mensuração dos dados na população em estudo, se o instrumento foi utilizado em populações iguais ou similares, se os resultados estatísticos foram divulgados em sua propriedade de medida, se foi traduzido e adaptado culturalmente, e por fim, como se conduziu tal processo. Outro fator relevante seria o de sua aplicabilidade, no que diz respeito ao tempo gasto para aplicação e facilidade de compreensão por parte dos participantes da pesquisa, garantindo assim, a fidedignidade dos resultados.

Dessa forma, a QV se constituiu como um indicador de saúde e, em outras dimensões, pode favorecer maneiras para a validação de tais índices, com base na avaliação do estado físico geral, capacidade funcional para o trabalho, atividade doméstica, interação social no ambiente de trabalho e familiar, função cognitiva em relação à concentração (memória) e finalmente, ao estado emocional dos pacientes com respeito à ansiedade e depressão (FRANZI et al. 2003).

De acordo com Del Castillo et al. (2012) a avaliação da QV tem sido cada vez mais utilizada na área de saúde para informar a evolução do paciente, decidir quanto ao tratamento mais indicado, avaliar intervenções e até novas técnicas empregadas. No mesmo contexto, Zandonai et al. (2010) asseguram os instrumentos que mensuram QVRS como uma ferramenta comumente utilizada para a avaliação do impacto da doença em pessoas.

Considerado um construto multidimensional que avalia o estado físico, funcional, psicológico, social, espiritual, bem-estar, sexualidade relevante para algumas doenças crônicas, como o câncer.

Paralelamente, Belasco e Sesso (2006) alegam que os questionários para medida da QVRS têm sido fundamentais nas investigações clínicas tanto para a descrição de grupos de pacientes como para a obtenção do resultado na avaliação da efetividade em intervenções na área da saúde. O uso clínico dos instrumentos de medida de QVRS têm sido utilizado no monitoramento da saúde e no cálculo da expectativa de vida com boa saúde, bem como na observação quanto às necessidades dos serviços de saúde. Cabe destacar, entre os instrumentos genéricos, o *Health Insurance Experiment* e o *SF-36*, permitem informações longitudinais sobre uma ampla amostra de pacientes e análise comparativa da efetividade dos diferentes serviços de saúde assim como tratamentos disponíveis.

As formas de se obter respostas aos instrumentos aplicados, conforme Vieira et al. (2001), podem ser por meio de entrevistas agendadas previamente ou por telefone, podendo também ser enviado por correio ou distribuído aos participantes por qualquer outro meio. O pesquisador ainda pode usar a combinação de métodos como contato por carta seguido de entrevista, pessoalmente ou por telefone. São fatores determinantes da escolha: o custo da obtenção dos dados, rapidez da coleta e dificuldade no questionário. É importante enfatizar que as entrevistas feitas pessoalmente também permitem que o entrevistador faça melhor juízo e garanta maior fidedignidade sobre o entrevistado e suas respostas.

5.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos sob terapêutica paliativa, assistidos em um Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer, no município de Dourados/MS.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, religião (praticante ou não), trabalho (aposentado ou afastado), renda familiar, atividade física (praticante ou não), tratamento (quimioterapia e/ou radioterapia), internações submetidas desde o diagnóstico oncológico confirmado, diagnóstico clínico e duração do tratamento (maior ou menor que cinco anos).
- Apresentar os resultados produzidos pelo estudo.
- Caracterizar a QV da amostra pelo questionário *EORTC QLQ-30*.
- Comparar os valores da QV avaliados pelo questionário *EORTC QLQ-C30* com as variáveis do QSDO.

1. A maior parte da amostra possui QV comprometida em consequência do câncer.
2. Quanto maior a amostra masculina, maior a probabilidade de diagnóstico de câncer de próstata.
3. Quanto maior a quantidade de tratamento (quimioterapia e radioterapia), maior a probabilidade de fadiga.
4. Quanto maior o número de internações hospitalares desde o diagnóstico oncológico, maior a probabilidade do sintoma insônia.

7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal. Atribui-se a adoção do método quantitativo em função de sua possibilidade de conhecer e controlar variáveis, preocupando-se com a representação numérica, medição objetiva e a quantificação de resultados.

7.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, localizado no Mato Grosso do Sul, sendo restrita aos pacientes em terapêutica paliativa. Considerado um centro de referência oncológica por prestar atendimento a 35 microrregiões, disponibiliza atendimento por meio de Radioterapia e Quimioterapia a pacientes adultos. Porém, em casos de internação e intervenção cirúrgica, conta com o apoio e parceria do Hospital Evangélico Sr. e Sra. *Goldsby King*, localizado ao lado do prédio. O Ambulatório, em atividade há 12 anos, possui atualmente um cadastro geral de 5.083 pacientes. A equipe é composta por dois enfermeiros, treze técnicos de enfermagem, um psicólogo, uma assistente social, sete médicos oncologistas especialistas (dois cirurgiões gerais, um clínico, um radioterapeuta, um cirurgião plástico, um ortopedista e um cirurgião de cabeça e pescoço). São voluntários: nutricionistas, fisioterapeutas e dentistas. Aproximadamente são realizados 250 atendimentos ao mês, atuando em parceria com a Rede Feminina de Combate ao Câncer, que ampara socialmente os pacientes e seus respectivos familiares, procedentes de outras regiões.

7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Até julho de 2011, o Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer em estudo, apresentava um cadastro geral de 5.083 pacientes, incluindo pacientes em cuidados paliativos ou não. Para definir a amostra desse estudo (105 pacientes em cuidados paliativos) foram

selecionados para o cálculo amostral, a fim de definir a população finita, com o objetivo de garantir um erro amostral não superior a 4% (BARBETTA, 2002).

O estudo teve como pretensão obter uma amostra com 105 participantes por conveniência, que é definida por Mattar (2001) como uma amostragem não probabilística, sendo selecionada a partir de uma conveniência do pesquisador, podendo ser operacionalizada de forma breve e simples.

Cálculo: $n_0 = 1/E^2$ $n = N.n_0 / N + n_0 = \text{resultado}$

n_0 = primeira aproximação do número da amostra.

n = tamanho da amostra.

N = tamanho da população envolvida na pesquisa.

E = erro amostral tolerável.

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes são descritos a seguir:

7.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Possuir idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, submetidos à terapêutica paliativa e assistido pelo Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer;
- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal;
- Concordar em participar da pesquisa por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Possuir idade inferior a 18 anos;
- Pacientes indígenas, devido à ausência dessa população no local de estudo;
- Pacientes que aguardavam diagnóstico ou prognóstico oncológico;
- Pacientes que realizam tratamento com finalidade curativa;
- Pacientes que realizam acompanhamento e tratamento profilático.

7.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi encaminhado, contendo em anexo, a solicitação de autorização aos responsáveis técnicos do local em estudo. Após autorização da Direção de Enfermagem do Hospital (APÊNDICE C) e da Direção Clínica do Centro de Tratamento do Câncer (APÊNDICE D), foi encaminhado o projeto, juntamente com as devidas autorizações assinadas, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, para fins de homologação, de modo a viabilizar o estudo e seguir devidamente as preconizações da Resolução 311/2007 de 08 de dezembro de 2007, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos, estabelecidos na Resolução 196/1996 de 10 de outubro de 1996 (Brasil/MS, 1996), tratando-se de investigação não invasiva e que não envolve qualquer tipo de manipulação que possa contestar a ética em pesquisa e aprovação no CEP.

Posteriormente aprovado pelo CEP/UCDB, processo nº 008/11 sem restrições (ANEXO A), a autora da pesquisa, utilizou como instrumentos: o questionário destinado à coleta de dados sociodemográfico ocupacional (APÊNDICE A) e o questionário específico *EORTC QLQ – C30* (ANEXO B), selecionando de forma conveniente, mediante critérios de inclusão, 105 participantes. Inicialmente, cinco dos participantes foram contatados e informados sobre o motivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Após o acordo, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e participaram do projeto piloto, a fim de verificar a viabilidade, a adaptação e o tempo de duração da pesquisa.

Inicialmente, propôs-se a cinco dos participantes responderem aos questionários individualmente, sem qualquer auxílio. No entanto, devido ao projeto piloto detectar dúvidas na compreensão e demora na conclusão dos questionários, tornando inviável o estudo, optou-se por aplicação assistida aos pacientes previamente selecionados. A partir de uma lista fornecida pela Instituição, todos os pacientes agendados para consulta e/ou retorno, foram abordados antes (enquanto aguardavam a consulta ou atendimento), durante o procedimento (somente quando estavam em quimioterapia) ou após o atendimento.

A aplicação dos instrumentos durou em média trinta minutos. Foram efetuadas 75 entrevistas e dos 30 participantes que faltaram, alguns foram a óbito e outros faltaram no dia agendado. O período total utilizado para a coleta de dados foi de um mês, compreendido do

dia vinte e dois de junho a vinte dois de julho de 2011. Após a coleta, a autora contou com o auxílio de um especialista em estatística para análise dos dados obtidos.

7.5 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Segue abaixo uma descrição dos instrumentos utilizados na pesquisa.

7.5.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO OCUPACIONAL (QSDO)

Este instrumento foi planejado para a realização de tal projeto com a finalidade de delinear o perfil da população estudada. O questionário sociodemográfico (APÊNDICE 1) aplicado contém 17 questões, sendo 13 questões fechadas (sexo, prática religiosa, cor, estado civil, trabalho/ativo, aposentado ou afastado, renda mensal e familiar, prática de atividade física, quantidade de internações desde o diagnóstico confirmado, tipo e quantidade de tratamento/quimioterapia e radioterapia, duração do tratamento/ maior ou menor que cinco anos) e 04 abertas (idade, escolaridade/ensino fundamental ou superior, religião/tipo, diagnóstico clínico).

Quando comparadas e cruzadas as variáveis do QSDO com os domínios do questionário específico *EORTC QLQ-C30*, foram perceptíveis interferências relacionadas à saúde biopsicossocial e espiritual do paciente com câncer em cuidados paliativos o que nos remete aos objetivos propostos desse estudo. Essas questões foram de suma importância para a investigação e ratificação a partir dos estudos acerca da saúde e QV do paciente oncológico em cuidados paliativos, pois segundo afirma a OMS (2005) o câncer além de dor e outros desconfortos físicos para o indivíduo, causa impacto de ordem psíquica, social e econômica.

7.5.2 QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 Items (EORTC QLQ – C30)*

É considerado um instrumento específico saúde-doença que avalia a QV global em pacientes com neoplasias em geral. O *EORTC QLQ – C30* (Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer – Qualidade de Vida – Questionário 30 Itens) é composto por escalas com múltiplos itens e medidas de item único, que visam refletir a multidimensionalidade do construto qualidade de vida.

Bisotto (2010) apresentou em uma revisão bibliográfica não sistemática, sem delimitação de período de publicação, artigos que possuíam instrumentos e questionários para avaliar a QV de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Entre 80 artigos analisados, observou-se o predomínio de publicações no ano de 2004 (12%) e no idioma inglês (96%). Foram identificados 120 instrumentos, agrupados em genéricos e específicos, sendo o *EORTC QLQ – C30*, o segundo instrumento mais citado para uso em pesquisas específicas de oncologia.

Ressalta-se que as vantagens da aplicação de instrumentos que mensurem a QV de pacientes oncológicos, permitem avaliar o efeito do tratamento para o câncer, o tratamento *versus* a sobrevida e a possibilidade de utilizá-lo como estratégia inicial ou aumentar a frequência de discussões sobre o assunto, levando-se em conta a assistência prestada e a relação dos profissionais com pacientes e familiares. As desvantagens elucidadas em tal estudo se restringiram ao alto custo, necessidade de pessoas treinadas para execução, necessidade de tempo e boa coordenação para que não se percam dados. Como afirma Bisotto (2010), não existe nenhum instrumento *gold standard* e, dificilmente, um único instrumento conseguiria abordar todas as questões pertinentes relacionadas à QV.

O instrumento *EORTC QLQ – C30 (version 3)* possui 16 domínios, distribuídos em 30 questões, que formam quatro escalas: 1. Escala de Estado de Saúde Global e QV (um domínio e dois itens), 2. Escala Funcional (cinco domínios e quinze itens), 3. Escala de Sintomas (nove domínios e doze itens) e 4. Escala de Dificuldades Financeiras (um domínio e um item). Esta distribuição está representada a seguir, no Quadro 1.

QUADRO 1 – Escores do *EORTC QLQ-C30* (version 3)

Escala	Questão	Item	Escore Mínimo	Escore Máximo
1. Escala de Medida Global de Saúde e QV				
EGS/QV	29 e 30	2	Condição Física e QV ruim.	Condição Física e QV excelente.
2. Escala Funcional				
Função Física	1 a 5	5	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades pesadas sem dificuldade.
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer.	Não apresenta limitação para atividades ou lazer.
Função Emocional	21 a 24	4	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado.	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado.
Função Cognitiva	20 e 25	2	Apresenta muito dificuldade em concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldade de concentração e memória.
Função Social	26 e 27	2	A condição e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades.
3. Escala de Sintomas				
Fadiga	10, 12 e 18	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar.	Sente-se muito fraco e cansado, e necessita descansar a maior parte do tempo.
Náusea e Vômito	14 e 15	2	Não apresenta náusea ou vômito.	Sente-se nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	Não sente dor.	Apresenta muita dor, o que interfere em todas as atividades.
Dispneia	8	1	Não apresenta dispneia.	Apresenta dispneia severa.
Insônia	11	1	Não apresenta dificuldades para dormir.	Não consegue dormir.
Perda de Apetite	13	1	Apetite conservado.	Anorexia severa.
Constipação	16	1	Sem constipação.	Constipação severa.
Diarreia	17	1	Sem diarreia.	Diarreia severa.
4. Escala Dificuldade Financeira				
Dificuldade Financeira	28	1	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras.	A condição física e o tratamento provocaram dificuldades financeiras.

Fonte: Adaptado de VENDRUSCULO (2011).

Os escores das escalas e das medidas variam de zero a 100, sendo que um valor alto do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se o escore apresentado na escala funcional for alto, representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas, representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais. Os escores dos domínios para o *EORTC QLQ – C30 (version 3)* são calculados multiplicando-se por quatro, a média de todos os itens incluídos dentro do domínio. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais podem ser transformados numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior QV, e 100 a uma melhor QV. Cada domínio é analisado separadamente.

O referido instrumento já foi traduzido e validado para 81 idiomas, e utilizado em mais de três mil estudos no mundo todo. O questionário *EORTC QLQ – C30*¹, atualmente na versão 3.0, em português, foi criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) em 1986, sendo denominado de *QLQ – C30* (Questionário de QV – 30 Itens), esteve disponível em três versões: a primeira (1987) e a segunda versão (1993) possuíam 36 questões, já a terceira (2000) e em uso atualmente, possui 30 questões.

7.5.3 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS

Escolher um instrumento para mensurar a QV, requer avaliar sua validade e confiabilidade. A validade de um instrumento de QV significa que o instrumento mede/informa o que realmente se quer medir/informar (DYNIEWICZ, 2009). Há três tipos de validade que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o objetivo do investigador: validade de conteúdo, de construto e de critério.

De acordo com LoBiondo-Wood et al. (2001) a validade de conteúdo ocorre quando um instrumento possui questões representativas de um domínio que se pretende mensurar, sendo determinada a partir da análise do instrumento por um painel de juízes (entre três a dez). Para a validade do construto, definição e estrutura interna estão relacionados inúmeros aspectos, tais como: análise da representação comportamental do construto, análise por

¹ No Brasil, a validação do instrumento *QLQ – C30* (Questionário de QV – 30 Itens), criado em 1986 pela EORTC (Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer), foi realizada por dois autores: Brabo (2006) e Santos (2003).

hipótese, curva de informação da teoria e da resposta do item e o erro de estimação da teoria psicométrica tradicional. Por fim, a validade de critério estima como um indivíduo irá comportar-se, com base na pontuação obtida por um instrumento. Comumente na verificação da validade de critérios utiliza-se um novo instrumento e um instrumento padrão.

A confiabilidade de um instrumento se resume na possibilidade de ser aplicado várias vezes sob as mesmas condições e produzir os mesmos resultados (DYNIEWICZ, 2009). LoBiondo-Wood et al. (2001) definem a confiabilidade como a capacidade de estimar o erro que um instrumento comete ao mensurar um conceito. Ambos referem-se a três aspectos com suas respectivas definições: (I) precisão, que institui medir com o menor erro possível; (II) estabilidade, que proporciona ao instrumento os mesmos resultados quando aplicado em diferentes momentos ou indivíduos e a (III) homogeneidade ou consistência interna, em que todos os itens de uma escala devem medir o mesmo conceito.

7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta de dados, os mesmos foram tabulados e, posteriormente, enviados para análise estatística. Contemplando o objetivo referente à caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva dos resultados, apresentada por meio de quadros (siglas e significados dos domínios do *QLQ – C30*) e tabelas, expondo as variáveis sociodemográficas ocupacionais e a correlação das variáveis estatisticamente significativas com os domínios do *QLQ – C30*. Para a análise estatística, em relação às variáveis sociodemográficas ocupacionais, foi aplicada a frequência simples e o teste estatístico não paramétrico da Mediana de *Mood*, a fim de caracterizar os resultados referentes aos domínios do *QLQ – C30*. Esse teste é indicado quando se compara grupos pequenos ou quando há ausência de distribuição normal de probabilidade, pois altera minimamente os resultados atípicos observados.

Conforme explanado até aqui, seguem-se as análises e descrições dos resultados obtidos no decorrer da pesquisa. O Quadro abaixo demonstra os 16 domínios do EORTC QLQ –C30 utilizados.

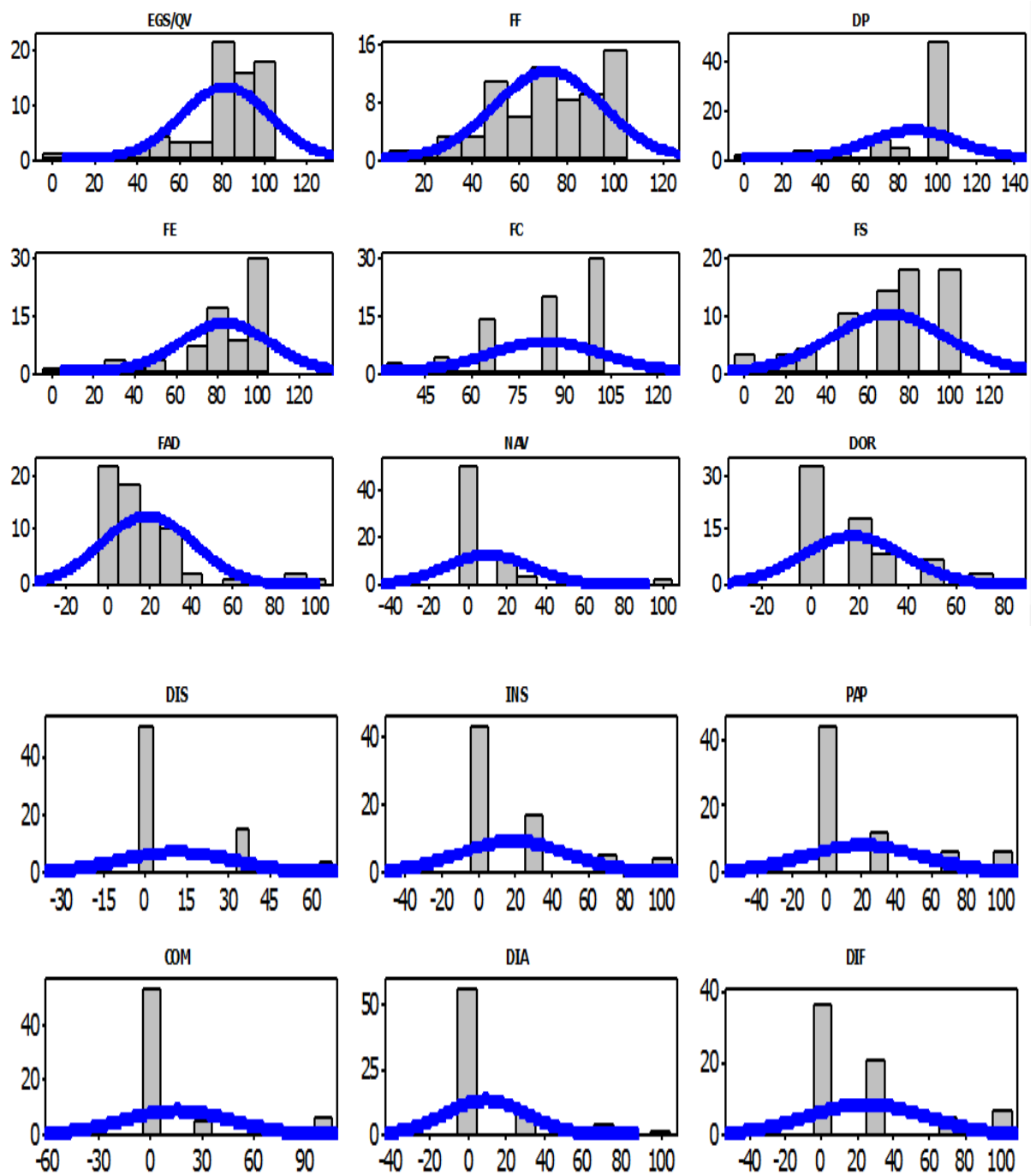
QUADRO 2 – Siglas e Significados dos Domínios do *EORTC QLQ – C30*

Sigla	Significado
1. EGS/2. QV	Estado Geral de Saúde/Qualidade de vida
3. FF	Função Física
4. DP	Desempenho de Papel
5. FE	Função Emocional
6. FC	Função Cognitiva
7. FS	Função Social
8. FAD	Fadiga
9. NAV	Náuseas e Vômitos
10. DOR	Dor
11. DIS	Dispneia
12. INS	Insônia
13. PAP	Perda de Apetite
14. CON	Constipação
15. DIA	Diarreia
16. DIF	Dificuldades Financeiras

Fonte: Elaborado pelo estatístico Lucas Rasi (2011) para esse estudo.

Conforme ilustra na (Figura 4), os domínios do instrumento *QLQ – C30* não apresentaram comportamento de **Distribuição Normal de Probabilidade** em alguns domínios:

FIGURA 4 – Histogramas dos Domínios *QLQ – C30*



8.1 PRIMEIRA PARTE: Perfil dos Participantes

TABELA 2 – Perfil das variáveis sociodemográficas ocupacionais dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	24	34,29%
	Masculino	46	65,71%
Escolaridade	Até Fundamental Incompleto	54	77,14%
	Fundamental ou mais	16	22,86%
Religião	Católico	57	81,43%
	Outros	13	18,57%
Praticante	Não	10	14,71%
	Sim	58	85,29%
Cor	Branca	46	65,71%
	Outras	24	34,29%
Estado Civil	Casado	48	68,57%
	Outros	22	31,43%
Trabalha	Não	56	81,16%
	Sim	13	18,84%
Aposentado	Não	33	47,14%
	Sim	37	52,86%
Afastado	Não	14	42,42%
	Sim	19	57,58%
Atividade Física	Não	46	65,71%
	Sim	24	34,29%
Terapêutica	Até cinco anos	42	60,00%
	Acima de cinco anos	28	40,00%
Tratamento	Dois	41	60,29%
	Um	27	39,71%
Idade	Até 60 anos	28	40,00%
	Mais que 60 anos	42	60,00%
Salário	Até um s.m.	50	73,53%
	Mais que um s.m.	18	26,47%
Renda	Até um s.m.	16	23,19%
	Mais que um s.m.	53	76,81%
Internações	Até uma	38	55,07%
	Mais que uma	31	44,93%

Na tabela 2, evidenciamos o predomínio do sexo masculino (65,71%) em relação ao sexo feminino (34,29%), com a prevalência de câncer em próstata.

Vieira et al. (2012) afirmam que a população masculina só busca o serviço especializado para uma possível recuperação da saúde, ao invés de procurar antes a atenção

básica para obter promoção à saúde e prevenção de agravos. Vários fatores podem interferir na adesão ao exame preventivo do Câncer de Próstata, tais como: constrangimento, desinformação, medo e preconceito em realizar os exames do toque retal e dosagem do PSA (*Prostate Specific Antigen*). É importante ressaltar que, mesmo que os indivíduos saibam da necessidade e importância dos procedimentos, ainda se mostram resistentes à sua realização, além de ser elevado o número de sujeitos com pouca ou nenhuma informação. O INCA (2012) apontou o câncer de próstata, segundo a última estimativa mundial, como sendo o segundo tipo de câncer mais frequente em homens. É possível que, devido à falta de esclarecimentos preventivos e dos cuidados necessários quando o diagnóstico foi confirmado, a população masculina esteja com a maior porcentagem em cuidados paliativos.

A média de idade na amostra foi mais de 60 anos (60%), cor predominante branca (65,71%), católicos (81,43%), casados (68,57%), ensino fundamental incompleto (77,14%), afastados de suas atividades laborais (57,58%), renda *per capita* bruta com mais de um salário mínimo (76,81%).

Entre os participantes da pesquisa advindos de diferentes estratos sociais, a renda *per capita* bruta foi de um salário mínimo (R\$ 622,00) em geral, o que pode dificultar o acesso à escolaridade e, conseqüentemente, à adesão de informações pertinentes à prevenção e ao tratamento adequado do câncer. Guerra et. al (2005) atribuem a situação socioeconômica e as desigualdades existentes em diversas regiões do país em um desafio para uma efetiva educação e assistência continuada a nível de prevenção em doenças crônicas não degenerativas e a promoção à saúde. Quanto ao afastamento laboral ou adiantamento da aposentadoria, Corvalan et al. (2011) asseguram que a influência agressiva do câncer ou dos tratamentos ambulatoriais, promovem intensa fragilidade e debilidade ao paciente oncológico, gerando incapacidade física e comprometendo seu rendimento profissional e o afastando de suas atividades ocupacionais. Em relação à religião ou crença em algo, Sá (2008) define a espiritualidade como uma necessidade humana básica, indispensável para incentivar o ânimo e a fé do indivíduo. Baseado na ideia das teorias atuais sobre a origem das doenças e como a espiritualidade influencia no processo de cura. O indivíduo que possui maior capacidade de adaptação diante de situações novas vence o estresse e move-se em direção à cura e/ou ao equilíbrio homeostático. A autora afirma que a espiritualidade, ao atuar no centro humano, na alma, no propósito de vida do ser e de sua ligação como o todo, adquire um caráter holístico, conferindo ao seu desenvolvimento a busca pela cura e não apenas pelo tratamento de um sintoma. Dessa forma, é simples compreender como a maioria dos participantes possui um

vínculo ativo religioso, diante de uma doença crônica como o câncer e o quanto esse vínculo os motiva, em muitas das vezes, a continuar o acompanhamento ambulatorial.

A maioria dos participantes não praticava atividade física (65,71%), foram submetidos a dois tipos de tratamentos oncológicos: quimioterapia e radioterapia (60,29%), apenas uma internação em todo o curso do tratamento (55,07%) e duração da terapêutica até cinco anos (60%).

Pedroso et al. (2005) destacam em seu estudo a importância da atividade física na prevenção, no tratamento e na reabilitação de pacientes com câncer, incluindo aspectos nutricionais e relativos ao controle de peso. Ressaltam ainda sobre as evidências da contribuição da atividade física nas diferentes fases da doença e de seu tratamento. No período de diagnóstico e pré-tratamento, o indivíduo tem por meio da condição física o suporte para enfrentar a terapia. Na reabilitação, favorece a preservação das capacidades físicas e a retomada das atividades cotidianas. De modo que, é durante o tratamento que a atividade parece ter maior importância, pois atenua a fadiga crônica e a caquexia, aumentando a eficiência metabólica e energética do corpo, reduzindo assim a ação dos carcinógenos.

Outro fato que merece destaque é a procedência da população em estudo. Embora 55,38% do total fossem de Dourados/MS, os demais participantes eram de regiões circunvizinhas, onde a maioria dependia de transporte fornecido pela prefeitura de sua cidade de origem, o qual demanda tempo de espera e de deslocamento. Além disso, observou-se que o atendimento é realizado por ordem de chegada e que o tempo de espera no ambulatório para consulta ou tratamento específico é, na maioria das vezes, demorado.

Os resultados sociodemográficos ocupacionais desse estudo apresentaram homogeneidade na amostra, em que todos os pacientes estavam em seguimento ambulatorial de tratamento quimioterápico ou radioterápico paliativo e foram abordados antes ou após a realização de algum procedimento ou consulta médica. Cabe ressaltar o dever em dispensar atenção oncológica especializada, fornecendo informações fundamentais profiláticas à qualidade e exatidão nos exames diagnósticos em casos suspeitos, ao planejamento estratégico das políticas públicas de forma regionalizada, bem como à realização de pesquisas específicas sobre QV em pacientes com câncer, a fim de identificar domínios comprometidos e delinear intervenções multidisciplinares para a assistência e reabilitação desses pacientes, independente do grau de comprometimento que a doença tenha ocasionado.

8.2 SEGUNDA PARTE: Percentual dos Diagnósticos

TABELA 3 – Percentual dos diagnósticos dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.

Diagnóstico	N	p
Próstata	26	37,14%
Mama	15	21,43%
Esôfago	9	12,86%
Pulmão	4	5,71%
Intestino	2	2,86%
Mieloma Múltiplo	2	2,86%
Colón	2	2,86%
Coluna	2	2,86%
Estômago	1	1,43%
Glândula Parótida	1	1,43%
Sarcoma de Partes Moles	1	1,43%
Laringe	1	1,43%
Melanoma de Pálpebra	1	1,43%
Pâncreas	1	1,43%
Reto	1	1,43%
Rim	1	1,43%
Tireoide	1	1,43%
Útero	1	1,43%
Total	70	100,00%

A tabela 3 apresentou predomínio do sexo masculino (65,71%) com diagnóstico de **câncer de próstata (37,14%)** e **câncer de esôfago (12,86%)**, seguida do **câncer de mama (21,43%)**, acometendo considerável parcela da população feminina. Devido à disparidade no restante dos diagnósticos, não houve valor estatisticamente significativo a ser discutido.

Dados do INCA (2011) revelam aumento nas taxas de incidência do câncer de próstata no Brasil associada, parcialmente, à evolução dos métodos diagnósticos (exames), à melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e ao aumento na expectativa de vida. Embora alguns desses tumores possam crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar a morte, a maioria cresce de forma lenta (aproximadamente 15 anos para atingir 1 cm³), não exibindo sinais e nem ameaça a vida do indivíduo. Asseguram que o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer da próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos de câncer da próstata diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. Com o crescimento da expectativa de vida mundial, é esperado

que o número de casos novos aumentem cerca de 60% até o ano de 2015. A raça/etnia e a ocorrência da doença no histórico familiar também são consideradas fatores de risco para esse tipo de neoplasia. O câncer da próstata é aproximadamente 1,6 vezes mais comum em homens negros do que em homens brancos.

O câncer de mama, embora seja comum entre mulheres, se diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom. A idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. O envelhecimento é o principal fator de risco, embora a menarca precoce, o fato de não ter gerado filhos, a primeira gestação acima de 30 anos, o uso de anticoncepcionais orais, a menopausa tardia e a terapia de reposição hormonal estão bem estabelecidas em relação ao desenvolvimento da doença (INCA, 2011).

Para o ano de 2012, no Brasil, esperam-se 7.770 casos novos de câncer do esôfago em homens e 2.650 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de oito casos novos a cada 100 mil homens e três a cada 100 mil mulheres. Em termos de incidência, o câncer do esôfago é de três a quatro vezes mais comum entre homens. Configura-se como a nona causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos, sendo, no Brasil, o oitavo câncer mais incidente. A sobrevida em cinco anos é baixa, geralmente inferior a 10%. Por se tratar de um câncer de prognóstico ruim, as taxas de mortalidade se aproximam das taxas de incidência em razão da alta letalidade dessa neoplasia (INCA, 2012).

8.3 TERCEIRA PARTE: Correlação das Variáveis categóricas QSDO com os Domínios do *EORTC QLQ C-30*

TABELA 4 – Correlação das variáveis do QSDO estatisticamente significativas com os domínios do *EORTC QLQ – C30* dos pacientes atendidos, no ano de 2011, no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer no município de Dourados, MS.

Domínio	Variável	n≤	n≥	Mediana	P
ESCOLARIDADE					
NAV	Até Fundamental Incompleto	36	18	0,00	0,032
	Fundamental ou mais	15	1	0,00	
RELIGIÃO					
FAD	Católico	36	21	11,10	0,033
	Outros	4	9	22,20	
ESTADO CIVIL					
FAD	Casado	33	15	11,1	0,004*
	Outros	7	15	22,2	
APOSENTADO					
DIF	Não	12	21	33,30	0,009
	Sim	25	12	0,00	
AFASTADO					
FS	Não	3	11	83,30	0,003*
	Sim	14	5	66,70	
DURAÇÃO DA TERAPÊUTICA					
FF	Até cinco anos	18	24	80,00	0,019
	Acima de cinco anos	20	8	66,70	
FE	Até cinco anos	20	22	100,00	0,049
	Acima de cinco anos	20	8	83,30	
FC	Até cinco anos	20	22	100,00	0,049
	Acima de cinco anos	20	8	83,30	
QUANTIDADE DE TRATAMENTO					
FAD	Dois	18	23	22,20	0,002*
	Um	22	5	11,10	
DOR	Dois	14	27	16,70	0,020
	Um	17	10	0,00	
IDADE					
DIS	Até 60 anos	24	4	0,00	0,048
	Mais que 60 anos	27	15	0,00	
RENDA					
EGS/QV	Até um s.m.	4	12	91,70	0,019
	Mais que um s.m.	31	22	83,30	
INTERNAÇÕES					
FC	Até uma	18	20	100,00	0,048
	Mais que uma	22	9	83,30	
INS	Até uma	28	10	0,00	0,031
	Mais que uma	15	16	33,30	
DIF	Até uma	26	12	0,00	0,006
	Mais que uma	11	20	33,30	

A correlação de variáveis do QSDO significativas com os domínios do *QLQ – C30* foram:

- **Escolaridade (p = 0,032):** indivíduos com escolaridade fundamental ou mais em relação ao domínio NAV, tiveram (mediana abaixo do geral = 0,00) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Religião (p = 0,033):** indivíduos católicos em relação ao domínio FAD, tiveram (mediana = 11,10) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Estado Civil (p = 0,004*):** indivíduos casados em relação ao domínio FAD, tiveram (mediana = 11,10) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Aposentado (p = 0,009):** indivíduos aposentados em relação ao domínio DIF, tiveram (mediana = 0,00) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Afastado (p = 0,003*):** indivíduos que não estão afastados de suas atividades laborais, em relação ao domínio FS, tiveram (mediana = 83,30) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Duração da Terapêutica (p = 0,019):** indivíduos que estão em tratamento até cinco anos, em relação ao domínio FF, tiveram (mediana = 80,00) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Duração da Terapêutica (p = 0,049):** indivíduos que estão em tratamento até cinco anos, em relação ao domínio FE, tiveram (mediana = 100,00) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Duração da Terapêutica (p = 0,049):** indivíduos que estão em tratamento até cinco anos, em relação ao domínio FC, tiveram (mediana = 100,00) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Quantidade de Tratamento (p = 0,002*):** indivíduos que realizam apenas um tipo de tratamento (quimioterapia ou radioterapia), em relação ao domínio FAD, tiveram (mediana = 11,10) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Quantidade de Tratamento (p = 0,020):** indivíduos que realizavam apenas um tipo de tratamento (quimioterapia ou radioterapia), em relação ao domínio DOR, tiveram (mediana = 0,00) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Idade (p = 0,048):** indivíduos com idade até sessenta anos, em relação ao domínio DIS, tiveram (mediana = 0,00) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Renda (p = 0,019):** indivíduos que possuem até um salário mínimo, em

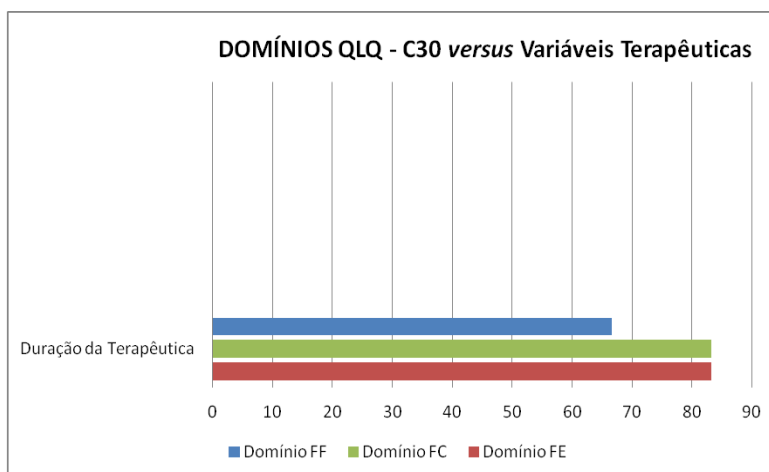
relação ao domínio EGS/QV, tiveram (mediana = 91,70) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.

- **Internações (p = 0,048):** indivíduos que tiveram até uma internação desde o diagnóstico oncológico confirmado, em relação ao domínio FC, tiveram (mediana = 100,00) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Internações (p = 0,031):** indivíduos que tiveram até uma internação desde o diagnóstico oncológico confirmado, em relação ao domínio INS, tiveram (mediana = 0,00) < escore, indicando melhor QV nesse domínio.
- **Internações (p = 0,006):** indivíduos que tiveram mais que uma internação desde o diagnóstico oncológico confirmado em relação ao domínio DIF, tiveram (mediana = 33,30) > escore, indicando melhor QV nesse domínio.

Por haver prevalência de sete domínios do *EORTC QLQ C-30* em três variáveis terapêuticas do QSDO, caracterizando uma pior QV, segue a apresentação com comentário.

Os domínios de **função física, função emocional e função cognitiva** estiveram com pior QV nos indivíduos que tiveram tratamento superior a cinco anos.

GRÁFICO 1 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30



FONTE: Dados e resultados da pesquisa.

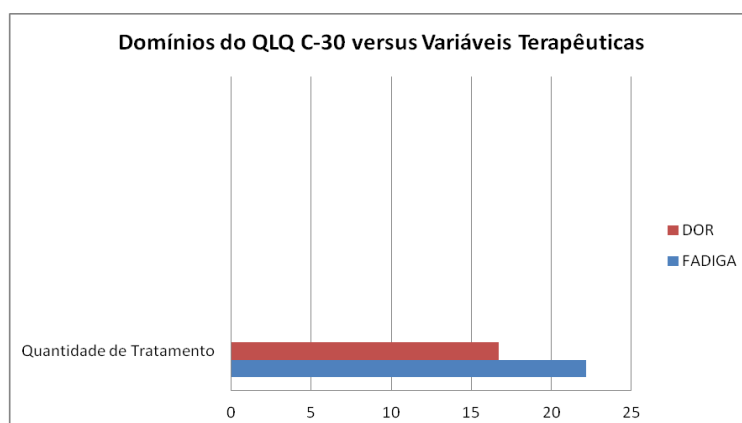
Afirmam Corvalan, et al. (2011) que a QV sofre alterações durante a terapia e apresenta um decréscimo acentuado imediatamente após o tratamento, com retorno gradual próximo da normalidade após um intervalo de cerca de seis meses. O controle da doença pode ocasionar melhora nas funções emocionais, embora com declínio nas funções físicas. Bifulco et al. (2010) confirma que os aspectos emocionais decorrentes entre o mito e a realidade do

câncer e as várias etapas que o doente percorre durante o tratamento, merecem atenção especial. Podendo ser caracterizado como um fenômeno biopsicossocial, em toda sua amplitude, pois desencadeia isolamento, negação da doença, resistência ao tratamento, revestido pelo conceito prévio de sofrimento e dor.

A função cognitiva é definida como um conceito multidimensional e descritivo dos domínios que resultam do desempenho saudável do cérebro como a atenção e concentração, processos de informações rápidas, linguagem, funcionamento motor, memória, habilidade visual e espacial. Jansen et al. (2005) relatam que alguns quimioterápicos causam prejuízo a função cognitiva, tais prejuízos estão relacionados a leucoencefalopatia (alteração na substância branca cerebral), processos inflamatórios cerebrais, anemias e menopausa precoce.

Os domínios **fadiga e dor**, também apresentaram pior QV nos indivíduos que foram submetidos a dois tratamentos (quimioterapia e radioterapia).

GRÁFICO 2 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30



FONTE: Dados e resultados da pesquisa.

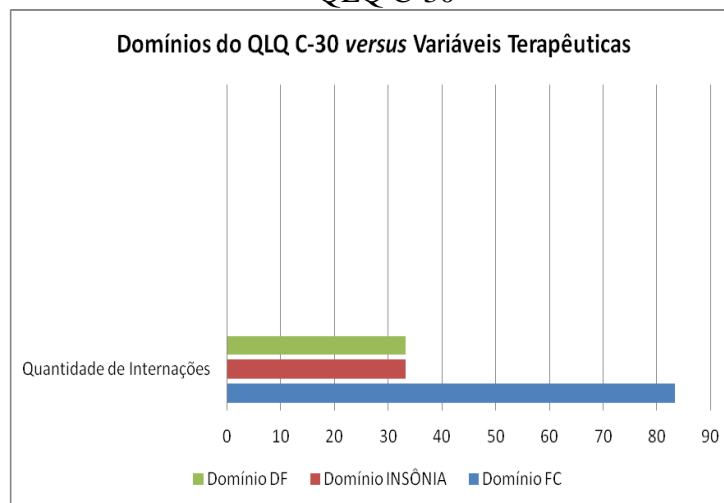
De acordo com Menezes et al. (2006) a fadiga associada ao câncer é considerada um sintoma prevalente em pacientes oncológicos em fase avançada, ocorrendo em 75% a 95% dos casos, apresentando-se como um sintoma subjetivo e com múltiplas etiologias, ou seja, é multifatorial. Causada por vários fatores, entre eles o estado hipermetabólico associado ao crescimento tumoral, competição entre o organismo e o tumor por nutrientes, efeitos deletérios da quimioterapia e radioterapia, ingesta nutricional inadequada associada à náusea e vômitos decorrentes da terapêutica antineoplásica, anemia, bem como distúrbio do sono, a incerteza quanto ao futuro, medo da morte, das mutilações e perda de papéis da manutenção da família. Afirmando os autores, que o estresse prolongado pode ser a principal causa de

fadiga crônica nas pessoas com câncer, de modo que, além dos efeitos colaterais advindos do tratamento do câncer, fatores biopsicossociais estão envolvidos com o surgimento dos sintomas da fadiga. Esse fator traz importantes implicações para o tratamento de câncer, pois devido à fadiga, vários medicamentos utilizados são limitados, muitos pacientes abandonam o tratamento e se queixam em relação à diminuição da sua QV.

A dor aproximadamente em 80% dos casos de câncer está associada diretamente ao tumor ou relacionada ao tipo de tratamento. A dor tende a ser um dos principais sintomas em pacientes oncológicos durante todas as fases de evolução da doença, podendo preceder o diagnóstico, estender-se durante a fase de tratamento ativo, bem como durante as fases avançadas e terminal da doença (BRANDÃO, 2010).

Por fim, os domínios **função cognitiva, insônia e dificuldade financeira** estiveram com pior QV nos indivíduos que tiveram mais de uma internação desde o diagnóstico oncológico confirmado.

GRÁFICO 3 - Correlação da variável terapêutica do QSDO com os domínios do EORTC QLQ C-30



FONTE: Dados e resultados da pesquisa.

Considerando os diversos fatores e desordens biopsicossociais que o câncer e seus tratamentos condicionam a seus clientes, a insônia é um distúrbio comum entre essa população, podendo ocorrer em diferentes períodos de atendimento: no diagnóstico, durante e após o tratamento e na fase terminal. A incidência é expressiva, pois gira em torno de 30 a 50%, quando comparado aos 15% da população em geral. Além disso, de 23 a 44% dos pacientes oncológicos apresentam esse sintoma após dois a cinco anos de tratamento

(VACHANI, 2007). Na avaliação do impacto da doença e do tratamento sobre a QV, Giesler (2000) relata que o paciente faz uma avaliação cognitiva dos diferentes domínios por meio de suas características pessoais, preferências, experiências, expectativas e valores.

Diversos estudos têm proposto, a partir de delineamentos qualitativos e quantitativos (esse último, por meio de instrumentos genéricos e específicos), identificarem, mensurarem e avaliarem domínios afetados pela doença no indivíduo com câncer. Considera-se um desafio a aplicação clínica frente aos domínios propostos a serem avaliados e mensurados, pois o mesmo compreende e leva à reflexão de inúmeros efeitos colaterais e secundários advindos do câncer e de seu tratamento, como alterações estéticas (mutilações), sociais, funcionais e de comportamento, os quais incidem de forma peculiar em cada sujeito.

Na literatura há alguns relatos de estudos que evidenciam a relação entre a QV e o câncer, por meio de características sociodemográficas ocupacionais, clínicas e terapêuticas. Segue a apresentação de alguns estudos.

Na Turquia, Hiçsönmez et al. (2007) em um estudo avaliou por meio do *QLQ-C30* (versão Turca 3.0), a eficácia do tratamento em termos de melhoria na QV e a correlação entre a capacidade funcional (*Eastern Cooperative Oncology Group - ECOG*)², em 88 pacientes com câncer avançado, tratados com radioterapia paliativa.

Todos os pacientes completaram o questionário *QLQ-C30* antes e após o tratamento. Do estado de desempenho do paciente durante a fase de pré-tratamento e pós-tratamento (*ECOG* < ou = 2, > 2) foi correlacionada com a *EORTC QLQ C-30* em subescalas. A maioria dos pacientes (87,5%) tinha doença metastática, o restante (12,5%) tinha doença localmente avançada. Comparando-se os pacientes em termos de capacidade funcional, aqueles com um status “melhor desempenho” (< ou = 2) relataram um nível estatisticamente maior (melhor QV) nas escalas de funcionamento e níveis mais baixos em todas as escalas de sintomas (pior QV), tanto no pré-tratamento e pós-tratamento. Os resultados deste estudo cooperaram para a compreensão do impacto da radioterapia paliativa abrangente, bem como para a sua avaliação.

Machado *et al.* (2008) avaliaram a QV de pacientes atendidos em uma clínica na cidade de Ribeirão Preto/SP, com diagnóstico de câncer de mama e intestino, no início e três meses após o tratamento quimioterápico. Os domínios de QV avaliados (início e após três meses de tratamento) apontaram uma diminuição nas funções física, emocional, cognitiva e

² (*ECOG*² se refere a escalas que avaliam a capacidade funcional (*performance status*) dos pacientes oncológicos).

social e aumento nos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite e diarreia. Apesar disso, a média da avaliação do estado geral de saúde/QV aumentou após os três meses de tratamento, demonstrando que a quimioterapia coadjuvante teve um impacto positivo na QV.

Em Portugal, Paredes *et al.* (2011), analisou a mudança ou estabilidade na QV dos pacientes com sarcoma, identificando as trajetórias distintas de mudança de diagnóstico para fase de tratamento. Foi avaliada a QV de pacientes com sarcoma portuguesa, sendo a avaliação feita no momento do diagnóstico e, novamente, em 3 a 6 meses após o início do tratamento, usando o *EORTC QLQ C-30* (versão Português). Os resultados obtidos na fase do diagnóstico e tratamento relatavam a diminuição da QV dos pacientes, na maioria dos domínios do *QLQ C-30*. Do diagnóstico até o início do tratamento, a saúde global e a QV melhoraram significativamente, e apenas o funcionamento físico diminuiu. Com passar do tempo, 38,9% dos pacientes mantiveram uma QV baixa, 27,8% mantiveram uma alta QV e 22,2% a pior QV, onde os escores de QV foram influenciados pelo estado civil, idade, status profissional e radioterapia. Os resultados apresentaram uma QV diminuída, tanto no momento do diagnóstico quanto no decorrer do tratamento, revelando uma maior tendência para a estabilidade dos escores de QV do que para a mudança. Considerando o funcionamento inicial e algumas variáveis demográficas e clínicas com papel preditivo de QV na fase do tratamento, sugerindo a necessidade de implementação na avaliação da QV e nas intervenções multidisciplinares como parte da assistência de rotina em fase inicial e no decorrer dos tratamentos ao paciente oncológico.

Franceschini *et al.* (2008) relatou o emprego do instrumento genérico – o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* – para avaliação e comparação da QV entre indivíduos com câncer e saudáveis, ambos os sexos fizeram parte da amostra. Os resultados apresentaram todos os domínios de QV medidos pelo instrumento genérico *SF-36* afetados negativamente pela presença do câncer de pulmão. Conclui-se que os indivíduos com câncer apresentaram pior QV quando comparados a indivíduos sem neoplasia. Assim, o *SF-36* mostrou ser um instrumento útil para comparar a QV destes dois grupos. Adicionalmente, o *SF-36* combina boas propriedades psicométricas, boa responsividade e pode detectar melhor a piora de QV do que a sua melhora.

Devido ao uso crescente no âmbito nacional e internacional de escalas de avaliação de QV, e a ausência no Brasil de uma medida de avaliação desse constructo voltada especificamente para a população em cuidados paliativos, Correia (2012) iniciou a tradução,

adaptação cultural e validação inicial no Brasil da *Palliative Outcome Scale (POS)*. O instrumento tem origem inglesa, adaptado culturalmente e validado em diversos países, apresentando duas versões: uma *self*, destinada ao paciente, e outra *proxi*, destinada ao profissional da área da saúde. As análises de correlação entre os itens da *POS-Br* e as dimensões da *EORTC QLQ – C30* apresentaram validade convergente satisfatória. Considerando as especificidades da população estudada, conclui-se que a *POS-Br* pode constitui-se em uma escala válida e confiável tanto no contexto da intervenção clínica como da pesquisa em cuidados paliativos no âmbito oncológico ou não.

Observa-se, diante da apresentação de alguns estudos realizados em diferentes regiões geográficas do Brasil e do mundo, a variabilidade de instrumentos associados ou não, ao instrumento dessa dissertação. Nesse contexto, Correia (2012) relata que a maioria dos instrumentos (94,4%) busca avaliar a QV do paciente de forma multidimensional, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais, econômicos, espirituais, além do relacionamento com a família e com a equipe de saúde. Entende-se que essa tendência seja decorrente da compreensão de que as necessidades dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos devem ser identificadas de forma absoluta, a fim de implementar medidas pautadas no alívio do sofrimento e melhora da QV.

Considera-se que os objetivos estabelecidos foram atingidos, e que mesmo diante da disparidade dos domínios do instrumento *EORTC QLQ C-30*, não houve prejuízo na correlação com os dados sociodemográficos ocupacionais.

Após a conclusão dos resultados, as hipóteses alçadas identificaram poucos participantes com QV comprometida devido ao câncer. Notou-se também, de acordo com as estimativas do INCA, que quanto maior a amostra masculina, maior a probabilidade de diagnóstico por câncer de próstata. A fadiga foi um fator de extrema importância confirmada por alguns estudos, pois a mesma pode ocasionar interrupções no tratamento, ser decorrente da alta dosagem de alguns medicamentos e ainda ser motivo de uma baixa QV segundo a opinião de alguns pacientes. A insônia foi elucidada como um sintoma que, embora não esteja de forma direta e exclusivamente vinculada à quantidade de internações, pode ocorrer em qualquer etapa do tratamento, sendo mais expressiva entre dois e cinco anos de terapêutica.

Cabe ressaltar que três variáveis terapêuticas (duração, quantidade de tratamento e internações) do QSDO, obtiveram mais de um domínio, compreendidos nas escalas funcionais, de sintomas e de dificuldades financeiras quando correlacionadas, caracterizando nesses indivíduos uma pior QV.

No entanto, esse estudo, quando relacionado aos domínios do *EORTC QLQ – C30* e as variáveis do QSDO dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, apresentou características peculiares dessa população, além do perfil diagnóstico prevalente. Tais dados proporcionam ao Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer, uma reflexão sobre a importância de avaliar e monitorar a QV desses pacientes, implementando intervenções multidisciplinares como parte da rotina, principalmente no período que os pacientes estão ociosos aguardando atendimento pré-agendado. Devido ao predomínio do sexo masculino nesse estudo, alerta-se para a atenção especializada à saúde do homem nesta região, não apenas aos portadores com câncer, mas centrando-se em medidas preventivas mais elaboradas.

Por ser o primeiro estudo realizado no Centro Ambulatorial de Tratamento de Câncer de Dourados/MS com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, considera-se de grande importância os resultados obtidos, pois conhecer as implicações que interferem na QV auxilia os profissionais ligados ou não, aos cuidados paliativos, no planejamento de uma assistência que visa diminuir sintomas, bem como elaborar estratégias e práticas personalizadas que

melhorem de forma efetiva a QV dessas pessoas.

Devido à dinâmica da ciência e da tecnologia ligadas à saúde, tanto em nível profilático quanto curativo, considera-se ainda insuficiente os estudos realizados até então para uma prática clínica efetiva fidedigna. Portanto, aponta-se para a necessidade de medidas mais objetivas de avaliação em contextos de assistência e pesquisa em saúde. Acredita-se que estudos que continuem e aperfeiçoem a temática, alcancem novas perspectivas e concretizem resultados mais satisfatórios, que possam ser úteis a uma cobertura mais abrangente no âmbito oncológico paliativo, a fim de subsidiar uma prática baseada em evidências.

ANDRADE, L. Interdisciplinaridade como modelo efetivo de intervenção. In: Yamaguchi, A. M. et al. (org.). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2009.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. QV: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N.(organizadores). **Guia de Qualidade de Vida**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BARBETTA, P. A.; **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5 ed. Florianópolis, SC: UFSC, 2002.

BERESIN, R. O cuidar na enfermagem: aspectos psicológicos. In: FARAH, O. G. D.; SÁ, A. C. **Psicologia aplicada à enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2008.

BIFULCO, V. A. Psico-Oncologia: Apoio Emocional para o Paciente, a Família e a Equipe no enfrentamento do Câncer. In: FERNANDES JÚNIOR, H. J. et al. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.

BISOTTO, J. **Avaliação da qualidade de vida em cuidados paliativos: uma revisão de literatura**. São Paulo; 2010. Monografia de Conclusão do Curso de Pós-Graduação *Latu Senso* Especialização em Enfermagem Oncológica da Fundação Antônio Prudente.

BITTENCOURT, R. et al. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre/RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004.

BRABO, E.P. **Validação para o Brasil do questionário de QV para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 2006.

BRANDÃO, C. O. Dor e Depressão. In: BIFULCO, V. A. et al. Psico-Oncologia: Apoio Emocional para o Paciente, a Família e a Equipe no enfrentamento do Câncer. In: FERNANDES JÚNIOR, H. J. et al. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.

BRANDÃO, C. Câncer e cuidados paliativos: definições. **Prática Hospitalar**, v. VII, n. 42, nov./dez. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA; 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf>. Acesso em: 07 set. 2010.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional**, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 17 set.

2010.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. 2005. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil/INCA.** Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2009.

BRITO, C.V. **QV dos trabalhadores em abrigos de proteção a crianças e adolescentes de Campo Grande, MS.** Dissertação. Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande (MS): UCDB, 2008.

CARDOSO, R. R. M. S. Emoções que adoecem. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2006.

CARDOSO, C. S. **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de QV para pacientes com esquizofrenia escala QLS.** Dissertação. Belo Horizonte (MG): UFMG, 2001.

CARVALHO, M. M. (org.). **Introdução à Psico-oncologia.** São Paulo: Livro Pleno, 2003.

CARVALHO, M. M. Psico-Oncologia: história, características e desafios. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

CARVALHO, V. A. et al. **Temas em psico-oncologia.** São Paulo: Summus, 2008.

CORREIA, F. R. **Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da *Palliative Outcome Scale (POS)*.** Dissertação. Ribeirão Preto (SP): EERP, 2012.

CORVALAN, F. H. et al. Impacto do diagnóstico e da terapia oncológica na qualidade de vida do paciente com câncer. In: SOUZA, J.C. (organizador). **Qualidade de vida e saúde.** 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011.

COSTA JUNIOR, A. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Revista de Psicologia e Ciência e Profissão.** Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 06 set. 2010.

DEL CASTILLO, L. N. C. et. al. Importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista Universitário Pedro Ernesto - UERJ.** Rio de Janeiro, v.11, n. 1, jan/mar. 2012.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A doença como caminho.** 18. ed. São Paulo: Cultrix, 2000.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida.** Barueri, SP: Manole, 2006.

DYNIIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes.** 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

EORTC, EORTC QLQ C-30. 2011. Disponível em <http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FAYER, P.M. et al. on behalf of the EORTC Quality of Life Group. **The EORTC QLQ-C30 scoring manual**. 3. ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2001.

FAYER, P. M. et al. **Quality of Life – assessment, analysis and interpretation**. Inglaterra, Wiley, 2000.

FARAH, O. G. D.; SÁ, A. C. **Psicologia aplicada à enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2008.

FERNANDES JÚNIOR, H. J. et al. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIDELIS, W. M. Z. et al. O Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. In: FARAH, O. G. D.; SÁ, A.C. **Psicologia aplicada à enfermagem**. Série Enfermagem - Barueri, SP: Manole, 2008.

FIGUEIREDO, M.T. A., et al. A psico-oncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. In: CARVALHO, V.A. et al. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. O corpo sadio que adoece por câncer: um “caranguejo” no corpo. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. **Enfermagem Oncológica – conceitos e práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de QV da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de QV: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em QV. In: FLECK, M. P. A. **A avaliação de QV: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLORIANI, C.A; SCHRAMM, F.R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, 2008.

FRANCESCHINI, J. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. **J Bras Pneumol**. 2008; 34(6): 387-393.

FRANZI; S. A; SILVA, P.G. Avaliação da QV em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 3, p. 153-158, 2003.

GALLIAN, C.M.D. A (Re) humanização da Medicina. Psiquiatria na prática médica. **Centro de Estudos - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP/EPM**. São Paulo, v. 33, n. 2. abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 06 set. 2010.

GATES, R. et al. **Segredos em enfermagem oncológica**: respostas necessárias ao dia-a-dia. Tradução de Marcela Zanatta, Luciane Kalakun. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIMENES, M. G. et al. **Um pouco da história da psico-oncologia no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 2000.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005.

GULLO, A. S. M. Introdução à Psicossomática. In: FARAH, O. G. D.; SÁ, A. C. Psicologia aplicada à enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2008.

HART, M.F.C. et al. **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre, RS: AGE, 2008.

HIÇSÖNMEZ A, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer core quality of life questionnaire (QLQ-C30 version 3.0 Turkish) in cancer patients receiving palliative radiotherapy. Department of Radiation Oncology, School of Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey. **Eur J Cancer Care (Engl)**. 2007 May;16(3):251-7.

HOUAISS, A. et al. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

INCA (Instituto Nacional do Câncer - Brasil). **ABC do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

INCA (Instituto Nacional do Câncer - Brasil). **Estimativa 2012 Incidência de CA no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em 19 de jul. 2012.

JANSEN, C. et al. Potential mechanisms for chemotherapy-induced impairments in cognitive function. **Oncol Nurs Forum**. 2005 Jul; 32(6):1151-61.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de QV de Ferrans e Powers. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 43, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

KRUSE, M.H.L. et al. Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.

LEME, L. E. G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Duarte, Y. A. O. & DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da QV de pacientes oncológicos em

tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-7, out./dez., 2008.

MAKLUF, A. S. D. et al. Avaliação da QV em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: *Altos S.A.*, 2008.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: *Atlas*, 2001.

MENEZES, M. F. B. et al. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, maio/jun, 2006.

MINAYO, M. C. et al. QV e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan./fev., 2000.

MOREIRA, M. M. S. QV: expressões subjetivas e histórico-sociais. **Serviço Social em Revista – UEL**, Londrina/PR, v. 9, n. 1, jul/dez 2006.

NADI HC-FMUSP (org.). **Assistência Domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2009.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-27012004-222429/>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Base de Dados de Mortalidade**, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: *Reichmann & Affonso Editores*, 2002.

PAREDES T. et al. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories. Institute of Cognitive Psychology, Vocational and Social Development, University of Coimbra, Portugal. **Eur J Oncol Nurs**. 2011 Dec;15(5):492-9.

PEDROSO, W. et al. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz, Rio Claro**, v.11 n.3 p.155-160, set./dez. 2005.

PESSINI, L. et al. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole, 2006.

RIBA, J. P. C.; DIAS, J. J. Interdisciplinaridade e Cuidados Paliativos. In: SALTZ, E; JUEVER J. (org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2009.

ROMVARI, E.; GOLDBERG, P. Cuidados de Enfermagem no Paciente com Câncer. In. THE WASHINGTON MANUAL OF ONCOLOGY. First Edition. Department of Medicine – Division of Oncology. **Washington University, School of Medicine** – St. Louis, Missouri, 2002.

SÁ, A. C. Espiritualidade. In: FARAH, O. G. D.; SÁ, A. C. **Psicologia aplicada à enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2008.

SALTZ, E; JUVET J. (org.). **Cuidados paliativos em oncologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2009.

SANTOS, E. M. et al. Estudo bibliográfico sobre o histórico da Psico-Oncologia. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia – FASU*. Garça/SP, ano 3, n. 5, nov. 2005.

SANTOS, E. M. M. **Câncer colorretal: QV em pacientes tratados com intenção curativa**. Dissertação. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente, 2003.

SANTOS, R.S.; MELO, E. C. P. Internação por câncer de mama e colo de útero no Brasil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online Qualis B3**, Número Suplementar dos 120 anos da EEAP/UNIRIO, v. 2, n. 4, nov. 2010.

SEELY, J. F.; MOUNT, B. M. Palliative medicine and modern technology. **CMAJ**, v. 161, n. 9, p. 1120-1122, nov. 1999.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out., 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. et al. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**, v. 1, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOROMENHO-MARQUES, S. Economia, política e desenvolvimento sustentável: os desafios da crise global e social do ambiente. *Educação, Sociedade e Culturas*. n. 21, 2004.

SOUZA, J. C.; PAIVA, T. et al. QV de Caminhoneiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo: SP ano 55, ed. 3, p. 184-189, 2006.

SOUZA, J. C. (org.). **Qualidade de vida e saúde**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2011.

SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. **Psicólogo in Formação**, São Paulo, ano 14, n. 14, p. 71-79, 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>>. Acesso em: 03 set. 2011.

SPARBER, A. et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. **Oncol Nurs Forum** 27:623-630, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Méd.**, v. 41, p. 1403-10, 1995.

THE WASHINGTON MANUAL OF ONCOLOGY. First Edition. Department of Medicine –

Division of Oncology. **Washington University, School of Medicine** – St. Louis, Missouri, 2002. – [trad. e direitos exclusivos para a língua portuguesa, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004].

VACHANI, C. **Insomnia in the patient with cancer.** Oncolink – Abramson Cancer Center of the University of Pennsylvania. Apr. 2007. Disponível em: <http://www.oncolink.com/coping/article.cfm?&=5&s=69&ss=116&id=709>. Acesso em 15 jul. 2012.

VARTANIAN, J. G. et al. Questionários para a avaliação de QV em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, v. 36, n. 2, p. 108 - 115, abr./maio/jun., 2007.

VENDRUSCULO, L. M. **Qualidade de Vida e Capacidade Funcional de Mulheres com Câncer de Mama após o Tratamento Oncológico.** 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VIEIRA, C. G. et al. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC - Araguaína**, v.5, n.1, Pub.3, Janeiro 2012.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. QV: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v.6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 06 set. 2010.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a Área de Saúde.** 7. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

WHO (World Health Organization). **Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020.** 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr27/en>>. Acesso em: 06 set. 2010.

WHO (World Health Organization). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO (World Health Organization). **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneve: WHO, 2005.

WORLD Cancer Research Fund. Food, Nutrition, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: **American Institute for Cancer Research**, 2007.

ZANDONAI, A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO-OCUPACIONAL - QSDO

- 1) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- 2) Data de Nascimento:...../...../..... Idade em anos:.....
- 3) Escolaridade:.....
- 4) Religião:.....
- 5) Praticante: ☐ sim ☐ não
- 6) Cor da pele: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Parda
- 7) Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado/união estável ☐ separado/divorciado ☐ viúvo
- 8) Trabalha: ☐ sim ☐ não
- 9) Salário Mensal: ☐ apenas 1 salário mínimo ☐ mais de 1 salário mínimo
- 10) Renda Mensal Bruta: ☐ apenas 1 salário mínimo ☐ mais de 1 salário mínimo
- 11) Aposentado(a): ☐ sim ☐ não
- 12) Afastado(a): ☐ sim ☐ não
- 13) Pratica atividade física: ☐ sim ☐ não
- 14) Diagnóstico:.....
- 15) Número de Internações desde o diagnóstico confirmado:
☐ nenhuma internação ☐ apenas 1 internação ☐ mais de 1 internação
- 16) Tipo e Quantidade de Tratamento: ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Radio/Químio
- 17) Duração do Tratamento: ☐ até cinco anos ☐ acima de cinco anos

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dourados/MS, _____ de _____ de 2011.

Nome do Pré-Projeto: QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE CâNCER.

Nome do pesquisador responsável: CINTIA RACHEL GOMES SALES.

Objetivo da pesquisa: Avaliar a qualidade de vida geral dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos em um Centro de Tratamento de Câncer no município de Dourados/MS.

Justificativa (síntese): Devido ao câncer ser um problema de saúde pública no Brasil e ser constituído ainda nos dias atuais, a segunda causa de morte, entre outras, justifica-se dessa forma, o interesse em investigar e conhecer a qualidade de vida dos pacientes oncológicos que estão fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Procedimentos metodológicos: Será aplicado um instrumento contendo duas partes, a primeira parte consiste de um questionário com dados sociodemográfico (dados ocupacionais, clínicos e terapêuticos) e a segunda parte com o questionário específico para oncologia da EORTC QLQ C-30 (Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer Qualidade de Vida Questionário 30 Itens).

Ao participar deste estudo fui esclarecido (a) e estou ciente que:

- a) Caso não me sinta à vontade para responder qualquer questão, posso deixar de respondê-la, sem que isto implique em prejuízo;
- b) As informações que fornecerei, poderão ser utilizadas, para trabalhos científicos e minha identificação deve ser mantida sob sigilo;
- c) Minha participação é inteiramente voluntária, e não fui objeto de nenhum tipo de pressão;
- d) Tenho liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento;
- e) Caso precise entrar em contato com o pesquisador, segue abaixo o contato e-mail/fone.

Nome do participante da pesquisa

RG: _____ **SSP/** _____

Assinatura

Pesquisadora

Ft/Enf. Cintia Rachel Gomes Sales
e-mail: cintiarachel@uems.br
(67) 9935-6030

Orientador

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
e-mail: josecarlossouza@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: www.ucdb.br/cep

APÊNDICE C

**OFÍCIO À DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO
DR. E SRA. GOLDSBY KING**

Dourados, _____ de _____/2011.

Diretora do Serviço de Enfermagem – Rosângela Carvalho de Almeida

Solicito a Vossa Senhoria, autorização para aplicar um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação da qualidade de vida (EORTC QLQ C-30) em pacientes que se encontram devidamente cadastrado no Centro de Tratamento de Câncer de Dourados/MS.

A presente pesquisa faz parte de um trabalho de dissertação do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB de Campo Grande/MS e tem o intuito de promover conhecimentos relacionados à qualidade de vida em pacientes oncológicos que estão restritos a terapêutica paliativa. Conforme as normas de pesquisas experimentais com seres humanos serão mantidas em sigilo a identidade dos pacientes participantes.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados a essa instituição, junto a uma elaboração de proposta que ofereça aos participantes submetidos à terapêutica paliativa, alternativas e orientações para uma melhor qualidade de vida, concomitantemente, a instituição receberá sugestões passíveis de serem executadas e que possam colaborar no trabalho da equipe multidisciplinar em relação à manutenção dessa qualidade de vida.

Atenciosamente

Ft/Enf^a Esp. Cintia Rachel Gomes Sales

Pesquisadora

Enf^a Esp. Rosângela Carvalho de Almeida

Diretora do Serviço de Enfermagem

APÊNDICE D

OFÍCIO À DIRETORIA CLÍNICA DO CENTRO DE TRATAMENTO DE CÂNCER

Dourados, _____ de _____/2011.

Responsável Técnico em Pesquisa – Idalina Cristina Ferrari Júlio

Solicito a Vossa Senhoria, autorização para aplicar um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação de qualidade de vida (EORTC QLQ C-30) em pacientes que se encontram devidamente cadastrados no Centro de Tratamento de Câncer de Dourados/MS.

A presente pesquisa faz parte de um trabalho de dissertação do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB de Campo Grande/MS e tem o intuito de promover conhecimentos relacionados à qualidade de vida em pacientes oncológicos que estão restritos a terapêutica paliativa. Conforme as normas de pesquisas experimentais com seres humanos serão mantidas em sigilo a identidade dos pacientes participantes.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados a essa instituição, junto a uma elaboração de proposta que ofereça aos participantes submetidos à terapêutica paliativa, alternativas e orientações para uma melhor qualidade de vida, concomitantemente, a instituição receberá sugestões passíveis de serem executadas e que possam colaborar no trabalho da equipe multidisciplinar em relação à manutenção dessa qualidade de vida.

Atenciosamente

Ft/Enf^a Esp. Cintia Rachel Gomes Sales

Pesquisadora

Enf^a Esp. Idalina Cristina Ferrari Júlio

Responsável Técnico em Pesquisa

ANEXO A

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**



Campo Grande, 26 de abril de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Qualidade de vida dos pacientes oncológicos sob cuidados paliativos em um Centro de Tratamento de Câncer”** sob a responsabilidade de **Cintia Rachel Gomes Sales**, orientação de **Prof. Jose Carlos Rosa Pires de Souza**, protocolo nº **008/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.


Prof. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA: EORTC QLQ - C30**Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer
QV Questionário 30 Itens****EORTC QLQ-C30 (version 3)**

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

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

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

ANEXO C - RESULTADOS COMPLETOS DOS TESTES ESTATÍSTICOS
QSDO
Questionário Sociodemográfico Ocupacional

SEXO em relação aos domínios do <i>QLQ</i> – C30					
	Sexo	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Feminino	10	14	91,70	0,238
	Masculino	26	20	83,30	
FF	Feminino	15	9	66,70	0,319
	Masculino	23	23	76,70	
DP	Feminino	7	17	100,00	0,912
	Masculino	14	32	100,00	
FE	Feminino	16	8	91,70	0,245
	Masculino	24	22	91,70	
FC	Feminino	13	11	83,30	0,716
	Masculino	27	19	83,30	
FS	Feminino	10	14	83,30	0,404
	Masculino	24	22	66,70	
FAD	Feminino	14	10	11,10	0,884
	Masculino	26	20	11,10	
NAV	Feminino	16	8	0,00	0,4
	Masculino	35	11	0,00	
DOR	Feminino	8	16	16,70	0,095
	Masculino	25	21	0,00	
DIS	Feminino	21	3	0,00	0,047
	Masculino	30	16	0,00	
INS	Feminino	15	9	0,00	0,964
	Masculino	29	17	0,00	
PAP	Feminino	18	6	0,00	0,213
	Masculino	27	18	0,00	
CON	Feminino	17	7	0,00	0,254
	Masculino	38	8	0,00	
DIA	Feminino	17	7	0,00	0,1
	Masculino	40	6	0,00	
DIF	Feminino	16	8	0,00	0,095
	Masculino	21	25	33,30	

ESCOLARIDADE em relação aos domínios do *QLQ* – C30

	Escolaridade	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até Fundamental Incompleto	27	27	87,50	0,660
	Fundamental ou mais	9	7	83,30	
FF	Até Fundamental Incompleto	28	26	73,30	0,453
	Fundamental ou mais	10	6	66,70	
DP	Até Fundamental Incompleto	15	39	100,00	0,456
	Fundamental ou mais	6	10	100,00	
FE	Até Fundamental Incompleto	32	22	91,70	0,511
	Fundamental ou mais	8	8	95,80	
FC	Até Fundamental Incompleto	33	21	83,30	0,218
	Fundamental ou mais	7	9	100,00	
FS	Até Fundamental Incompleto	26	28	83,30	0,896
	Fundamental ou mais	8	8	75,00	
FAD	Até Fundamental Incompleto	30	24	11,10	0,622
	Fundamental ou mais	10	6	11,10	
NAV	Até Fundamental Incompleto	36	18	0,00	0,032
	Fundamental ou mais	15	1	0,00	
DOR	Até Fundamental Incompleto	24	30	16,70	0,406
	Fundamental ou mais	9	7	0,00	
DIS	Até Fundamental Incompleto	38	16	0,00	0,390
	Fundamental ou mais	13	3	0,00	
INS	Até Fundamental Incompleto	32	22	0,00	0,252
	Fundamental ou mais	12	4	0,00	
PAP	Até Fundamental Incompleto	35	19	0,00	0,894
	Fundamental ou mais	10	5	0,00	
CON	Até Fundamental Incompleto	42	12	0,00	0,766
	Fundamental ou mais	13	3	0,00	
DIA	Até Fundamental Incompleto	46	8	0,00	0,138
	Fundamental ou mais	11	5	0,00	
DIF	Até Fundamental Incompleto	26	28	33,30	0,147
	Fundamental ou mais	11	5	0,00	

RELIGIÃO em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Religião	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Católico	30	27	83,30	0,673
	Outros	6	7	91,70	
FF	Católico	33	24	73,30	0,204
	Outros	5	8	80,00	
DP	Católico	15	42	100,00	0,159
	Outros	6	7	100,00	
FE	Católico	35	22	91,70	0,131
	Outros	5	8	100,00	
FC	Católico	32	25	83,30	0,723
	Outros	8	5	83,30	
FS	Católico	27	30	83,30	0,673
	Outros	7	6	66,70	
FAD	Católico	36	21	11,10	0,033
	Outros	4	9	22,20	
NAV	Católico	44	13	0,00	0,088
	Outros	7	6	0,00	
DOR	Católico	27	30	16,70	0,937
	Outros	6	7	16,70	
DIS	Católico	42	15	0,00	0,745
	Outros	9	4	0,00	
INS	Católico	37	20	0,00	0,456
	Outros	7	6	0,00	
PAP	Católico	37	19	0,00	0,757
	Outros	8	5	0,00	
CON	Católico	46	11	0,00	0,363
	Outros	9	4	0,00	
DIA	Católico	46	11	0,00	0,743
	Outros	11	2	0,00	
DIF	Católico	29	28	0,00	0,487
	Outros	8	5	0,00	

PRATICANTE DE RELIGIÃO em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínios	Praticante	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Não	4	6	95,80	0,432
	Sim	31	27	83,30	
FF	Não	3	7	100,00	0,093
	Sim	34	24	73,30	
DP	Não	2	8	100,00	0,479
	Sim	18	40	100,00	
FE	Não	7	3	87,50	0,381
	Sim	32	26	91,70	
FC	Não	4	6	100,00	0,273
	Sim	34	24	83,30	
FS	Não	2	8	83,30	0,051
	Sim	31	27	66,70	
FAD	Não	6	4	11,10	0,855
	Sim	33	25	11,10	
NAV	Não	8	2	0,00	0,616
	Sim	42	16	0,00	
DOR	Não	5	5	8,30	0,840
	Sim	27	31	16,70	
DIS	Não	6	4	0,00	0,357
	Sim	43	15	0,00	
INS	Não	7	3	0,00	0,704
	Sim	37	21	0,00	
PAP	Não	7	3	0,00	0,755
	Sim	37	20	0,00	
COM	Não	10	0	0,00	0,081
	Sim	44	14	0,00	
DIA	Não	8	2	0,00	0,939
	Sim	47	11	0,00	
DIF	Não	5	5	16,70	0,840
	Sim	31	27	0,00	

COR em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínio	Cor	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Branca	27	19	83,30	0,092
	Outras	9	15	91,70	
FF	Branca	27	19	73,30	0,305
	Outras	11	13	80,00	
DP	Branca	15	31	100,00	0,510
	Outras	6	18	100,00	
FE	Branca	25	21	91,70	0,513
	Outras	15	9	87,50	
FC	Branca	25	21	83,30	0,513
	Outras	15	9	83,30	
FS	Branca	20	26	83,30	0,238
	Outras	14	10	66,70	
FAD	Branca	25	21	11,10	0,513
	Outras	15	9	11,10	
NAV	Branca	34	12	0,00	0,783
	Outras	17	7	0,00	
DOR	Branca	21	25	16,70	0,729
	Outras	12	12	8,30	
DIS	Branca	35	11	0,00	0,400
	Outras	16	8	0,00	
INS	Branca	30	16	0,00	0,572
	Outras	14	10	0,00	
PAP	Branca	29	16	0,00	0,854
	Outras	16	8	0,00	
CON	Branca	37	9	0,00	0,599
	Outras	18	6	0,00	
DIA	Branca	36	10	0,00	0,345
	Outras	21	3	0,00	
DIF	Branca	26	20	0,00	0,395
	Outras	11	13	33,30	

ESTADO CIVIL em relação aos domínios do QLQ – C30

Domínios	Estado Civil	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Casado	26	22	83,30	0,498
	Outros	10	12	91,70	
FF	Casado	25	23	73,30	0,585
	Outros	13	9	73,30	
DP	Casado	13	35	100,00	0,432
	Outros	8	14	100,00	
FE	Casado	27	21	91,70	0,824
	Outros	13	9	83,30	
FC	Casado	26	22	83,30	0,457
	Outros	14	8	83,30	
FS	Casado	23	25	83,30	0,871
	Outros	11	11	75,00	
FAD	Casado	33	15	11,10	0,004
	Outros	7	15	22,20	
NAV	Casado	36	12	0,00	0,552
	Outros	15	7	0,00	
DOR	Casado	26	22	0,00	0,082
	Outros	7	15	16,70	
DIS	Casado	34	14	0,00	0,574
	Outros	17	5	0,00	
INS	Casado	31	17	0,00	0,659
	Outros	13	9	0,00	
PAP	Casado	34	13	0,00	0,069
	Outros	11	11	16,70	
CON	Casado	38	10	0,00	0,858
	Outros	17	5	0,00	
DIA	Casado	40	8	0,00	0,545
	Outros	17	5	0,00	
DIF	Casado	24	24	16,70	0,479
	Outros	13	9	0,00	

Se o paciente TRABALHA em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínios	Trabalha	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Não	27	29	91,70	0,172
	Sim	9	4	83,30	
FF	Não	33	23	70,00	0,181
	Sim	5	8	80,00	
DP	Não	16	40	100,00	0,485
	Sim	5	8	100,00	
FE	Não	33	23	91,70	0,403
	Sim	6	7	100,00	
FC	Não	34	22	83,30	0,145
	Sim	5	8	100,00	
FS	Não	28	28	75,00	0,803
	Sim	6	7	83,30	
FAD	Não	31	25	11,10	0,361
	Sim	9	4	11,10	
NAV	Não	40	16	0,00	0,329
	Sim	11	2	0,00	
DOR	Não	23	33	16,70	0,067
	Sim	9	4	0,00	
DIS	Não	41	15	0,00	0,784
	Sim	10	3	0,00	
INS	Não	33	23	0,00	0,083
	Sim	11	2	0,00	
PAP	Não	36	19	0,00	0,796
	Sim	9	4	0,00	
CON	Não	43	13	0,00	0,538
	Sim	11	2	0,00	
DIA	Não	45	11	0,00	0,724
	Sim	11	2	0,00	
DIF	Não	30	26	0,00	0,986
	Sim	7	6	0,00	

Se o paciente está APOSENTADO em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínios	Aposentado	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Não	16	17	91,70	0,642
	Sim	20	17	83,30	
FF	Não	19	14	73,30	0,602
	Sim	19	18	73,30	
DP	Não	11	22	100,00	0,565
	Sim	10	27	100,00	
FE	Não	19	14	91,70	0,945
	Sim	21	16	91,70	
FC	Não	18	15	83,30	0,678
	Sim	22	15	83,30	
FS	Não	17	16	66,70	0,642
	Sim	17	20	83,30	
FAD	Não	19	14	11,10	0,945
	Sim	21	16	11,10	
NAV	Não	24	9	0,00	0,982
	Sim	27	10	0,00	
DOR	Não	15	18	16,70	0,789
	Sim	18	19	16,70	
DIS	Não	26	7	0,00	0,292
	Sim	25	12	0,00	
INS	Não	20	13	0,00	0,713
	Sim	24	13	0,00	
PAP	Não	24	9	0,00	0,210
	Sim	21	15	0,00	
CON	Não	26	7	0,00	0,967
	Sim	29	8	0,00	
DIA	Não	28	5	0,00	0,487
	Sim	29	8	0,00	
DIF	Não	12	21	33,30	0,009
	Sim	25	12	0,00	

Se o paciente está **AFASTADO** em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínios	Afastado	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Não	7	7	91,70	0,162
	Sim	14	5	91,70	
FF	Não	8	6	73,30	0,966
	Sim	11	8	66,70	
DP	Não	3	11	100,00	0,213
	Sim	8	11	100,00	
FE	Não	9	5	83,30	0,503
	Sim	10	9	91,70	
FC	Não	7	7	91,70	0,653
	Sim	11	8	83,30	
FS	Não	3	11	83,30	0,003
	Sim	14	5	66,70	
FAD	Não	8	6	5,60	0,966
	Sim	11	8	11,10	
NAV	Não	11	3	0,00	0,518
	Sim	13	6	0,00	
DOR	Não	7	7	8,30	0,653
	Sim	8	11	16,70	
DIS	Não	12	2	0,00	0,403
	Sim	14	5	0,00	
INS	Não	10	4	0,00	0,275
	Sim	10	9	0,00	
PAP	Não	11	3	0,00	0,518
	Sim	13	6	0,00	
CON	Não	12	2	0,00	0,403
	Sim	14	5	0,00	
DIA	Não	12	2	0,00	0,905
	Sim	16	3	0,00	
DIF	Não	7	7	16,70	0,162
	Sim	5	14	33,30	

Prática de ATIVIDADE FÍSICA em relação aos domínios do *QLQ – C30*

Domínios	Atividade Física	N<=	N>	Mediana	P
EGS/QV	Não	25	21	83,30	0,499
	Sim	11	13	91,70	
FF	Não	27	19	73,30	0,305
	Sim	11	13	80,00	
DP	Não	12	34	100,00	0,323
	Sim	9	15	100,00	
FE	Não	24	22	91,70	0,245
	Sim	16	8	87,50	
FC	Não	25	21	83,30	0,513
	Sim	15	9	83,30	
FS	Não	21	25	83,30	0,499
	Sim	13	11	66,70	
FAD	Não	27	19	11,10	0,716
	Sim	13	11	11,10	
NAV	Não	32	14	0,00	0,391
	Sim	19	5	0,00	
DOR	Não	24	22	0,00	0,243
	Sim	9	15	16,70	
DIS	Não	35	11	0,00	0,400
	Sim	16	8	0,00	
INS	Não	30	16	0,00	0,572
	Sim	14	10	0,00	
PAP	Não	26	19	0,00	0,076
	Sim	19	5	0,00	
CON	Não	34	12	0,00	0,189
	Sim	21	3	0,00	
DIA	Não	38	8	0,00	0,725
	Sim	19	5	0,00	
DIF	Não	26	20	0,00	0,395
	Sim	11	13	33,30	

QUANTIDADE DE TRATAMENTOS em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Tratamento	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Dois	23	18	83,30	0,347
	Um	12	15	91,70	
FF	Dois	25	16	73,30	0,181
	Um	12	15	80,00	
DP	Dois	14	27	100,00	0,291
	Um	6	21	100,00	
FE	Dois	24	17	83,30	0,953
	Um	16	11	91,70	
FC	Dois	25	16	83,30	0,297
	Um	13	14	100,00	
FS	Dois	22	19	66,70	0,297
	Um	11	16	83,30	
FAD	Dois	18	23	22,20	0,002
	Um	22	5	11,10	
NAV	Dois	27	14	0,00	0,077
	Um	23	4	0,00	
DOR	Dois	14	27	16,70	0,020
	Um	17	10	0,00	
DIS	Dois	29	12	0,00	0,519
	Um	21	6	0,00	
INS	Dois	25	16	0,00	0,634
	Um	18	9	0,00	
PAP	Dois	24	16	0,00	0,234
	Um	20	7	0,00	
CON	Dois	30	11	0,00	0,242
	Um	23	4	0,00	
DIA	Dois	34	7	0,00	0,597
	Um	21	6	0,00	
DIF	Dois	20	21	33,30	0,397
	Um	16	11	0,00	

IDADE em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Idade	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até 60 anos	14	14	87,50	0,845
	Mais que 60 anos	22	20	83,30	
FF	Até 60 anos	15	13	70,00	0,922
	Mais que 60 anos	23	19	73,30	
DP	Até 60 anos	9	19	100,00	0,749
	Mais que 60 anos	12	30	100,00	
FE	Até 60 anos	15	13	91,70	0,622
	Mais que 60 anos	25	17	87,50	
FC	Até 60 anos	15	13	83,30	0,622
	Mais que 60 anos	25	17	83,30	
FS	Até 60 anos	14	14	75,00	0,845
	Mais que 60 anos	20	22	83,30	
FAD	Até 60 anos	15	13	11,10	0,622
	Mais que 60 anos	25	17	11,10	
NAV	Até 60 anos	20	8	0,00	0,826
	Mais que 60 anos	31	11	0,00	
DOR	Até 60 anos	11	17	16,70	0,282
	Mais que 60 anos	22	20	0,00	
DIS	Até 60 anos	24	4	0,00	0,048
	Mais que 60 anos	27	15	0,00	
INS	Até 60 anos	18	10	0,00	0,840
	Mais que 60 anos	26	16	0,00	
PAP	Até 60 anos	19	9	0,00	0,704
	Mais que 60 anos	26	15	0,00	
CON	Até 60 anos	20	8	0,00	0,234
	Mais que 60 anos	35	7	0,00	
DIA	Até 60 anos	23	5	0,00	0,900
	Mais que 60 anos	34	8	0,00	
DIF	Até 60 anos	11	17	33,30	0,063
	Mais que 60 anos	26	16	0,00	

SALÁRIO em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Salário	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até 1 s.m.	23	27	91,70	0,132
	Mais que 1 s.m.	12	6	83,30	
FF	Até 1 s.m.	30	20	70,00	0,254
	Mais que 1 s.m.	8	10	83,30	
DP	Até 1 s.m.	15	35	100,00	0,793
	Mais que 1 s.m.	6	12	100,00	
FE	Até 1 s.m.	29	21	91,70	0,857
	Mais que 1 s.m.	10	8	91,70	
FC	Até 1 s.m.	29	21	83,30	0,857
	Mais que 1 s.m.	10	8	83,30	
FS	Até 1 s.m.	22	28	83,30	0,213
	Mais que 1 s.m.	11	7	66,70	
FAD	Até 1 s.m.	29	21	11,10	0,857
	Mais que 1 s.m.	10	8	11,10	
NAV	Até 1 s.m.	34	16	0,00	0,214
	Mais que 1 s.m.	15	3	0,00	
DOR	Até 1 s.m.	22	28	16,70	0,400
	Mais que 1 s.m.	10	8	0,00	
DIS	Até 1 s.m.	34	16	0,00	0,214
	Mais que 1 s.m.	15	3	0,00	
INS	Até 1 s.m.	29	21	0,00	0,136
	Mais que 1 s.m.	14	4	0,00	
PAP	Até 1 s.m.	34	16	0,00	0,491
	Mais que 1 s.m.	10	7	0,00	
CON	Até 1 s.m.	39	11	0,00	0,631
	Mais que 1 s.m.	15	3	0,00	
DIA	Até 1 s.m.	40	10	0,00	0,758
	Mais que 1 s.m.	15	3	0,00	
DIF	Até 1 s.m.	27	23	0,00	0,910
	Mais que 1 s.m.	10	8	0,00	

RENDA em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Renda	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até 1 s.m.	4	12	91,70	0,019
	Mais que 1 s.m.	31	22	83,30	
FF	Até 1 s.m.	9	7	73,30	0,810
	Mais que 1 s.m.	28	25	73,30	
DP	Até 1 s.m.	3	13	100,00	0,246
	Mais que 1 s.m.	18	35	100,00	
FE	Até 1 s.m.	9	7	83,30	0,980
	Mais que 1 s.m.	30	23	91,70	
FC	Até 1 s.m.	9	7	83,30	0,980
	Mais que 1 s.m.	30	23	83,30	
FS	Até 1 s.m.	7	9	83,30	0,710
	Mais que 1 s.m.	26	27	83,30	
FAD	Até 1 s.m.	10	6	11,10	0,675
	Mais que 1 s.m.	30	23	11,10	
NAV	Até 1 s.m.	12	4	0,00	0,796
	Mais que 1 s.m.	38	15	0,00	
DOR	Até 1 s.m.	8	8	8,30	0,740
	Mais que 1 s.m.	24	29	16,70	
DIS	Até 1 s.m.	10	6	0,00	0,309
	Mais que 1 s.m.	40	13	0,00	
INS	Até 1 s.m.	7	9	33,30	0,080
	Mais que 1 s.m.	36	17	0,00	
PAP	Até 1 s.m.	10	6	0,00	0,795
	Mais que 1 s.m.	35	18	0,00	
CON	Até 1 s.m.	13	3	0,00	0,741
	Mais que 1 s.m.	41	12	0,00	
DIA	Até 1 s.m.	13	3	0,00	0,992
	Mais que 1 s.m.	43	10	0,00	
DIF	Até 1 s.m.	9	7	0,00	0,710
	Mais que 1 s.m.	27	26	0,00	

Quantidade de INTERNAÇÕES em relação aos domínios do *QLQ* – C30

Domínios	Internações	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até uma	17	21	91,70	0,271
	Mais que uma	18	13	83,30	
FF	Até uma	17	21	80,00	0,101
	Mais que uma	20	11	66,70	
DP	Até uma	10	28	100,00	0,588
	Mais que uma	10	21	100,00	
FE	Até uma	18	20	100,00	0,089
	Mais que uma	21	10	83,30	
FC	Até uma	18	20	100,00	0,048
	Mais que uma	22	9	83,30	
FS	Até uma	16	22	83,30	0,187
	Mais que uma	18	13	66,70	
FAD	Até uma	25	13	11,10	0,145
	Mais que uma	15	16	22,20	
NAV	Até uma	31	7	0,00	0,061
	Mais que uma	19	12	0,00	
DOR	Até uma	21	17	0,00	0,171
	Mais que uma	12	19	16,70	
DIS	Até uma	30	8	0,00	0,292
	Mais que uma	21	10	0,00	
INS	Até uma	28	10	0,00	0,031
	Mais que uma	15	16	33,30	
PAP	Até uma	28	10	0,00	0,081
	Mais que uma	16	14	0,00	
CON	Até uma	32	6	0,00	0,185
	Mais que uma	22	9	0,00	
DIA	Até uma	31	7	0,00	0,921
	Mais que uma	25	6	0,00	
DIF	Até uma	26	12	0,00	0,006
	Mais que uma	11	20	33,30	

DURAÇÃO DA TERAPÊUTICA em relação aos domínios do *QLQ* – C30.

Domínios	Terapêutica	N≤	N>	Mediana	P
EGS/QV	Até 5 anos	21	21	87,50	0,770
	Acima de 5 anos	15	13	83,30	
FF	Até 5 anos	18	24	80,00	0,019
	Acima de 5 anos	20	8	66,70	
DP	Até 5 anos	14	28	100,00	0,456
	Acima de 5 anos	7	21	100,00	
FE	Até 5 anos	20	22	100,00	0,049
	Acima de 5 anos	20	8	83,30	
FC	Até 5 anos	20	22	100,00	0,049
	Acima de 5 anos	20	8	83,30	
FS	Até 5 anos	18	24	83,30	0,241
	Acima de 5 anos	16	12	66,70	
FAD	Até 5 anos	24	18	11,10	1,000
	Acima de 5 anos	16	12	11,10	
NAV	Até 5 anos	31	11	0,00	0,826
	Acima de 5 anos	20	8	0,00	
DOR	Até 5 anos	23	19	0,00	0,118
	Acima de 5 anos	10	18	16,70	
DIS	Até 5 anos	32	10	0,00	0,442
	Acima de 5 anos	19	9	0,00	
INS	Até 5 anos	29	13	0,00	0,189
	Acima de 5 anos	15	13	0,00	
PAP	Até 5 anos	28	14	0,00	0,753
	Acima de 5 anos	17	10	0,00	
COM	Até 5 anos	31	11	0,00	0,234
	Acima de 5 anos	24	4	0,00	
DIA	Até 5 anos	32	10	0,00	0,168
	Acima de 5 anos	25	3	0,00	
DIF	Até 5 anos	21	21	16,70	0,558
	Acima de 5 anos	16	12	0,00	