

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

STERLINE THERRIER

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
PACIENTES COM CÂNCER DA REGIÃO DE ALFENAS – MINAS GERAIS**

Alfenas/MG

2021

STERLINE THERRIER

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
COM CÂNCER DA REGIÃO DE ALFENAS – MINAS GERAIS

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Processo de cuidar em Enfermagem.

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

Co-orientador: Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior

Alfenas/ MG

2021

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Therrier, Sterline
T412a Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes
com câncer da região de Alfenas – Minas Gerais / Sterline Therrier. –
Alfenas, MG, 2021.
100 f.: il. –

Orientadora: Namie Okino Sawada.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de
Alfenas, 2021.
Bibliografia.

1. Câncer. 2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.
3. Tratamentos. 4. Qualidade de Vida. I. Sawada, Namie Okino. II. Título.

CDD- 610.73

STERLINE THERRIER

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM
CÂNCER DA REGIÃO DE ALFENAS – MINAS GERAIS**

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 18 de fevereiro de 2021

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Instituição: Universidade de São Paulo

Dra. Camila Mendonça de Moraes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 18/02/2021, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helena Megumi Sonobe, Usuário Externo**, em 18/02/2021, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA MENDONÇA DE MORAES, Usuário Externo**, em 22/02/2021, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0457327** e o código CRC **BA0CDB85**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais e irmãos** pelo apoio e por sempre me darem muito carinho.

A minha orientadora **Namie Okino Sawada** que, desde o princípio, apoiou-me e me orientou com eficiência e paciência, tornando possível a conclusão deste trabalho.

Ao **Professor Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior** pela co-orientação neste projeto. Muito obrigada pelo profissionalismo, pela disponibilidade e pelas sugestões que contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A **todos os pacientes** que participaram desta pesquisa, doando uma parte preciosa de seu tempo para responderem aos questionários, obrigada pela paciência e colaboração no desenvolvimento do trabalho.

A **todos os funcionários** da Oncologia Clínica da Santa Casa de Alfenas, muito obrigada pela receptividade e apoio.

Aos professores **Dra. Helena Megumi Sonobe, Dra. Camila Mendonça de Moraes e Dr. Murilo Cesar do Nascimento**, banca desta dissertação pelas valiosas contribuições durante a qualificação e a defesa.

A **todos os professores** do Programa de Pós-Graduação da UNIFAL - Nível Mestrado e seus **funcionários**, pela atenção sempre dispensada.

Aos alunos da graduação e pós-graduação que participaram na coleta destes dados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), código de financiamento 001 e ao Programa de Alianças para a Educação e a Capacitação (**PAEC**) da OEA pelo apoio financeiro.

RESUMO

As doenças e agravos não transmissíveis têm impactado cada vez mais na saúde dos indivíduos. O câncer, como uma destas doenças, em virtude de suas características etiopatogênicas e magnitude, tem se configurado como um grave problema de saúde pública. Por essas características, requer o desenvolvimento de pesquisas sobre a qualidade de vida. O referencial teórico utilizado no desenvolvimento deste trabalho é o “Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes de câncer”, dos autores Ferrel, Dow e Grant. Neste modelo, os autores focam nos domínios de bem estar físico, bem estar psicológico, bem estar social, e bem estar espiritual, defendendo a inter-relação entres as quatro dimensões expostas com consequente impacto na qualidade de vida. Esse estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer da região de Alfenas. Trata-se de estudo transversal, descritivo-analítico, com abordagem quantitativa, e amostragem aleatória simples, desenvolvido no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia de uma instituição hospitalar referência para o atendimento às pessoas com câncer, localizado em um município do sul de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu, por meio de entrevista entre maio e dezembro de 2019, com uso do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*, validado para o Brasil, e de um questionário que aborda questões sociodemográficas e clínico-terapêuticas. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial, assim como avaliação da consistência interna da escala por meio de Coeficiente Alfa de *Cronbach*. O estudo segue as normas de pesquisa em seres humanos. Participaram do estudo 255 pacientes com diagnóstico de câncer, a maioria provenientes do sul de Minas Gerais. Prevaleceu participantes do sexo feminino (53,7%), na faixa etária de 60 a 78 anos (53,3%), casados (60,7%), religiosos (97,6%), com ensino fundamental (66,2%), baixa renda (78,4%), aposentados (51,4%), autodeclarada branca (57,8%), e com ótima relação com a família (58%). Os cânceres mais tratados foram o câncer de mama (25%) e gastrointestinal (18,2%). A maioria não apresentava metástase (55,2%), prevaleceu o estadiamento II (16%). A cirurgia (16,8%) e o tratamento adjuvante (16,4%) foram os tratamentos mais realizados. Na análise da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, observa-se que os domínios mais alterados da escala de qualidade de vida foram: a Função Emocional $73,2 \pm 28,5$; a Função Física $75,7 \pm 23,6$; a insônia $33 \pm 41,3$ e a dor $22,5 \pm 30,9$. A Dificuldade Financeira apresentou um escore médio de $23,9 \pm 34,7$. Os resultados mostraram que os aspectos sociodemográficos como, sexo, idade, escolaridade, religião ocupação, situação financeira, relação com os familiares e aspectos clínico-terapêuticos como o estágio do câncer, a presença de metástase, comorbidades, o tipo de diagnóstico e tratamento realizados identificados na população do estudo afetaram de alguma forma dominios da qualidade de vida relacionada à saúde. Ressalta-se que, os aspectos preditivos da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde apontados nesta pesquisa devem ser levados em consideração no planejamento de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Câncer. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Tratamentos. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Noncommunicable diseases and conditions have increasingly impacted the health of individuals. Cancer, as one of these diseases, due to its etiopathogenic characteristics and magnitude, has been configured as a serious public health problem. For these characteristics, it requires the development of research on quality of life. The theoretical framework used in the development of this work is the “Quality of Life Model for cancer survivors”, by authors Ferrel, Dow and Grant. In this model, the authors focus on the domains of physical well-being, psychological well-being, social well-being, and spiritual well-being, defending the interrelationship between the four dimensions exposed with a consequent impact on quality of life. This study aims to assess the health-related quality of life patients with cancer in the Alfenas region. This is a cross-sectional, descriptive-analytical study, with a quantitative approach, and simple random sampling, developed at the Oncology High Complexity Assistance Center of a reference hospital for people with cancer, located in a municipality in the south of Minas Gerais. Data collection occurred through an interview between May and December 2019, using the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 instrument, validated for Brazil, and a questionnaire that addresses social and demographic and clinical-therapeutic data. Descriptive and inferential statistical analysis was performed, as well as an evaluation of the internal consistency of the scale using Cronbach's alpha coefficient. The study was approved by the Research Ethics Committee. 255 patients diagnosed with cancer participated in the study, most of them from the south of Minas Gerais. Female participants (53,7%), aged 60 to 78 years (53,3%), married (60,7%), religious (97,6%), with elementary education (66,2% prevailed %), low income (78,4%), retired (51,4%), self-declared white (57.8%), and with an excellent relationship with the family (58%). The most treated cancers were breast cancer (25%) and gastrointestinal cancer (18,2%). The majority did not present metastasis (55,2%), staging II (16%) prevailed. Surgery (16,8%) and associated treatment (16,4%) were the most commonly performed treatments. In the analysis of Health-Related Quality of Life, it is observed that the most altered domains of the quality of life scale were: Emotional Function $73,2 \pm 28,5$; Physical Function $75,7 \pm 23,6$; insomnia $33 \pm 41,3$ and pain $22,5 \pm 30,9$. Financial Difficulty had an average score of $23,9 \pm 34,7$. The results showed that the sociodemographic aspects such as sex, age, education, religion, occupation, financial situation, relationship with family members and clinical and therapeutic aspects such as the stage of cancer, the presence of metastasis, comorbidities, the type of diagnosis and treatment identified in the study population affected health-related quality of life domains in some way. It is noteworthy that, the predictive aspects of Health-Related Quality of Life pointed out in this research must be taken into account when planning strategies to improve the quality of life of cancer patients.

Keywords: Cancer. Health-Related Quality of Life. Treatments. Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Adaptado do Modelo de Qualidade de vida para sobreviventes de câncer de 1995, dos autores Ferrel, Dow, Grant Figura 1.....	22
Quadro 1-	Consistência interna do instrumento EORTC QLQ-c30 para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer. Alfenas, 2019 (n=255).....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	32
Tabela 2 -	Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	33
Tabela 3 -	Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	34
Tabela 4 -	Análise descritiva das características clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	35
Tabela 5 -	Análise descritiva das características clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	36
Tabela 6 -	Análise descritiva das características clínico-terapêuticas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo Alfenas, 2019.....	37
Tabela 7 -	Média e desvio padrão da escala de Qualidade de Vida da EORTC QLQ-30 dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	38
Tabela 8 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	41
Tabela 9 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	42
Tabela 10 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	43
Tabela 11 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis	

	clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	44
Tabela 12 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	45
Tabela 13 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	46
Tabela 14 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	47
Tabela 15 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas e e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	48
Tabela 16 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	49
Tabela 17 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	50
Tabela 18 -	Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostra Aleatória Simples
ANOVA	Análise de Variância
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DM	Desempenho de Papel
DM	Diabetes Mellitus
DNT	Doenças não Transmissíveis
DF	Dificuldade Financeira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EF	Escalas Funcionais
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment for Câncer and Quality of Life
ES	Escala de Sintomas
FC	Função Cognitiva
FE	Função Emocional
FF	Função Física
FS	Função Social
ESG/QVRS	Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGF	Insulinlike Growth Factor
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais

WHO

World Health Organization

WHOQOL

World Health Organization Quality of Life

LISTA DE SÍMBOLOS

α	Alfa
\pm	Média e Desvio padrão
%	Porcentagem
\leq	Menor ou igual
\geq	Maior ou igual
r	Coefficiente de correlação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DO CÂNCER.....	15
1.2	OS TIPOS DE CÂNCER MAIS FREQUENTES NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	15
1.3	IMPACTO DO CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA.....	17
1.4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	20
1.5	QUALIDADE DE VIDA.....	20
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	MÉTODO.....	25
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.3	AMOSTRA.....	25
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	26
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	26
3.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.7	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO ETUDO.....	28
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
3.9	DESCONFORTOS/ RISCOS/ MEDIDAS E BENEFÍCIOS.....	29
4	RESULTADOS.....	31
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS 255 PACIENTES COM CÂNCER PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
4.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-TERAPÊUTICAS DOS 255 PACIENTES COM CÂNCER PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.3	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER, DE ACORDO COM AS DIMENSÕES DO EORTC QLQ - C30.....	37
4.4	ANÁLISE UNIVARIADA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO EORTC QLQ - C30.....	39

4.5	ASSOCIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO EORTC QLQ-C30, SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	39
5	DISCUSSÃO	53
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS.....	53
5.2	AVALIAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES COM CÂNCER.....	61
5.3	ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	65
5.4	ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	71
6	CONCLUSÃO	75
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	92
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICO TERAPÊUTICA.....	92
	APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD).....	94
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	95
	ANEXOS	
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO EUROPEIA PARA A PESQUISA E TRATAMENTO DO CÂNCER - EORTC-QLQ-C 30.....	97
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO GRUPO EORTC PARA USO DO INSTRUMENTO.....	99
	ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DO CÂNCER

O câncer configura-se como um dos mais complexos problemas de saúde pública e ocupa o segundo lugar na causa de mortalidade mundial. No ano de 2018, o câncer foi responsável por 9,6 milhões de casos de mortes no mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2018).

No Brasil, as estimativas para cada ano do triênio 2020-2022 apontam a ocorrência de 625 mil casos novos de câncer, por ano, incluindo o câncer de pele não melanoma cuja estimativa é cerca de 177 mil casos novos por ano, sendo o mais incidente com 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais esperados em homens são: próstata (29,2%); cólon e reto (9,1%); pulmão (7,4%); estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Enquanto nas mulheres, os principais são os cânceres de mama (29,7%); cólon e reto (9,2%); colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireóide (5,4%) (INCA, 2019).

Tais dados evidenciam que o Brasil, ainda está na categoria de países, com alta ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (especialmente o câncer de colo do útero e cavidade oral), nos países desenvolvidos há predominância dos cânceres de pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto, sendo estes, os tipos associados à urbanização e ao desenvolvimento econômico, conforme apontado por Ferlay (FERLAY *et al.*, 2013).

Dentre as diversas regiões do país, as estatísticas mostram uma elevada incidência na Região Sudeste, com uma concentração de mais de 60% da ocorrência de todos os casos novos (INCA, 2019).

1.2 OS TIPOS DE CÂNCER MAIS FREQUENTES NO ESTADO DE MINAS GERAIS

As taxas brutas de incidência estimadas para o ano de 2018 por 100 mil habitantes para ambos os sexos no Estado de Minas Gerais mostram como mais frequentes: os cânceres de próstata (63,80%); mama feminina (50,15%); cólon e reto (39,77%); traquéia, brônquio e pulmão (24,3%) e estômago (20,87%) (INCA, 2018).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, ultrapassado apenas pelo câncer de pele não-melanoma. O câncer de próstata é considerado

um câncer da terceira idade, devido a sua ocorrência mundial a partir dos 65 anos, sendo aproximadamente de 75% dos casos (INCA, 2018).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata são em grande parte desconhecidos. Uma revisão de literatura que avaliou fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata mostrou certo consenso em relação a alguns aspectos que determinam a sua ocorrência, tais como: a idade avançada, origem étnica, maior incidência em negros e origem hereditária. Outros fatores como o tabagismo, o etilismo, o “fator de crescimento análogo à insulina” *Insulinlike Growth Factor* (IGF, hormônio que influencia o crescimento somático do corpo e cujos altos níveis séricos associam-se a maior risco de câncer de próstata) (BEZZERA *et al.*, 2019) e vasectomia são apontados pelos estudos avaliados como passíveis de potencializar o desenvolvimento do câncer de próstata (MEDEIROS, 2011).

O diagnóstico precoce do câncer da próstata, assim como de qualquer outra enfermidade proporciona maiores chances de cura e um tratamento menos agressivo e mutilante. O toque retal e dosagem do teste do antígeno prostático específico (PSA) são as duas formas mais utilizadas, para a investigação precoce da doença, embora existam divergências de opiniões sobre estas práticas, quanto a suas reais potencialidades de detecção da doença (GOMES, 2008; MODESTO *et al.*, 2018).

O câncer de mama é o tipo de doença neoplásica mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil. Entre os fatores de risco para o seu desenvolvimento, destacam-se idade da menarca (inferior a 12 anos), menopausa após os 55 anos, nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos; uso de determinados anticoncepcionais e Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado; exposição à radiação ionizante, consumo de bebidas alcoólicas, alimentação hipercalórica; sedentarismo e predisposição genética (WHO, 2014). Ganho de peso após os 18 anos e / ou excesso de peso ou obesidade na pós-menopausa e tabagismo por longo prazo também podem aumentar o risco de câncer de mama, principalmente entre as mulheres que começam a fumar antes da primeira gravidez (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

O rastreamento mamográfico de mulheres entre 50 e 69 anos é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada dois anos, além do autoexame e o exame clínico das mamas por profissional capacitado para tal como forma de detecção precoce (WHO, 2007).

O câncer gástrico no Brasil é o terceiro tipo mais frequente entre os homens e o quinto entre as mulheres. Uma revisão de literatura realizada em 2016 mostrou a associação entre a neoplasia gástrica e o baixo nível socioeconômico. O desenvolvimento do câncer de estômago

está relacionado a alguns fatores, tais como: fatores nutricionais (consumo excessivo de sal, alimentos salgados ou conservados no sal, alta concentração de nitrato), fatores clínicos (doenças pré-existentes, como anemia perniciosa, lesões pré-cancerosas e infecções pela bactéria *Helicobacter pylori*) combinação de tabagismo com bebidas alcoólicas, além de fatores ambientais (SILVA; FELICIO, 2016). O diagnóstico precoce do câncer gástrico possibilita melhor resultado em seu tratamento e deve ser buscado com a investigação de sinais e sintomas (INCA, 2018).

No Brasil, como na maioria dos países, o câncer de pulmão é a principal causa de mortalidade por câncer (INCA, 2018). O principal fator de risco para seu desenvolvimento é o tabagismo, geralmente, as taxas de incidência em um determinado país são proporcionais ao seu consumo de cigarros (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015; CANADIAN CANCER SOCIETY, 2015; INCA, 2018). O seu diagnóstico é comumente feito em estágios avançados e apresenta baixas taxas de sobrevida. O diagnóstico do câncer de pulmão é realizado por meio de exames de imagem, como raios-X e tomografia computadorizada do tórax. Pela sua característica de apresentar sinais e sintomas, que são comuns a outras enfermidades mais brandas, o diagnóstico precoce desse tipo de câncer é possível em apenas parte dos casos (MINNA, 2008).

O câncer de cólon e reto é o terceiro mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres. Configura-se como a terceira neoplasia maligna mais comumente diagnosticada e a quarta principal causa de morte por câncer (FERLAY *et al.*, 2013). O câncer colorretal é uma doença multifatorial influenciada por fatores genéticos, ambientais e condições relacionadas ao estilo de vida (BOYLE; LEON, 2002; MARLEY; NAN, 2016). É passível de tratamento e, na maioria dos casos, é curável, quando detectado precocemente e ainda não atingiu os demais órgãos (INCA, 2019).

Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente pela pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscópias (colonoscopia ou retossigmoidoscopias) sendo estes considerados como os dois exames principais. A OMS preconiza aos países com condições, utilizar esses métodos como garantia de confirmação diagnóstica, e que realizam o rastreamento do câncer do cólon e reto em pessoas acima de 50 anos (INCA, 2018).

1.3 IMPACTO DO CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA

De acordo com a OMS, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte em todo o mundo e um dos principais desafios do século XXI

(WHO, 2018b). São responsáveis por elevado número de mortes prematuras e perda de Qualidade de Vida (QV), além do mais, geram impacto econômico para as famílias, comunidades e sociedade (WHO, 2011).

O câncer, sendo uma DCNT, tem se tornado cada vez mais presente na contemporaneidade. O processo de sobreviver à doença crônica traz consigo mudanças significativas na vida das pessoas, resultando em comprometimentos multidimensionais, e é marcado por dúvidas, perdas, alterações na identidade e uma vida com dualidades (VIEIRA *et al.*, 2016).

Para Heydarnejad; Hassanpour; Solati (2011), o impacto do câncer na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) depende de vários fatores, dentre estes, pode-se destacar o estágio de câncer, pois alguns tipos de câncer não apresentam sequer algum sintoma até que esteja em estágio avançado, tempo de diagnóstico, aceitação do paciente, o grau de intensidade da doença e nível de sofrimento psicológico por cuidadores.

Quando há uma perspectiva razoável de cura para o câncer, é provável que pacientes e médicos estejam dispostos a aceitar o risco associado à toxicidade, com preocupação com a QVRS. Em situações onde há pouca ou nenhuma possibilidade de cura, o objetivo da assistência médica é prolongar vidas, mantendo a QVRS que está em risco não apenas pelo impacto da doença, mas também pelos efeitos dos tratamentos (BOWLING, 2001).

A avaliação do câncer na QVRS mostrou que a doença pode ter grande impacto, diminuindo muito o valor deste indicador devido a ocorrência de vários sintomas como fadiga, náuseas e vômitos (MACHADO; SAWADA, 2008). Outro trabalho, que avaliou a QVRS de pacientes em tratamento quimioterápico evidenciou que estes tiveram acometimento com sintomas de dor, fadiga, insônia e perda de apetite, além de afetar também as condições financeiras (FREIRE *et al.*, 2014a).

Além disso, durante o processo da doença ou do tratamento realizado pelas pessoas com câncer, elas enfrentam frequentemente morbidades significativas que comprometem progressivamente a sua QVRS. Desta forma, a avaliação da QVRS se faz necessária por ser um importante indicador da influência dos efeitos colaterais do tratamento sobre o indivíduo (PAULA; SAWADA, 2015).

Estudo de revisão identificou nas pesquisas analisadas intervenções terapêuticas de aspectos físicos, emocionais e espirituais que promoveram a melhora de condições de saúde do paciente com câncer avançado e sua QVRS (FREIRE *et al.*, 2014b).

Para tanto, conhecer as singularidades de cada paciente associado ao quadro de doença crônica propicia aos profissionais de saúde detalhes importantes que espelham as vivências

reais do paciente, podendo também contribuir na prática clínica para um cuidado melhor, auxiliando o clínico e os demais cuidadores em suas decisões e condutas terapêuticas (ENGEL *et al.*, 2003; ZANDONAI *et al.*, 2010).

Este trabalho pretende contribuir para a área científica com desenvolvimento de novos conhecimentos produzidos que podem preencher lacunas existentes além de orientar estudos futuros. Há também contribuição para campo da enfermagem e outras áreas de saúde, uma vez que levantar os domínios da QVRS afetados nos pacientes poderá contribuir para o planejamento de estratégias que reduzam o impacto da doença ou do tratamento, possibilitando também informações relevantes para o planejamento da assistência visando o estabelecimento de medidas preventivas, terapêuticas e outras ações voltadas para melhorar a assistência e QVRS dos pacientes.

1.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

1.5 QUALIDADE DE VIDA

Nos dias atuais, o constructo de QV é empregado em uma variedade de áreas de estudo. É comum encontrar essa temática em campos de conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros. Tal aspecto e sua complexidade colaboram para que não haja um consenso do seu conceito de maneira absoluta (ALMEIDA; GUSTAVO; MARQUES, 2012). Para Tani (2001), a ampla utilização deste tema na sociedade faz com que ele corra o risco de ser banalizado pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista.

Dentre as diferentes definições e modelos teóricos para a QV, a do grupo da OMS de QV é um dos mais aceitos e utilizados. Este ressalta três aspectos considerados como imprescindíveis na abordagem do constructo: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade, conceituando assim a QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995 p.1405).

De acordo com a definição proposta por Minayo, Harts e Buss (2000), a qualidade de vida é um conceito mais abrangente,

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.8).

Brown (1997), em seu livro “*Quality of life for people with disabilities*” avaliou várias definições atribuídas ao constructo de QV, o autor também notou que está longe de ter um consenso na literatura, no entanto, apontou avanços nas definições, que atualmente pode ser considerado um fenômeno holístico.

Assim como na definição da OMS, Brown (1997) aponta a dimensão da subjetividade da avaliação pelos pacientes. É fundamental que pesquisadores ressaltem a importância da percepção pessoal na compreensão da QV do indivíduo, pois representa outra fonte de dados. Ou seja, avaliações subjetivas representam um sistema de dados que não pode ser utilizado como expressão de crença ou compreensão objetiva, mas como medidas objetivas de fenômenos percebidos.

O autor reconhece que os parâmetros objetivos são importantes, mas é a mistura de uma ampla gama de vieses, opiniões e conhecimentos que permitem desenvolver as construções em torno da QV. Para ele, ignorar a avaliação subjetiva do indivíduo é restringir a investigação científica (BROWN, 1997).

Na área da saúde, a avaliação da QV passa a ser denominada Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). O termo QVRS tem sido usado como sinônimo de “Estado de Saúde Percebido” com o objetivo principal de verificar o quanto a doença ou estado crônico, além de seus sintomas, passam a interferir na vida diária de um indivíduo, ou seja, o quanto as manifestações da doença ou tratamento são sentidas por ele (FAYERS; MACHIN, 2007).

A expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, tem sido utilizada como tentativa de distinguir QVRS em seu significado mais geral da QV e reduzir a ambigüidade entre estes (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Assim como para a terminologia da QVRS, é percebida certa diversidade entre autores na conceituação da QVRS, tanto no âmbito nacional quanto internacional. QVRS é definida por Bowling (2001), como um ótimo funcionamento psicológico, físico, social (incluindo relacionamentos) e o desempenho de diferentes papéis tais como: (trabalhador, pai, cuidador, entre outros) e percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e tratamento, estado de saúde e bem-estar, além das perspectivas futuras do paciente.

Para Fayers e Machin (2007), os aspectos relevantes da QVRS variam de estudo para estudo, no entanto, os autores acreditam que deve-se incluir funcionamento físico, estado geral da saúde, sintomas e toxicidade física, funcionamento emocional e cognitivo, coordenação de funções, funcionamento e bem-estar social, funções sexuais e problemas de existência.

Cleary, Wilson e Fowler (1995) referem-se à expressão QVRS como “os vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida.” (CLEARY, WILSON E FOWLER, 1995, p. 91).

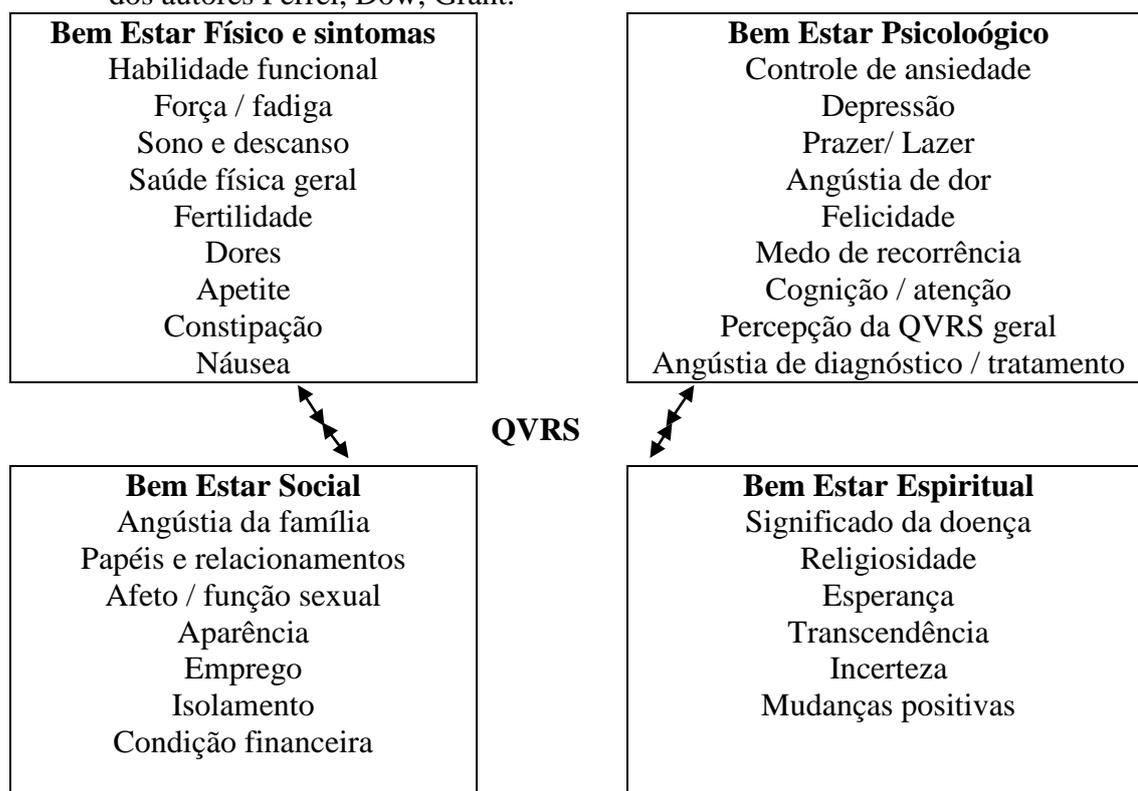
O referencial teórico que foi utilizado no desenvolvimento deste trabalho é o “Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes de câncer” de 1995, dos autores Ferrel, Dow e Grant (1995). Neste modelo, os autores focam nos domínios de bem estar físico, bem estar psicológico, bem estar social, e bem estar espiritual. Estes defendem a inter-relação entres essas dimensões com conseqüente impacto na QVRS. Os autores afirmam que os domínios

mencionados são consistentes enquanto não houver completo consenso na literatura sobre o que constitui as dimensões da QVRS.

O bem estar físico compreende habilidade funcional do sobrevivente e controle dos sintomas decorrentes da doença. O bem estar psicológico é definido como controle dos diversos sentimentos trazidos pela doença tais como: ansiedade, depressão, sofrimento, medo de recorrência do câncer, sofrimento pelo diagnóstico e tratamento, sensações positivas (prazer, lazer, felicidade) e percepção geral de QVRS.

O bem estar social é caracterizado pelas alterações e perdas ocasionadas pela doença na estrutura familiar, no desempenho de papéis e relacionamentos, na função sexual, na aparência e em questões financeiras. O bem-estar espiritual é compreendido pelo significado de doença, religiosidade, transcendência, esperança, incerteza e possíveis mudanças positivas vivenciadas pelo paciente (FERREL; DOW; GRANT; 1995). Conforme ilustrado na figura abaixo:

Figura 1 - Adaptado do Modelo de Qualidade de vida para sobreviventes de câncer de 1995, dos autores Ferrel, Dow, Grant.



Fonte: FERREL; DOW; GRANT (1995)

Atualmente, existe uma variedade de instrumentos padronizados que permitem medir a QVRS de pacientes. Alguns destes destinam-se ao uso geral, independentemente da doença ou condição do paciente, outros são específicos para pacientes com câncer.

Inicialmente estas ferramentas foram desenvolvidas para avaliar as diferenças entre os tratamentos de câncer, apontando somente caráter negativo da doença, se concentram sobre os efeitos do tratamento agudo e muitas vezes não contêm questões que avaliam as preocupações e necessidades a longo prazo da sobrevivente de câncer. Estes efeitos tardios, embora não ameacem a vida, podem afetar o cotidiano de funcionamento e enfrentamento pelo paciente. Além do mais, esta avaliação foi realizada pelo médico e não pelo paciente. A avaliação da QVRS feita pelo profissional de saúde é vista como limitante, não fornece informações que possam ser consideradas como precisas (FERRELL; DOW; GRANT, 1995).

Qualquer avaliação da QVRS em pacientes com câncer deve incluir bem-estar físico (sintomas e toxicidades, como dor, fadiga, náusea), atividade física e atividade recreativa, autocuidado, atividades de bem-estar psicológico, atividades sociais, isolamento, apoio social da família e amigos e relações sexuais. Além do mais, a reação do paciente à doença também merece ser mensurada, pois pode estar associada ao tempo de sobrevida (MANGUIRE P; SELBY P, 1989 apud BOWLLING; 2001).

Nesse contexto, a avaliação da QVRS por meio do *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), constitui um instrumento capaz de possibilitar informações relevantes para o planejamento da assistência prestada, visando a estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e outras ações voltadas para melhor assistência e QVRS dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer da região de Alfenas – Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico da pessoa com câncer;
- b) Identificar as características clínico-terapêuticas da pessoa com câncer;
- c) Descrever os domínios afetados, utilizando o instrumento traduzido e adaptado para o Brasil da EORTC QLQ-C30;
- d) Verificar se existe relação entre as características sociodemográficas com a QVRS da pessoa com câncer;
- e) Analisar se há relação entre as características clínico-terapêuticas e hábitos de vida com a QVRS da pessoa com câncer.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. De acordo com Polit e Beck (2011), o estudo analítico é o tipo que envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo, observacional ou experimental, na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população, procura explicar a relação entre a causa e o efeito.

Os estudos transversais envolvem a coleta dos dados em um período do tempo, descrevem a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de uma instituição hospitalar referência para o atendimento às pessoas com câncer, localizada em um município do sul de Minas Gerais cuja população estimada é de 79.996 habitantes com uma área aproximada de 56.500 km² e com densidade demográfica de 86,75 hab/km² (IBGE, 2019).

O Centro de oncologia desta instituição possui seis andares, sendo o primeiro andar para a radioterapia, o segundo andar para quimioterapia e hormonioterapia e do quarto ao sexto andares com 84 leitos equipados, atende as pessoas com diagnóstico de câncer dos 26 municípios integrantes da Regional de Saúde Alfenas - Minas Gerais, constituindo uma população estimada de cerca de 450,000 habitantes (SRS ALFENAS, 2011).

Os consultórios utilizados para a coleta se localizam em frente ao corredor de espera onde se tem monitores para que os pacientes possam observar os nomes ao serem chamados para o atendimento médico. Os consultórios são equipados por maca clínica, cadeiras, mesa e computador, configurando um ambiente tranquilo e discreto para a coleta dos dados.

3.3 AMOSTRA

A amostra deste estudo foi probabilística, do tipo Amostra Aleatória Simples (AAS), sendo esta composta por indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e que estavam

acessíveis no período da coleta dos dados. Para o cálculo da amostra levou-se em conta a distribuição do número de pacientes oncológicos atendidos no hospital, cenário da pesquisa, pelos três últimos anos disponíveis até o momento da elaboração do plano amostral, ou seja, a média trienal de pacientes entre 2015, 2016 e 2017. Segundo o setor de Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no local houve 2.226 pessoas atendidas no referido triênio (SISRHC, 2017), o que levou a um registro de 742 pessoas/ano naquela ocasião. Considerando tal referência de atendimentos/ano (742 pessoas) como tamanho da população, um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, chegou-se ao tamanho amostral de 254 pacientes oncológicos.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por pacientes com câncer que se encontravam em tratamento ou acompanhamento ambulatorial no hospital descrito. Por razões inerentes ao fluxo dos pacientes ao hospital, a demanda dos atendimentos e a diversidade clínica e emocional das pessoas assistidas, a seleção dos participantes se deu por conveniência.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se, pacientes com idade igual ou maior a 18 anos de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de qualquer tipo de câncer, e em tratamento ou acompanhamento ambulatorial. Foram excluídos do estudo os pacientes que tinham alguma dificuldade na compreensão da pesquisa e/ou na participação no estudo e nas entrevistas avaliados por questões simples como: nome completo, dia da semana, data de nascimento, endereço entre outros.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados com uso do instrumento validado *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQ-C30) (ANEXO A) e de um questionário com questões sociodemográficas e clínicas (APÊNDICE A).

O questionário de identificação e caracterização sociodemográfica e clínica é um instrumento adaptado que foi elaborado em 2014 no desenvolvimento da tese de doutorado de Freire. A adaptação se deve por ser um questionário desenvolvido para pacientes sem possibilidades terapêuticas. Para melhor entendimento, este foi dividido em blocos. No BLOCO A: encontram-se informações pessoais, tais como: nome, procedência, tipo de

domicílio, idade, sexo; estado civil; raça; religião; escolaridade; número de filhos; ocupação atual; renda mensal; fonte de renda; dependentes da renda; avaliação da situação financeira no momento; com quem mora; relação com os familiares; arranjo domiciliar e presença de cuidador.

No BLOCO B: encontram-se dados relacionados às características clínicas da pessoa com câncer: origem do encaminhamento; histórico familiar de câncer; diagnóstico; tempo de diagnóstico; estadiamento; tratamento recebido; extensão da doença e presença de metástase. BLOCO C: comorbidades diagnosticadas por médico; uso de medicamentos; e hábitos de vida (tabagismo e uso de álcool). Os dados do BLOCO B foram obtidos a partir do Banco de Dados cedido pela instituição de pesquisa.

O instrumento *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) foi construído na Bélgica a partir de uma iniciativa do Grupo Qualidade de Vida da EORTC. A Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer foi fundada em 1962, como uma organização internacional sem fins lucrativos (FAYERS; MACHIN, 2007).

Em 1980, a EORTC criou o Grupo de Qualidade de Vida, que em 1986 iniciou um programa de pesquisa para desenvolver uma abordagem integrada para avaliar a QVRS dos pacientes participando em ensaios clínicos de câncer. Isso levou ao desenvolvimento do EORTC QLQ-C30, um instrumento de QVRS para pacientes com câncer com objetivo de conduzir, desenvolver, coordenar e estimular a pesquisa sobre o câncer na Europa por grupos multidisciplinares de oncologistas e cientistas básicos. O instrumento foi traduzido e adaptado para a cultura brasileira em 2006 por Brabo.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário composto por 16 domínios, 30 questões, incorporando cinco Escalas Funcionais (EF) - Função Física, Função cognitiva, Função emocional, Função social e Desempenho de Papel; três Escalas de Sintomas (ES) - fadiga, náusea e vômito e dor; uma escala de avaliação do Estado de Saúde Global (ESG), Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de vida durante a última semana e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, como dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia, além de um item de avaliação das dificuldades financeiras (FAYERS; MACHIN, 2007). O EORTC QLQ-C30 é um questionário que leva entre 12 a 15 minutos para ser preenchido.

As questões de 01 a 28, contidas no instrumento estão dispostas em escala tipo Likert de quatro pontos, com respostas variando de não (valor 1); pouco (valor 2); moderadamente (valor 3) e muito (valor 4). As questões 29 e 30 também estão dispostas em escala tipo Likert,

só que de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete a ótimo (FAYERS; MACHIN, 2007).

O escore de medição dos itens varia de pontuação de 0 a 100, os valores obtidos nas escalas de Estado de Saúde Global, Funções Física, Emocional, Cognitiva e Social e Desempenho de Papel, quanto mais próximos de 100 representam melhor funcionamento, ou seja, estas condições se encontram melhores. Enquanto, nas escalas de sintomas e Dificuldades Financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam um elevado nível de sintomatologia e pior QVRS e Dificuldades Financeiras acentuadas (FAYERS; MACHIN, 2007). Foi solicitada a autorização para a utilização do instrumento EORTC QLQ C 30, cadastrando a pesquisa no site da EORTC “<https://qol.eortc.org/questionnaires/>”. Foi obtida autorização do grupo correspondente (ANEXO B).

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Iniciou-se a coleta de dados após a autorização da instituição do serviço no qual o estudo foi desenvolvido, além da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição proponente. Os pacientes com diferentes tipos de neoplasias foram convidados a participar do estudo na sala de espera do ambulatório de oncologia do hospital pesquisado, sendo os consentidos encaminhados para o consultório de coleta dos dados. Os dados foram colhidos no período de maio a dezembro de 2019 por alunos da graduação e da pós-graduação da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL devidamente treinados para aplicação dos questionários. As entrevistas foram realizadas em locais privativos evitando interrupções e interferências.

3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO ETUDO

Os dados foram coletados por meio de formulário online do *google forms*, dispensando assim a técnica de dupla digitação. Ao término da coleta foi gerado um banco de dados no programa *Microsoft Excel*® versão 2010 e, posteriormente a normalização dos dados, estes foram importados para análise no programa STATA versão 14. Para alcançar o primeiro, segundo e terceiro objetivos procedeu-se à análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas do estudo.

Após verificação da normalidade da distribuição das variáveis pelo Teste de *Shapiro-Wilk* realizou-se para os dados não paramétricos, os testes de Coeficiente de Correlação de *Spearman*, *Kruskal-Wallis* e *Mann Whitney*. Para os dados paramétricos realizou-se ANOVA, Coeficiente de Correlação *pearson* e Teste T para amostras independentes. Em todas as análises foi utilizado índice de significância de 0,05%. Com relação aos itens do instrumento EORTC QLQ-C30, foi realizado o cálculo dos escores dos domínios conforme orientações e fórmulas contidas no manual do grupo EORTC (FAYERS *et al.*, 2011).

A consistência interna da Escala de EORTC QLQ-C30 foi avaliada no *software* Stata versão 14 pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, este pode variar de zero (0) a um (1), onde quanto mais o resultado se aproxime do um, maior será a consistência interna, ou seja, mais precisa será a mensuração, neste estudo considerou-se o resultado satisfatório quando o alfa se mostrou superior a 0,70 (PASQUALI, 1997).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado a um projeto maior do Grupo de Pesquisa – Processo Saúde- Doença na Perspectiva Sociocultural, que foi inicialmente apresentado à instituição hospitalar na qual foi desenvolvido o estudo, e após obtenção da anuência (APÊNDICE B) foi submetido via Plataforma Brasil sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da da instituição proponente em 24 de Novembro de 2017, conforme nº CAAE nº 78017717.9.0000.5142 e parecer nº 2.397.931 (ANEXO C).

Para dar início à entrevista, foi solicitada aos participantes a anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) após eles terem sido devidamente esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, a sua contribuição e também as questões éticas como garantia do anonimato, sigilo e privacidade de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12 aplicados à pesquisa com seres humanos. Após a assinatura concordando com a participação, foi entregue uma via ao participante e a outra ficou sob a responsabilidade dos pesquisadores, garantindo o anonimato dos pacientes, os nomes pessoais foram substituídos por números.

3.9 DESCONFORTOS/ RISCOS/ MEDIDAS E BENEFÍCIOS

A coleta implicou na disponibilidade de tempo para responder ao questionário e teve como riscos possíveis desconfortos e/ou constrangimentos decorrentes das respostas ao

instrumento de coleta. Como medidas preventivas a tais riscos obteve-se abordagem cautelosa da pessoa considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promovendo a privacidade em ambiente tranquilo e seguro. Ainda, como medida preventiva do desconforto os pesquisadores orientaram a pessoa que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada iria alterar sua condição como usuários no Hospital em que é atendido.

Em relação às medidas minimizadoras dos riscos, esclareceu-se novamente ao participante que sua identificação no questionário se daria apenas por número, a fim de garantir o anonimato; que haveria sigilo em relação às respostas, tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

Se mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras os participantes apresentassem algum tipo de desconforto/constrangimento os mesmos foram lembrados da possibilidade de retirar o consentimento prévio e foi amparado pela equipe executora, que pode prestar suporte emocional e/ou avaliar a necessidade de encaminhamento da pessoa aos serviços da rede municipal de saúde.

Já em relação aos benefícios, os pacientes não tiveram custos para participar da pesquisa, tiveram a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema para a saúde que poderá beneficiar o planejamento da assistência, direcionando políticas públicas de saúde, orientando programas e condutas terapêuticas aos pacientes com câncer da Região de Alfenas-MG.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS 255 PACIENTES COM CÂNCER PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi formada por 255 pacientes com diagnóstico de câncer. Dentre os quais predominou o sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda média de 1,9 salário mínimo. As frequências e percentuais das características sociodemográficas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	137	53,7
	Masculino	118	46,3
Idade (Faixa etária)	20 a 59 anos	99	38,8
	60 a 78 anos	136	53,3
	80 a 92 anos	20	7,8
Cor auto referida	Branca	147	57,6
	Parda	82	32,2
	Negra	23	9
	Amarela	3	1,1
Estado civil	Solteiro + viúvo	79	30,9
	Com companheiros (as)	155	60,7
	Separado + divorciado	21	8,2
Filhos (número de filhos)	Nenhum	36	14,1
	1 a 3 filhos	147	57,6
	4 a 5 filhos	51	20
	Mais de 5 filhos	21	8,2
Religião	Possui	249	97,6
	Não possui	6	2,3
Escolaridade	Não escolarizado	15	5,8
	Ensino Fundamental	169	66,2
	Ensino Médio	49	19,2
	Ensino superior	22	8,6
Total		255	100

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Em relação à idade, a faixa etária de 60 a 78 anos representa o maior percentual de participantes, com total de 53,3%, com uma variação de idade entre 20 a 92 anos, sendo a idade média de (60,9±14,8) anos. Com relação à cor da pele, há uma predominância de indivíduos de pele branca seguindo-se a cor parda representando 57,8% e 32%, respectivamente. Quanto ao estado civil, a maioria (60,7%) possui companheiros(as), e 57,6% dos pacientes tem entre 1 a 3 filhos. 97,6% dos entrevistados afirmam seguir alguma religião. Em relação à escolaridade, mais da metade da amostra (66,2%) tinham somente o ensino fundamental, 5,8% não foi escolarizado, todavia encontramos 8,63% de indivíduos com ensino superior.

Em relação à procedência dos participantes, observa-se que quase a totalidade (99,6%) é do sul de Minas Gerais. Quanto à moradia, 84,7% dos pacientes possuem casa própria, 31,4% moram com o cônjuge e os filhos, 85,9% referem não ter cuidador, 58% relatam manter boa relação com a família, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Variável	Categoria	N	%
Procedência	Sul de Minas	254	99,6
	Outra região (Rio de Janeiro)	1	0,3
Situação de moradia	Casa própria	216	84,7
	Casa alugada	32	12,5
	Outra instituição	7	2,7
Com quem mora	Mora sozinho	27	10,5
	Mora com a esposa ou companheiro	76	29,9
	Mora com os filhos	29	11,3
	Mora com outro familiar	40	15,8
	Mora com o cônjuge e os filho(s)	80	31,4
	Mora em asilo/com outras pessoas (não familiar)	3	1,1
Possui cuidador	Sim	36	14,1
	Não	219	85,9
Relação com os familiares	Ótima	148	58
	Boa	80	31,4
	Regular	19	7,4
	Ruim	8	3,1
Total		255	100

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

No que se refere à ocupação dos entrevistados, pouco mais da metade (51,4%) estão aposentados. Destes, 51,4% declaram que a fonte de renda provém da aposentadoria, 78,4%, declaram ter de um a três salários mínimos (o valor vigente no país é R \$1040,00 reais). Quanto aos dependentes da renda, 78%, declararam que duas a quatro pessoas dependem da renda recebida, e somente 44,4% consideram a situação financeira como regular e 41,2% consideram a situação financeira boa, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise descritiva das características sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Variável	Categoria	N	%
Ocupação	Empregado	42	16,4
	Desempregado	19	7,3
	Aposentado	131	51,4
	Outros	63	24,6
Fonte de renda	Não tem fonte de renda	15	5,9
	Trabalho	65	25,5
	Aposentadoria	131	51,4
	Pensão	7	2,8
	Doações	2	0,7
	Ajuda da família	20	7,9
	Outros	15	5,8
Renda	Menos de 1 salário mínimo (SM)	36	14,1
	De 01 a 03 SM	200	78,4
	De 04 a 05 SM	12	4,7
	Mais de 05 SM	7	2,7
Dependentes da renda	01 pessoa	44	17,2
	De 02 a 04 pessoas	199	78
	De 5 a mais	12	4,8
Situação financeira	Muito boa	9	3,5
	Boa	105	41,2
	Regular	113	44,4
	Ruim	24	9,4
	Péssima	4	1,5
Total		255	100

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota:++ Informação incompleta no prontuário

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS DOS 255 PACIENTES COM CÂNCER PARTICIPANTES DO ESTUDO.

A tabela 4 mostra que os cânceres mais comuns apresentados pelos entrevistados são o de mama (25,1%), seguido pelo trato gastrointestinal (18,9%). Verificou-se que quase a totalidade dos participantes veio por encaminhamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo (87%) da amostra. Quanto ao tempo de diagnóstico, 61,9% dos pacientes têm mais de

12 meses de diagnóstico. Em relação ao tempo de tratamento, 43,5% tinham entre 0 a 6 meses. Sobre a extensão do tumor, a maioria (54,2%) apresenta tumor localizado.

Tabela 4 – Análise descritiva das características clínicas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019

Variável	Categoria	N	%
Origem do encaminhamento	SUS	222	87
	Não SUS	24	9,4
	Sem informação ⁺⁺	9	3,6
Histórico familiar de câncer	Sim	41	16
	Não	85	33,4
	Sem informação ⁺⁺	129	50,6
Diagnóstico	Mama	64	25,1
	Trato Gastrintestinal	48	18,9
	Próstata	41	16
	Hematológica	34	13,4
	Cabeça / Pescoço	18	7
	Ginecológico	15	5,9
	Outro	35	13,7
Tempo de diagnóstico	De 0 a 6 meses	53	20,8
	De 6 a 12 meses	44	17,3
	Mais de 12 meses	158	61,9
Tempo de tratamento	De 0 a 6 meses	111	43,5
	6 a 12 meses	52	20,5
	Mais de 12 meses	92	36
Extensão do tumor	Tumor local	135	54,2
	Disseminação regional	51	20,5
	Disseminação distante	34	13,7
	Sem informação ⁺⁺	35	11,6
Total		255	100

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: ⁺⁺ Informação incompleta no prontuário

O resultado da Tabela 5 mostra que grande parte da amostra não apresenta metástase da doença, sendo esta 55,3%. Em referência ao estadiamento da doença, muitos pacientes não apresentaram informações no prontuário (40,8%), 27,4% tiveram outras classificações diferentes das usadas no estudo e 16,1% apresentam estágio II, seguido pelo estágio III (9,8%). Levando em consideração o tipo de tratamento, notou-se que a cirurgia foi o tratamento mais realizado (16,8%) e em seguida o Tratamento adjuvante (16,4%). No entanto, em 47,5% da amostra não constou informação sobre a realização da radioterapia no prontuário.

Tabela 5 – Análise descritiva das características clínicas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019

Variável	Categoria	N	%
Metástase	Sim	56	22,9
	Não	141	55,3
	Sem informação ⁺⁺	58	22,8
Estadiamento	Estádio I	6	2,4
	Estádio II	41	16,1
	Estádio III	25	9,8
	Estádio IV	9	3,5
	Sem informação	104	40,8
	Outra classificação	70	27,4
Tratamento realizado	Não realizou	10	3,9
	Tratamento adjuvante	42	16,3
	Quimioterapia	25	9,8
	Radioterapia	14	5,4
	Cirurgia	43	16,8
	Sem informação ⁺⁺	121	47,6
	Total		255

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: ⁺⁺ Informação incompleta no prontuário

Na tabela 6 constatou-se que 55,3% da amostra não possui nenhuma comorbidade, 20,4 % relatam ter DM e HAS. 77,2% fazem uso de medicamento no domicílio, 64,7% não fazem consumo de álcool e 54,9% não são tabagistas.

Tabela 6 – Análise descritiva das características clínicas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Variável	Categoria	N	%
Comorbidades	Nenhuma	141	55,3
	Diabetes Mellitus	7	2,7
	Hipertensão arterial sistêmica	32	12,6
	DM e HAS	52	20,4
	Cardiopatía	11	4,3
	Outras comorbidades	12	4,7
Medicamentos	Sim	197	77,2
	Não	58	22,8
Faz uso de álcool	Sim	22	8,6
	Não	165	64,7
	Não, mas já foi etilista	68	26,7
Tabagismo	Sim	22	8,6
	Não	140	54,9
	Não, mas já foi tabagista	93	36,5
Total		255	100

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER, DE ACORDO COM AS DIMENSÕES DO EORTC QLQ-C30.

Os dados obtidos dos pacientes por meio do questionário EORTC QLQ-C30 correspondem ao seu estado de saúde durante a última semana. Tais escores são obtidos em uma escala de 0 a 100, no entanto cada escala tem sua forma de interpretação. Isto é, na escala de Saúde Global e Funcionalidade, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Já nas escalas de sintomas e Dificuldade Financeira quanto maior a pontuação pior o escore da QVRS (FAYERS; MACHIN, 2007).

Na análise da Tabela 7 observa-se que os pacientes oncológicos da presente pesquisa apresentam escore satisfatório na Escala Estado de Saúde Global e QVRS com média $78,2 \pm 22,1$ mostrando assim uma boa QVRS. Das Escalas Funcionais, a função emocional teve uma média de $73,2 \pm 28,5$ sendo a pontuação mais baixa. Com relação à Escala de Sintomas, os resultados demonstram que os sintomas mais presentes foram: insônia, $33,1 \pm 41,3$, seguidos de dor $22,5 \pm 30,9$ e fadiga $20,8 \pm 26,5$. O resultado relativo à Escala de Dificuldade Financeira revelou escore baixo, com média de $23,9 \pm 34,7$, indicando que a doença e o tratamento afetaram pouco a questão financeira.

Tabela 7 – Média e desvio padrão da escala de Qualidade de Vida da EORTC QLQ-30 dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escalas	Média	Desvio Padrão
Estado de Saúde Global (ESG/QV)	78,2	22,1
Escalas Funcionais		
Função Física	75,8	23,6
Desempenho de Papel	78,9	31,5
Função Cognitiva	82,5	24,1
Função Social	86,3	23
Função Emocional	73,2	28,5
Escala de Sintomas		
Fadiga	20,8	26,5
Náuseas/vômitos	12,3	25,2
Dor	22,5	30,9
Dispneia	13,4	28,3
Insônia	33,1	41,3
Perda de apetite	20,1	33,7
Constipação	16,2	30,2
Diarreia	8,5	23,5
Dificuldade Financeira	23,9	34,7

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

4.4 ANÁLISE UNIVARIADA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO EORTC QLQ - C30

Os valores de Alpha Cronbach para o instrumento avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer estão contemplados no Quadro 1. Os resultados indicaram uma consistência interna elevada ($\alpha = 0,8$). Da mesma forma quando avaliadas separadamente, as dimensões do questionário apresentaram uma alta consistência ($\alpha \geq 0,8$). Esses resultados demonstram que o instrumento é confiável na amostra estudada.

Item	Alpha Cronbach	Classificação de alfa
EGSQVRS	0,838	Bom
Escalas Funcionais		
Função Física	0,832	Bom
Desempenho de Papel	0,828	Bom
Função Cognitiva	0,845	Bom
Função Social	0,840	Bom
Função Emocional	0,833	Bom
Escala de Sintomas		
Fadiga	0,826	Bom
Náuseas/vômito	0,838	Bom
Dor	0,834	Bom
Dispnéia	0,848	Bom
Insônia	0,842	Bom
Perda de apetite	0,842	Bom
Constipação	0,850	Bom
Diarréia	0,856	Bom
Dificuldade Financeira	0,851	Bom
Questões do EORTC QLQ-C30	0,849	Bom

Quadro 1 – Consistência interna do instrumento EORTC QLQ-c30 para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer. Alfenas, 2019 (n=255).

4.5 ASSOCIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO EORTC QLQ-C30, SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Com o intuito de verificar se as variáveis sociodemográficas interferem nos domínios investigados, foi aplicado os teste estatísticos: Teste T para amostras independentes, Kruskal-

Wallis, Mann-Whitney e os resultados foram considerados significativos para o nível de p *value* $\leq 0,05$ para as variáveis: sexo, com a ESG/QVRS ($p=0,003$), e todos os domínios da Escala Funcional: Função Física ($p=0,007$), Desempenho de Papel ($p=0,043$), Função Cognitiva ($p=0,000$), Função Social ($p=0,031$), Função Emocional ($p=0,000$).

As variáveis (cor, estado civil, ocupação) não possuem associação significativa com os domínios da Escala Funcional e de ESG e QVRS. Notou-se que as variáveis cuidador e religião apresentaram significância nos seguintes domínios, respectivamente: Função Física ($p=0,009$) e social ($p=0,015$), Desempenho de Papel ($p=0,049$) e Função Social ($p=0,028$), conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019

Escores médio e (desvio padrão) dos domínios da Escala Funcional e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	ESG/QVRS	Função Física	D. de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função E.
Sexo^(a)						
Feminino(n=137)	74,3(24,6)	72,1(24)	75,1(34,1)	77,6(26,2)	83,5(26,3)	65,6(30,7)
Masculino(n=118)	82,6(17,8)	80(22,4)	83,1(27,6)	88,2(20)	89,6(18)	81,9(22,9)
Valor-p	0,003*	0,007*	0,043*	0,000*	0,031*	0,000*
Cor autodeclarada^(b)						
Branca (n=147)	77(21,3)	74,9(24,8)	77,2(32,2)	83,7(22,5)	85,6(24,3)	76,6(25,9)
Parda (n=82)	77,2 (24,9)	76,5(20,9)	81(31,8)	81,9(24,3)	86,3(21,1)	67,2(31,4)
Negra (n=23)	87,6(14,4)	79,4(25,2)	81,1(26,7)	80,4(30,4)	89,8(23,4)	69,5(32,4)
Amarela (n=3)	86,1(12,7)	71,1(26,9)	83,3(28,8)	55,5(34,6)	94,4(9,6)	94,4(4,8)
Valor-p	0,153	0,719	0,614	0,274	0,659	0,131
Estado civil^(b)						
Solteiro+viúvo(n=79)	78,4(21)	73,8(25,2)	75,1(34,6)	80,8(25,7)	84,3(23,9)	72,1(26,3)
casado+união estável (n=155)	77,9(22,5)	76,9(22,7)	81,1(29,6)	83,1(22,7)	87,3(23)	74,1(29,4)
Separado+divorciado (n=21)	79,3(24,2)	74,2(23,8)	76,1(32,3)	84,9(28,3)	86,5(20,8)	69,8(31)
Valor de p	0,926	0,629	0,449	0,441	0,397	0,407
Religião^(c)						
Possuir (n=249)	78,7(1,56)	75,9(23,3)	79,3(31,34)	82,7(23,6)	87(22,2)	73,3(28,3)
Não possuir (n=6)	56,9(35,1)	68,8(36,1)	58,3(34,5)	72,2(40,3)	58,3(39)	66,6(39)
Valor-p	0,106	0,852	0,049*	0,717	0,028*	0,796
Cuidador^(c)						
Possuir (n=36)	81,2(22,6)	64,2(28,6)	68,9(37,4)	77,7(25,8)	79,6(25,8)	68,9(33,9)
Não possuir (219)	77,7(22)	77,6(22,1)	80,5(30,2)	83,3(23,7)	87,4(22,4)	73,8(27,6)
Valor-p	0,279	0,009*	0,086	0,182	0,015*	0,703
Ocupação^(b)						
Empregado n=(42)	75(20,3)	80,1(21,3)	83,7(27,9)	80,9(26,9)	87,3(23,5)	69,8(30,1)
Desempregado n=(19)	76,6(23,1)	82,0(20,4)	81,9(27,1)	83,3(24,8)	84,7(23,6)	75(29,3)
Aposentado+Licença saúde n=(132)	80,0(22,2)	73,5(24,3)	78,6(31,5)	83,8(23,3)	87,1(22,1)	74,6(27,6)
Outros n=(62)	74,6(23,0)	73,0(25,4)	67,9(40,5)	76,2(22,6)	82(27,4)	67,6(30,6)
Valor-p	0,210	0,140	0,354	0,244	0,660	0,550

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: (a)Teste T para amostras independentes, (b)Kruskal-Wallis, (c)Mann-Whitney.

ESG/QVRS = Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida.

D.= Desempenho

E. = Emocional

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$.

Na análise da tabela 9 constatou-se que as variáveis idade ($r=0,180$), filhos ($r=0,152$), escolaridade ($r=0,142$), apresentaram correlação significativa na ESG/QVRS. A idade apresentou associação na Função Física ($r=0,171$), situação financeira teve associação com a Função Física ($r=0,137$) e Desempenho de Papel ($r=0,126$) e Função Emocional ($r=0,163$).

Tabela 9 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escores médio e desvio padrão dos domínios Escala Funcional e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	ESG/QVRS	Função Física	Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Idade (Faixa etária)^(a)						
20 a 59 anos(n=99)	73,4(24,5)	78,5(23,4)	77,4(33)	79,4(26,3)	81,9(27,7)	65,6(33,2)
60 a 78 anos(n=136)	80,2(20,3)	77,1(20,9)	81,6(29,2)	84,8(22,6)	89,5(19,1)	78(24,7)
80 a 92 anos(n=20)	87,9(16,3)	52,6 (29,8)	67,5(37,2)	82,5(21,2)	85,8(19,7)	77,9(19,7)
Valor de r	0,180**	0,171**	0,005	0,062	0,085	0,148
Filhos^(a)						
Nenhum(n=36)	76,3(21,4)	78,5(25,6)	79,1(34,1)	84,7(23)	84,2(23,8)	72,2(29,0)
1 a 3 (n=147)	76,1(22,9)	76,1(23,2)	77,4(32,3)	82,4(24,8)	85,6(25,3)	72,9(29,1)
4 a 5 (n=51)	82,1(17,2)	72,1(24,1)	80(30)	79,4(25,)	89,2(18,5)	74,0(28,7)
Mais de 5 (21)	85,7(26,1)	77,1(21,7)	85,7(21,9)	87,3(18,1)	88(14)	75(24,7)
Valor de r	0,152**	0,088	0,015	0,044	0,03	0,019
Escolaridade^(a)						
Não escolarizado (n=15)	77,7(22,6)	68,4(28,1)	68,8(39,7)	75,5(22,5)	71,1(38)	61,6(39,6)
Ensino Fundamental (169)	80,6(21,1)	76,6(22,6)	80,5(30)	84,3(24,4)	87,9(21,8)	75,9(26)
Ensino Médio (n=49)	71,0(25,2)	74,1(25,3)	74,1(34,5)	77,2(25,8)	86(21,6)	66,6(32,5)
Ensino superior(n=22)	75,3(18,8)	78,1(24,3)	83,3(28,6)	85,6(15,6)	84,8(19,8)	74,6(26,5)
Valor de r	0,142**	0,039	0,008	0,053	0,037	0,04
Relação com os familiares^(a)						
Ótima(n=148)	80,6(20,3)	78,8(22,8)	83,4(26,7)	84,3(23,2)	89,7(19,9)	78,4(25,9)
Boa(n=80)	80(19,3)	74,3(21,8)	75,6(33)	81,6(24,5)	83,9(23,4)	71,3(28,5)
Regular(n=19)	62,2(27,5)	66,6(29,05)	61,4(44)	69,2(27,3)	74,5(33,9)	51,3(32,7)
Ruim(n=08)	53,1(35,8)	55(27,5)	68,7(45,8)	89,5(19,7)	75(30,8)	46,8(28,1)
Valor de r	0,107	0,102	0,127	0,023	0,023	0,053
Situação financeira^(b)						
Muito boa(n=9)	81,4(24,2)	76,2(24,2)	87(18,2)	75,9(32,3)	79,6(26)	75(30,3)
Boa(n=105)	81,3(18,7)	79,4(22,6)	82,3(28,3)	83,3(23,4)	89,6(18,5)	9,5(26,3)
Regular(n=113)	75,4(24,4)	74,0(24,5)	76,8(33,6)	83,1(21,9)	85,5(24,2)	68,2(29,1)
Ruim(n=24)	76,0(23,6)	70(20,4)	72,2(34,9)	82,6(28,8)	79,1(29,5)	71,5(27,2)
Péssima (n=4)	79,1(22,0)	63,(33,3)	66,6(47,1)	58,3(44)	79,1(41,6)	52,0(47,3)
Valor de r	0,100	0,137**	0,126**	0,033	0,102	0,163**

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: ESG/QVR = Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida.

(a) Coeficiente de Correlação de Spearman, (b) Coeficiente de Correlação de Pearson.

Sinais convencionais: r = coeficiente de correlação com valor de p significativo (** $p \leq 0,05$)

Na Tabela 10 foi observado diferenças entre os grupos para os escores obtidos na variável diagnóstico nos domínios Função Emocional ($p = 0,006$) e Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida ($p = 0,051$).

Tabela 10 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escore médio e desvio padrão dos domínios Escala Funcional e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	ESG/QVRS	Função Física	Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Diagnóstico^(a)						
Mama(n=64)	76,04(21,3)	73,4(22,3)	77,6(35)	78,3(24,6)	84,6(28,2)	65,4(30,3)
Trato Gastrointestinal(n=48)	74,3(22,9)	78,6(26,9)	73,2(32,2)	85,4(22,9)	79,8(26,1)	75,6(27,5)
Próstata(n=41)	87,6(14,2)	87,3(24)	86,1(22,9)	84,5(25,3)	92,4(14,3)	81,5(24)
Hematológica(n=34)	78,2(26,5)	80,1(24,7)	76,2(35,8)	78,7(25,7)	91,9(16,2)	76,5(29,5)
Cabeça Pescoço(n=18)	75,4(25,4)	80,(16)	80,5(33,4)	88,8(19,8)	81,4(26,7)	75,9(27,9)
Ginecológico(n=15)	70(28,1)	78,6(21,7)	78,8(29,1)	80(30,3)	84,4(23,1)	52,7(31,6)
Outro(n=35)	80,9(18,4)	77,7(23,6)	81,9(28,6)	85,2(20,5)	89(18)	78(24,3)
Valor-p	0,051*	0,568	0,613	0,168	0,170	0,006*
Tratamento realizado^(a)						
Não realizou(n=10)	78,3(30,4)	78,6(28,5)	86,6(20,4)	88,3(20,8)	88,3(22,2)	65,8(37,3)
Tratamento adjuvante(n=42)	68,75(4,1)	75(19,9)	58,3(34,6)	54,1(45,8)	95,8(8,3)	75(26,3)
Quimioterapia(n=25)	82,5(16,8)	91,3(9,4)	96,6(10,5)	83,3(19,2)	90(16,1)	86,6(17,6)
Radioterapia(n=14)	75(26,6)	72(24,4)	70,6(38,2)	80,6(23,9)	82,6(22,2)	70(30)
Cirurgia(n=43)	80,2(18,9)	77(20,7)	85,2(26,7)	81,7(26,6)	94,1(14)	71,7(27,2)
Sem informação(n=121)	75(21,5)	69,6(27,7)	71(37,1)	77,3(28,7)	78,9(32,5)	62,3(34,7)
Valor-p	0,636	0,273	0,080	0,377	0,148	0,041*
Extensão do tumor^(a)						
Tumor local(n=135)	16,7(22,5)	10(21,2)	19,1(27,8)	11,6(26,5)	31,3(39,4)	16,5(29,8)
Disseminação regional(n=51)	22(29,8)	13,7(27)	27,4(35)	11,7(25,6)	29,4(40,9)	24,8(36,4)
Disseminação distante (n=34)	23,8(29,6)	20(31,4)	20,5(31,7)	9,8(26,6)	36,2(44,4)	26,4(40)
Sem informação(n=35)	29,5(38,7)	13,2(31,6)	27(33,7)	26,4(38,1)	43,6(36,5)	21,8(37)
Valor-p	0,113	0,246	0,445	0,093	0,587	0,420
Metástase^(b)						
Sim (n=56)	78,7(19,3)	74,8(23,9)	77,6(29)	79,1(29,3)	84,5(22,8)	71,8(30)
Não(n=141)	78(22,9)	76,2(23,8)	78,7(33,5)	82,3(24,3)	86,5(22,9)	71,7(29,2)
Sem informação(n=58)	78,1(22,8)	75,6(22,9)	80,4(29,1)	86,2(16,5)	87,6(23,8)	78(25,3)
Valor-p	0,980	0,937	0,892	0,296	0,765	0,346

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: ESG/QVRS = Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida.

(a) Kruskal Wallis, (b) ANOVA.

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com valor de $p \leq 0,05$.

No que diz respeito à Tabela 11 foi observado que a variável medicamento apresentou resultado significativo na Função Física ($p=0,003$), Desempenho de Papel ($p=0,045$) e a variável uso de álcool interfere na Função Social ($p=0,039$).

Tabela 11 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Pontuação média e desvio padrão dos domínios Escala Funcional e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	ESG/QVRS	Função Física	Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Comorbidades^(a)						
Nenhuma(n=141)	77,8(19,6)	77,4(21,3)	76,5(32,6)	81,6(24,1)	83,5(25,5)	72(30,1)
DM(n=7)	80,9(22,4)	93,3(10,1)	97,6(6,2)	97,6(6,2)	100(0)	82,1(25,6)
HAS(n=32)	83(19,3)	78,9(20,3)	87,5(22,7)	80,2(25,9)	91,6(13,3)	78(23,7)
Cardiopatia(n=11)	65,1(26,3)	60(35,1)	57,5(32,7)	80,3(22,1)	72,7(30)	65,9(31,7)
DM e HAS(n=52)	88,6(13,5)	66,(28,1)	89,3(17,1)	92,4(11,4)	93,9(11,2)	78,7(21,8)
Outras (n=12)	76,2(28,6)	72,4(26,6)	79,5(34,3)	82,7(26,1)	89,9(20)	72,4(28,1)
Valor-p	0,227	0,096	0,018*	0,209	0,092	0,510
Medicamentos^(b)						
Sim (n=197)	78,1(22,3)	73,5(24)	76,8(32,7)	81,9(24,9)	86(23,8)	73,4(27,4)
Não(n=58)	78,3(21,6)	83,4(20,2)	85,9(26)	84,4(20,9)	87,3(20,3)	72,4(32,2)
Valor-p	0,888	0,003*	0,045*	0,796	0,866	0,567
Faz uso de álcool^(c)						
Sim(n=22)	81,4(19,4)	82,1(22,3)	84(30,2)	81,8(25,1)	90,1(15,9)	78,4(25)
Não(n=165)	76,9(21,7)	75,1(23,5)	76,5(32,9)	80,9(24,2)	83,6(25,7)	71,4(29,6)
Não, mas já foi estilista(n=68)	80,1(23,7)	75,1(24,1)	82,8(28)	86,7(23,3)	91,6(16,1)	75,8(26,8)
Valor-p	0,472	0,422	0,278	0,240	0,039*	0,376
Tabagismo^(c)						
Sim (n=22)	68,5(28,6)	73(22,3)	83,3(23)	84,8(17,7)	78(24,8)	76,1(28,6)
Não (n=140)	77,9(19,3)	77,2(23,3)	79(31,6)	81,6(25,4)	85,5(23,7)	71,8(28,7)
Não, mas já foi tabagista(n=93)	80,9(23,8)	74,2(24,4)	77,5(33,1)	83,3(23,4)	89,4(21,2)	74,5(28,4)
Valor-p	0,060	0,546	0,743	0,786	0,097	0,687

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: ESG/QVRS = Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida.

(a)Kruskal Wallis, (b) Mann (c) ANOVA.

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$.

A Tabela 12 demonstra os resultados obtidos no teste de Correlação de Spearman, encontrou-se diferença significativa na variável estadiamento com a Função Social alterada ($r=0,130$).

Tabela 12 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escore médio e desvio padrão dos domínios Escala Funcional e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	ESG/QVRS	Função Física	Desempenho de Papel	Função Cognitiva	Função Social	Função Emocional
Tempo de diagnóstico^(a)						
Menos de 6 meses(n=53)	76,2(26)	74,8(26,4)	80,1(29,7)	84,2(20,7)	89,3(21,4)	74,8(32,1)
6 a 12 meses(n=44)	82,3(18,1)	80(17,1)	79,9(31)	77,6(28,9)	85,6(20,2)	73,6(28)
Mais de 12 meses(n=158)	77,6(21,7)	74,9(24,1)	78,1(32,3)	83,3(23,6)	85,5(24,3)	72,5(27,6)
Valor de r	0,032	0,029	0,024	0,041	0,052	0,082
Tempo de tratamento^(a)						
Menos de 6 meses(n=111)	74,7(24,6)	73,8(26,7)	77,6(29)	79,1(29,3)	84,5(22,8)	71,9(31)
6 a 12 meses(n=52)	82,6(17,3)	79,8(18,1)	78,7(33,5)	82,3(24,3)	86,5(22,9)	76,6(26,1)
Mais de 12 meses(92)	79,8(20,8)	75,7(22,2)	80,4(29,1)	86,2(16,5)	87,6(23,8)	72,8(26,9)
Valor de r	0,092	0,002	0,057	0,012	0,015	0,014
Estadiamento^(a)						
Estádio I(n=6)	77,7(27,7)	85,5(13,6)	100(0)	97,2(6,8)	83,3(27,8)	76,3(22,6)
Estádio II(n=41)	79(20,6)	76,9(24,1)	83,7(27,5)	83,3(25,8)	80,8(28,7)	73,1(33,4)
Estádio III(n=25)	81,3(18,6)	79,7(18,5)	87,3(24,1)	88(18,9)	86(25,7)	73,3(25,4)
Estádio IV(n=9)	63,8(35,1)	56,2(34,8)	62,9(37,9)	88,8(16,6)	66,6(33,3)	71,2(35,1)
Outra classificação(n=70)	80,1(19,8)	77,3(23,8)	74,5(34,3)	79,8(26,8)	87,1(20,8)	77,3(25,5)
Sem informação(n=104)	77(23,2)	74,4(23,1)	79,7(30,6)	82,1(21,6)	91,1(18,1)	70,3(29,1)
Valor de r	0,016	0,001	0,077	0,115	0,130**	0,018

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nota: ESG/QVRS = Escala de Saúde Global e Qualidade de Vida

(a) Coeficiente de Correlação de Spearman

Sinais convencionais: r = coeficiente de correlação com valor de p significativo ** $p \leq 0,05$

Analisando as diferenças no escore médio dos domínios da escala de sintomas em relação às características clínicas de saúde e específicas do câncer, observou-se que nenhuma variável (diagnóstico, extensão do tumor, comorbidades) apresenta associação significativa com os domínios da escala de sintomas. ($p > 0,05$), conforme Tabela 13.

Tabela 13 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escore médio e desvio padrão dos domínios Escala de sintomas e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	Fadiga	Náusea e vômitos	Dor	Dispneia	Insônia	Perda de apetite
Diagnóstico^(a)						
Mama(n=64)	22,9(29,2)	14,3(26,8)	26,5(34,8)	13,5(27,6)	35,9(42,9)	21,3(33,2)
Trato Gastrointestinal(n=48)	24,5(28,9)	11,4(24,5)	18,7(29,8)	11,8(27,9)	30,5(39,9)	22,9(37,7)
Próstata(n=41)	12,6(21,4)	7,5(20,8)	19(28,1)	11,1(28,1)	37,3(41,7)	18,2(31,4)
Hematológica(n=34)	25,2(25,8)	13,6(27,1)	26,7(33,3)	14,1(26,3)	36,3(45,9)	15,1(31,2)
Cabeça Pescoço(n=18)	16,6(19,5)	12,9(23,2)	19,4(30,3)	14,8(32,7)	24(37,5)	12,9(32,6)
Ginecológico(n=15)	28,1(37,7)	26,6(40,2)	33,3(36,1)	8,8(19,7)	48,8(48,5)	31,1(38,7)
Outro(n=35)	16,5(19,3)	7,6(16,3)	17,6(22,8)	19(33,6)	20,9(31,4)	20(33,5)
Valor de p	0,281	0,227	0,715	0,880	0,480	0,539
Extensão do tumor^(a)						
Tumor local(n=135)	16,7(22,5)	10(21,2)	19,1(27,8)	11,6(26,4)	31,3(39,4)	16,5(29,8)
Disseminação regional(n=51)	22(29,8)	13,7(27)	27,4(35)	11,7(25,6)	29,4(40,9)	24,8(36,4)
Disseminação distante(n=34)	23,8(29,6)	20(31,4)	20,5(31,7)	9,8(26,6)	36,2(44,4)	26,4(40)
Sem informação(n=35)	29,5(38,7)	13,2(31,6)	27(33,7)	26,4(38,1)	43,6(36,5)	21,8(37)
Valor de p	0,113	0,246	0,445	0,093	0,587	0,420
Comorbidades^(a)						
Nenhuma(n=141)	22,7(28,5)	11,1(24,7)	23(31,6)	14,4(29,3)	30,4(39,9)	19,8(32,1)
Diabetes Mellitus(7)	7,9(13,9)	14,2(26,2)	11,9(15,8)	4,7(12,5)	28,5(40,4)	19(32,5)
Hipertensão arterial sistêmica(n=32)	14,5(17,9)	7,8(20,2)	16,1(25,9)	5,2(14,9)	25(37,8)	13,5(31,5)
Cardiopatia(11)	32,3(30,4)	16,6(23,5)	21,2(22,4)	18,1(34,5)	24,2(42,4)	27,2(41,6)
DM e HAS(n=52)	19,1(25,8)	9(17,2)	27,2(33,5)	27,2(46,7)	27,2(41,6)	27,2(35,9)
Outras comorbidades(n=12)	19(25,1)	17,6(30,2)	25,7(34,6)	13,2(26,4)	48,4(44,6)	22(38)
Valor de p	0,329	0,379	0,838	0,633	0,080	0,695

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: (a) Kruskal-Wallis

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$

Na análise das associações apresentadas na Tabela 14 notou-se que, nenhuma variável (comorbidades, extensão do tumor, diagnóstico apresenta associação significativa com os os domínios da Escala Funcional (constipação e diarreia).

Tabela 14 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escores médio e desvio padrão dos domínios Escala de sintomas e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30		
Variável	Constipação	Diarreia
Diagnóstico^(a)		
Mama(n=64)	21,3(33,2)	20,8(32,2)
Trato Gastrointestinal(n=48)	12,5(24,4)	15,2(28,3)
Próstata(n=41)	17,4(33,1)	7,9(24,2)
Hematológica(n=34)	7,0(24,6)	4(18,1)
Cabeça Pescoço(n=18)	18,5(34,7)	3,7(15,7)
Ginecológico(n=15)	20(27,6)	2,2(8,6)
Outro(n=35)	17,1(33,6)	10,4(28,8)
Valor de p	0,199	0,123
Extensão do tumor^(a)		
Tumor local(n=135)	15(27,8)	5,6(18)
Disseminação regional(n=51)	16,3(30,8)	7,1(22,4)
Disseminação distante(n=34)	22,5(37,3)	17,6(34)
Sem informação(n=35)	10,3(28,3)	14,9(31,6)
Valor de p	0,405	0,071
Comorbidades^(a)		
Nenhuma(n=141)	17,7(31,2)	9,6(24,7)
Diabetes Mellitus(n=7)	4,7(12,5)	0(0)
Hipertensão arterial sistêmica(n=32)	15,6(31,6)	12,5(29)
Cardiopatía(n=11)	9(21,5)	9(21,5)
DM e HAS(n= 52)	9(15,5)	9(30,1)
Outras comorbidades(n=12)	16,9(32,4)	3,7(15,5)
Valor de p	0,843	0,467

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: (a)Kruskal-wallis

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$.

Constatou-se na Tabela 15 que a variável medicamento apresentou significância com perda de apetite ($p = 0,029$). O tratamento realizado se correlacionou com a fadiga. Já o uso de álcool manteve associação significativa com o sintoma de dor ($p = 0,047$).

Tabela 15 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escores médio e desvio padrão dos domínios Escala de sintomas e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30						
Variáveis	Fadiga	Náusea e vômitos	Dor	Dispneia	Insônia	Perda de apetite
Medicamentos^(a)						
Sim (n=197)	21,1(26,)	12,5(25,7)	23,7(32)	13,1(27,)	34,6(41,)	22,5(35)
Não(n=58)	19,7(25,)	11,4(23,4)	18,3(26,9)	14,3(30)	27,5(39)	12(27,7)
Valor de p	0,703	0,935	0,294	0,884	0,285	0,029*
Tratamento realizado^(b)						
Não realizou(n=10)	17,7(26,2)	15(28,8)	16,6(23,5)	16,6(36)	13,3(32,2)	13,3(32,2)
Tratamento adjuvante(n=42)	33,3(28,6)	20,8(25)	25(50)	25(31,9)	25(50)	8,3(16,6)
Quimioterapia(n=25)	18(24,5)	12,3(25,2)	20,7(32,5)	12,1(25,8)	30,5(40,7)	21,4(35,1)
Radioterapia (n=14)	32,8(34,9)	17,4(33,1)	33,7(34,2)	15,8(31,4)	40,4(40,6)	22,2(35,8)
Cirurgia(n=43)	7,7(17,4)	1,6(5,2)	6,6(11,6)	13,3(32,2)	30(48,3)	3,3(10,5)
Sem informação(n=121)	26,6(20,7)	10,6(23)	29,3(30,1)	18,6(32)	36(45,)	22,6(36,9)
Valor-p	0,007*	0,675	0,056*	0,633	0,430	0,769
Metástase^(c)						
Sim (n=56)	25,7(31)	14,5(26,7)	24,7(35,1)	14,2(29,7)	33,9(42,8)	25(36,6)
Não(n=141)	19,7(25,8)	11,5(23,8)	22,2(29,6)	13,4(27)	30,7(40,8)	19,3(33,1)
Sem informação(58)	18,7(23,1)	11,7(27)	21,2(30,3)	12,6(30,4)	37,9(41,1)	17,2(32,5)
Valor de p	0,278	0,743	0,826	0,954	0,529	0,439
Faz uso de álcool^(c)						
Sim(n=22)	15,1(24,1)	9,8(25,5)	14,3(24,2)	9(25,5)	25,7(43,5)	9(25,5)
Não(n=165)	22,4(28)	12,8(26,5)	26(33,7)	12,5(26,6)	34,5(41,1)	22(34,0)
Não, mas já foi estilista(n=68)	18,6(23)	11,7(21,9)	16,6(24,2)	17,1(32,8)	31,8(41,3)	19,1(35,1)
Valor de p	0,347	0,857	0,047*	0,396	0,621	0,232
Tabagismo^(c)						
Sim (n=22)	23,2(24,2)	12,1(27,3)	22,7(26,5)	13,6(31,9)	34,8(43)	31,8(4,2)
Não(n=140)	21,5(28,3)	13,6(27,5)	21,7(30,8)	10,2(24,9)	33(41,4)	17,3(30,5)
Não, mas já foi tabagista(n=93)	19,1(24,3)	10,2(20,7)	23,6(32,4)	18,2(31,6)	32,6(41,1)	21,5(35,3)
Valor de p	0,712	0,59	0,904	0,105	0,975	0,156

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: (a)Mann Whitney; (b) Kruskal Wallis (c) ANOVA

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$

Conforme representado na Tabela 16 constatou-se que, nenhuma variável (Tratamento realizado, comorbidades, medicamentos, uso de álcool, tabagismo) apresentou associação significativa com os domínios da escala de sintomas (Constipação, Diarréia) ($p > 0,05$) somente a variável metástase apresentou associação com a diarreia ($p = 0,010$).

Tabela 16 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis clínico-terapêuticas e hábitos de vida dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escores médio e desvio padrão dos domínios Escala de sintomas e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30		
Variáveis	Constipação	Diarreia
Tratamento realizado^(a)	16,6(36)	0(0)
Não realizou(n=10)	8,3(16,6)	25(31,9)
Tratamento adjuvante(n=42)	17(30,1)	9(25)
Quimioterapia(n=25)	23,8(36,2)	14,2(30)
Radioterapia (n=14)	13,3(32,2)	0(0)
Cirurgia(n=43)	10,6(28,4)	8(0)
Sem informação(n=121)	10,8(23,8)	3,8(13)
Valor-p	0,526	0,115
Quais comorbidades^(a)		
Nenhuma(n=141)	17,7(31,2)	9,6(24,7)
Diabetes Mellitus(n=7)	4,7(12,5)	0(0)
Hipertensão arterial sistêmica(n=32)	15,6(31,6)	12,5(29)
Cardiopatía(11)	9(21,5)	9(21,5)
DM e HAS(n=52)	9(15,5)	9(30,1)
Outras comorbidades(n=12)	16,9(32,4)	3,7(15,5)
Valor-p	0,843	0,467
Medicamentos		
Sim (n=197)	15(28,6)	8,4(23,4)
Não(n=58)	20,1(35,2)	8,6(23,8)
Valor-p	0,497	0,957
Metástase^(c)		
Sim (n=56)	23,8(35,7)	16,6(33,6)
Não(n=141)	14,4(29)	6,8(20,8)
Sem informação(n=58)	13,2(26,4)	4,5(14,5)
Valor-p	0,101	0,010
Faz uso de álcool^(c)		
Sim(n=22)	12,1(26,3)	9(25,5)
Não(n=165)	16,7(30,2)	9,2(24,5)
Não, mas já foi estilista(n=68)	16,1(31,8)	6,3(20,1)
Valor de p	0,797	0,686
Tabagismo^(c)		
Sim(n=22)	15,1(30,3)	9(25,5)
Não(n=140)	12,8(25,4)	7,6(21,6)
Não, mas já foi tabagista(n=93)	21,5(35,9)	9,6(25,8)
Valor-p	0,101	0,802

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: (a) kruskal- Wallis, (b) Mann witney, (c) ANOVA

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$

Na Tabela 17 relata-se a análise da associação somente da variável sociodemográfica ocupação com a dificuldade financeira ($p=0,04$).

Tabela 17 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Escores médio e desvio padrão dos domínios Escala de sintomas e ESG/QVRS do EORTC QLQ-C30	
Variáveis	Dificuldade financeira
Sexo^(a)	
Feminino (137)	27(36,9)
Masculino (118)	20,3(31,7)
Valor-p	0,127
Ocupação^(b)	
Empregado(n=42)	18,2(34,6)
Desempregado(n=19)	38,8(41)
Aposentado Licença(n=132)	22,5(32,5)
Outros (autonomo)(n=62)	20,5(23,9)
Valor-p	0,04*

Fonte: Elaborada pela autora (2021)..

Notas: (a)Teste T para amostras independentes, (b)Kruskal-Wallis

Sinais convencionais: (*) Resultados significativos com Valor de $p \leq 0,05$

Tabela 18 é possível observar que, somente a renda se associou com a dificuldade financeira ($r =0,194$).

Tabela 18 – Associação dos domínios do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos 255 pacientes com câncer participantes do estudo. Alfenas, 2019.

Variáveis	Dificuldade Financeira
Idade^(a)	
20 a 59 anos(n=99)	27,2(37,6)
60 a 78 anos(n=136)	21,5(32,5)
80 a 92 anos(n=20)	23,3(34,3)
Coefficiente de r	0,044
Renda^(a)	
Menos de um SM (n=36)	41,6(42,4)
De 01 a 03 SM(n=200)	21,6(32,5)
De 04 a 05 SM(n=12)	22,2(38,4)
Mais de 05 SM(n=7)	0(0)
Valor de r	0,194**
Situação financeira^(b)	
Muito boa(n=9)	18,5(37,6)
Boa(n=105)	12,6(26,7)
Regular(n=113)	28,9(34,9)
Ruim(n=24)	44,4(33,1)
Péssima (n=4)	66,6(43,5)
Valor de r	0,313
Dependentes da renda^(a)	
01 pessoa(n=44)	12,1(26)
De 02 a 04 pessoas(n=199)	13,2(28,3)
De 5 a mais(n=12)	22,2(35,7)
Valor de r	0,018
Moradia^(a)	
Casa própria(n=216)	23,1(34,1)
Casa alugada (n=32)	25(35,9)
Outra instituição(n=7)	42,8(46)
Valor de r	0,313
Escolaridade^(a)	
Não escolarizado(n=15)	24,4(36,6)
Ensino Fundamental(n=169)	24,8(34,3)
Ensino Médio (n=49)	22,4(36,2)
Ensino superior	19,6(35,1)
Valor de r	0,062

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Notas: (a) Coeficiente de Correlação de Spearman (b) Coeficiente de Correlação de *Pearson*
 Sinais convencionais: r = coeficiente de correlação com valor de *p* significativo ** $p \leq 0,05$

5 DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

Os resultados encontrados nesta pesquisa acompanham o perfil epidemiológico atual do câncer no Brasil, com evidência de que mais de metade dos pacientes são do sexo feminino. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que visa identificar perfil epidemiológico de pacientes oncológicos atendidos em um hospital de referência da região centro-oeste do Brasil, neste, mostrou-se que os pacientes mais acometidos pelo câncer eram do sexo feminino, sendo 51,9% da amostra (SILVA *et al.*, 2019). No entanto, estudo desenvolvido por Portella *et al.* (2017) que descreveu as características sociodemográficas e clínicas de pacientes oncológicos aponta maior incidência de câncer no sexo masculino, sendo 55,6%. Já no estudo “Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil” revelou-se que não houve diferença entre os sexos na população estudada (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A faixa etária mais comum está entre 60 e 78 anos sendo (53,3%) para os pacientes oncológicos participantes da pesquisa e prevaleceu a cor branca. O estudo de Oliveira *et al.* (2015) também apontou que a prevalência dos que referiram diagnóstico de câncer foi maior para as pessoas com mais de 60 anos e de cor branca. Outra investigação aponta o maior percentual de idade com uma variação de 51 a 70 anos (PORTELLA *et al.*, 2017). O estudo de DOWNING *et al.* (2019) desenvolvido com pacientes com neoplasias colorretais mostrou 66,4% da amostra na faixa etária de 55 a 74.

Segundo o IBGE (2018a), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos entre 2012 a 2017, ultrapassando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Esse aumento corresponde a um crescimento de 18% desse grupo etário em cinco anos, se tornando assim cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres representam a maioria com um total de 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo).

Esse cenário não é só uma realidade brasileira, no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Esse crescimento decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pelo declínio da taxa de fecundidade pelas mulheres (IBGE, 2018a).

A idade é um aspecto que aparece como fator de risco para desenvolvimento de neoplasias, além de certos comportamentos de vida, como fumar, ingerir alimento não

saudável ou não praticar exercícios físicos. 87% de todos os cânceres nos Estados Unidos são diagnosticados em pessoas com 50 anos de idade ou mais (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Em convergência com esse trabalho, foi evidenciado no estudo de Nicolussi et al. (2014) que o índice de escolaridade mais comum em pacientes oncológicos foi o ensino fundamental sendo este, presente em 65,8% dos pacientes. Adicionalmente, outras pesquisas também apontaram o ensino fundamental para a maioria dos entrevistados (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015; SANTOS, 2017).

Salienta-se que, a baixa escolaridade, frequente na população atendida pelo serviço público de saúde, deve ser sempre levada em consideração pelos profissionais de saúde na elaboração de atividades de educação em saúde (DIETRICH; COLET; WINKELMANN, 2019). Nível maior de escolaridade pode proporcionar uma melhor QVRS aos pacientes por terem um nível cultural e de conhecimento mais alto como também melhores empregos e salários e conseqüentemente oportunizar recursos e estratégias maiores no enfrentamento ao processo patológico como também o tratamento (VILLAR *et al.*, 2017).

Assim como os resultados da nossa pesquisa, o mesmo estudo de Nicolussi et al. (2014) também identificou uma predominância de pessoas religiosas (98%). Outras investigações também realizadas com pacientes com câncer constataram que a maioria seguia alguma religião (PAULA; SAWADA, 2015; PORTELLA *et al.*, 2017; SALVETTI *et al.*, 2020).

A prática religiosa averiguada no estudo é um mecanismo amplamente utilizado entre pacientes oncológicos. Perante aos problemas vivenciados durante esse processo, os indivíduos com câncer encontram alívio e conforto na fé (TESTON *et al.*, 2018). Conforme um estudo de revisão de literatura realizado por Ferreira et al. (2020), pacientes que expressam espiritualidade e religiosidade podem apresentar maior aceitação e enfrentamento ao processo patológico como seu tratamento. A manifestação à espiritualidade e à religiosidade tem influência positiva na saúde biopsicossocial da pessoa com câncer, podendo este contribuir para a melhora da qualidade de vida relacionada à Saúde, o bem-estar e a vitalidade, auxiliando também na redução de sintomas experimentadas ou da percepção de ameaça à vida (FERREIRA *et al.*, 2020).

A amostra contou em sua maioria com pacientes com companheiros ou casados. Resultados semelhantes foram encontrados em diferentes estudos (AHMED *et al.*, 2018; SETTE; CAPITÃO, 2018; SALVETTI *et al.*, 2020). Um estudo desenvolvido na Etiópia com

mulheres com câncer de ovário apontou associação significativa entre o estado civil e Função Emocional (AYANA *et al.*, 2018).

O número de filhos encontrado nessa pesquisa variou de um a três para a maioria (57,65). Esse dado diverge do resultado encontrado no estudo de Leite; Nogueira; Terra (2015) desenvolvido na mesma região onde 71,8% da amostra possuía de 1 a 5 filhos. Os dados da revisão 2018 da Projeção de População do IBGE destacam que o estado de Minas Gerais tem hoje a menor taxa de fecundidade do Brasil, bem abaixo do nível nacional (1,77) filhos por mulher, sendo essas informações publicadas no ano anterior a coleta dos dados do presente estudo (IBGE, 2018b).

A renda familiar mensal da maioria dos entrevistados ficou entre um a três salários mínimos, somente sete (2,75%) possui mais de cinco salários mínimos, sendo que para um total de (78,03%) dos participantes, entre duas a quatro pessoas são dependentes desta renda. Grande variação foi encontrada no estudo de Silva *et al.* (2019) onde a renda dos pacientes da amostra ficou entre menos de um salário, 11 a 15 salários mínimos e 32% dos pacientes possuem renda entre três e cinco salários mínimos. O estudo de Santos (2017) identificou uma renda familiar mensal para 79,5% da população estudada inferior a três salários mínimos. De acordo com IBGE (2019), 23,9% dos brasileiros vivem com até 2 salários mínimos.

Nota-se que, apesar da renda dos participantes da pesquisa ser considerada relativamente baixa, somente 44,31% deles consideram a situação financeira como regular e 41,18% consideram a situação financeira boa. Vale ressaltar que, o SUS através da Política Nacional de Atenção Oncológica garante assistência integral a pacientes com neoplasia maligna, por meio da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Essa assistência integral ao paciente preconiza diagnóstico diferencial e definitivo de câncer, consultas e exames para acompanhamento e tratamento (cirurgia, oncologia clínica, radioterapia) e cuidados paliativos. O planejamento, organização e controle de tais ações ficam sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2013). Foi possível observar no local da pesquisa, que os pacientes se beneficiam do transporte do município de origem até o hospital, no entanto, a alimentação, entre outras necessidades são contornadas pelo apoio de associações de voluntários.

A situação socioeconômica pode ser considerada fator determinante na sobrevivência ao câncer, pois pode influenciar vários aspectos dentre os quais, o estágio do diagnóstico (AARTS *et al.*, 2011). Indivíduos com menor condição socioeconômica por terem menores oportunidades para bons hábitos de vida dentre os quais destacam-se a prática de atividade

física e acesso ao consumo de alimentação saudável tendem a manter hábitos que prejudicam a saúde e aumentam o risco de câncer (DESANTIS *et al.*, 2016).

No que tange a atividade ocupacional e situação de moradia da presente pesquisa, os dados de uma pesquisa realizada com pacientes oncológicos no sul de Minas cinco anos atrás, refletem ainda o cenário atual da região com índice maior de pessoas aposentadas e com moradias próprias. Os autores constataram que (57,0%) dos pacientes eram aposentados ou pensionistas e (85,9%) moradores de casa própria (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015). Os achados do nosso trabalho sobre a moradia estão em conformidade com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2018, em que a maioria dos domicílios (66,7%) são próprios dos moradores (IBGE, 2018c).

Apesar da maioria dos participantes estarem na faixa etária mais avançada, houve predominância de indivíduos que referem não possuir cuidador. É relevante mencionar que, os pacientes com câncer em tratamento geralmente experimentam sintomas que debilitam a saúde física tornando-o assim, com dificuldade para desempenhar suas atividades rotineiras ou mesmo incapacitados de realizá-los. Além do mais, a rotina para tratamento da neoplasia pode implicar nos seus hábitos sociais. Essa mudança pode desencadear alterações emocionais. As implicações em níveis multidimensionais, trazido pelo processo patológico pode levar a sentimentos e a condições objetivas de desamparo (CARVALHO, 2008).

As ponderações acima vão ao encontro do estudo realizado por Williams *et al.* (2019), no qual avaliou a necessidade de apoio social não atendida entre idosos com câncer. Foi mostrado que mais de dois terços dos participantes relataram uma necessidade de suporte social, sendo as necessidades emocionais e físicas as mais comuns. Além do mais, o mesmo estudo apontou que paciente que possui um apoio do cuidador ou familiar pode ter uma vivência diferente e melhor com o processo patológico e seu tratamento .

Os resultados do presente estudo demonstram que 10% dos pacientes residem sozinhos e mais da metade (58%) dos pacientes refere manter boa relação com a família. Este dado demonstra a existência de um apoio social para essa população. Sales *et al.* (2011), no seu estudo “Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica”, enfatiza que o afastamento dos entes queridos é um dos aspectos que afeta a qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes em tratamento neoplásico. De acordo com Sette e Gradwohl (2014), no contexto do adoecimento do paciente, a família também se torna um apoio, atuando, dando conforto e atenção, auxiliando nas tarefas domésticas e em todos os procedimentos necessários.

Com relação à origem do encaminhamento, verificou-se que quase a totalidade dos participantes veio por encaminhamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 87,06% da amostra. De acordo com o Ministério de Saúde, cerca de 80% dos casos de câncer no Brasil são tratados no âmbito do SUS. O número de pessoas que fizeram tratamento oncológico na rede pública passou de 292 mil em 2010 para 393 mil em 2015, sendo um aumento de 34% em cinco anos (CAMBRICOLI, 2016).

A prevalência do diagnóstico de câncer de mama resultante dos dados do estudo desenvolvido corrobora vários outros trabalhos. O tipo de tumor mais prevalente na pesquisa de Lopes et al. (2016) foi o câncer de mama representando um valor de (36,8%), seguido de câncer colorretal (17,5%). Resultado semelhante apareceu no estudo de Oliveira et al. (2015) o diagnóstico de câncer de mama foi o mais citado pelas mulheres (23%).

Uma revisão desenvolvida com indivíduos com diversos tipos de neoplasias mostrou que o diagnóstico principal dos pacientes era o câncer de mama em mulheres, sendo este em (91%) (DANHAUER *et al.*, 2017). Contudo o estudo de Garcia et al. (2019) divergiu um pouco desses resultados, neste ressalta-se que as maiores incidências eram os cânceres de colo de útero (39,8%), mama (17,5%) e estômago (4,8%) no gênero feminino. No gênero masculino, observou-se a predominância de câncer de próstata (20,5%), laringe (9,5%) e pele (8,3%).

Segundo a OMS (2020), o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres no mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, com aproximadamente 2,1 milhão de novos em 2018, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados (WHO, 2020). No Brasil, para o ano de 2020 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100,000 mulheres. O câncer de mama feminina aparece no padrão da incidência na Região Sudeste com um risco estimado de 81,06 por 100 mil (INCA, 2019).

A segunda neoplasia mais frequente nessa pesquisa foi o câncer do trato gastrintestinal (esôfago, estômago, cólon e reto). Esse dado vai ao encontro dos resultados do estudo de Silva (2019), demonstrando também neoplasias do trato gastrintestinal (estômago, intestino, reto) na segunda posição. No entanto, os dados mencionados são discordantes das estimativas de INCA (2019), como também dos estudos de Santos et al. (2017) e Garcia et al. (2019), nos quais as neoplasias do trato gastrintestinal aparecem em posições diferentes.

Referentemente ao tempo de diagnóstico verificou-se que mais de metade dos pacientes têm mais de um ano de diagnóstico e 55,2% não apresentam metástase. Outros estudos apresentam resultados semelhantes. Portella et al., (2017) encontrou que mais da

metade dos pacientes pesquisados (53%) tinham o diagnóstico de câncer há menos de um ano e 44,4% deles não apresentaram metástase. A ausência de metástases também foi encontrada na maioria da amostra (53,64%) na pesquisa de Jesus et al. (2019).

Conforme Bakitas et al. (2009), a maior parte das mortes por câncer ocorre em pessoas com metástase disseminada pelos tumores malignos, sendo responsáveis por cerca de 90% dos óbitos. Embora grande parte dos pacientes deste estudo tenham mais de um ano de diagnóstico, a falta de informação nos prontuários para completar interferiu na representatividade dessa variável.

Levando em consideração o tipo de tratamento, notou-se que a cirurgia foi o tratamento mais realizado (16,85%) e em seguida o tratamento adjuvante (mais de uma modalidade). Uma investigação com pacientes com câncer mostrou que a cirurgia e a quimioterapia apareceram entre os tratamentos mais frequentes realizados por pacientes com diferentes tipos de neoplasias, sendo esses em 16,5% deles (LEEUVEN *et al.*, 2018).

Ao contrário a esse dado, um outro estudo que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde, satisfação e autoeficácia com o tratamento demonstrou que mais de metade dos participantes receberam a radioterapia (56,6%) e (46,9%) terapia hormonal (MORENO *et al.*, 2018). Outra variação foi constatada no estudo de Portella et al. (2017), no qual foi evidenciada que um percentual de 15,8% realizou quimioterapia, seguido de cirurgia e quimioterapia (13,3%) e cirurgia, quimioterapia e radioterapia (11,2%).

Nota-se uma divergência entre a prevalência dos diversos tratamentos realizados entre as diferentes populações, o diagnóstico mais frequente pode ser um fator determinante para esse acontecimento. Cabe lembrar também que, 47,5% da amostra não constou informação sobre a realização da radioterapia no prontuário, dados esses que auxiliariam na identificação do real uso das terapias na instituição da pesquisa. A falta de informação no prontuário pode estar sinalizando uma comunicação ineficaz, uma vez que o registro não é realizado da maneira devida. Esse evento pode dificultar a atuação de uma equipe multiprofissional.

Em referência ao estadiamento da doença, muitos pacientes não tiveram informações no prontuário (40,7%) e 16,1% apresentam estágio II, seguido pelo estágio III 9,8%. Várias pesquisas que também avaliam a qualidade de vida se assemelham com esse resultado onde os estágios II e III figuraram entre os mais frequentes (LEEUVEN *et al.*, 2018; MORENO *et al.*, 2018).

De acordo com a *Canadian Cancer Society* (2017), vários fatores podem cooperar para influenciar a probabilidade de sobreviver ao câncer. Esses fatores incluem estágio do câncer no diagnóstico e agressividade do tumor, bem como a disponibilidade e qualidade de

serviços de detecção precoce, diagnóstico e tratamento. O diagnóstico em estádios avançados interfere nas probabilidades de cura como também aumenta as taxas de mortalidade (BRASIL, 2018).

Com relação à extensão do tumor, a maioria (54,2%) apresenta tumor localizado. Ressalta-se que essa classificação proporciona uma constatação das taxas de sobrevividas, sendo estas diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. Ademais, a determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela envolvidos são parâmetros que contribuem para diferentes etapas: obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor; escolha da terapêutica; previsão das complicações; obtenção de informações sobre o prognóstico do caso; avaliação dos resultados do tratamento; investigação em oncologia (INCA, 2019).

Conforme a literatura, a comorbidade é algo comum entre pacientes com câncer (SARFATI *et al.*, 2016). Na presente pesquisa, 55,2% dos participantes não apresentam comorbidades, e 20,3% relatam ter DM e HAS. Um estudo nacional que avaliou radiodermatite severa e fatores de risco associados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço relata que não houve relatos de comorbidades em 56,8% dos prontuários avaliados (CARDOZO *et al.*, 2020).

Uma pesquisa desenvolvida na Inglaterra com 3988 pacientes com câncer colorretal evidenciou-se que 69,3% dos pacientes relataram comorbidades, sendo que um ou mais e 17,5% relataram três ou mais (DOWNING *et al.*, 2019). Adicionalmente, um outro estudo que avaliou as disparidades socioeconômicas na qualidade de vida relacionada à saúde entre os sobreviventes de câncer colorretal mostrou um total de 35% dos pacientes apresentaram três ou mais comorbidades (MCDUGALL *et al.*, 2019).

Segundo os dados de *Medicare beneficiaries in the United States* (ou seja, para pacientes com 65 anos ou mais) quatro em cada dez pacientes com câncer têm pelo menos uma outra condição crônica registrada e 15% têm duas ou mais, com as doenças crônicas mais comuns, incluindo doença cardiovascular, obesidade e doença metabólica, problemas de saúde mental e alterações do músculo-esquelético (EDWARD *et al.*, 2014).

Apesar da maioria dos pacientes não apresentarem nenhuma comorbidade, foi encontrado um total de 77,2% que fazem uso de medicamento no domicílio. Esse evento pode estar associado aos diferentes tipos de sintomas que o paciente oncológico vivência ao longo do tratamento, como também muitas vezes os pacientes com câncer de mama receptores hormonais positivos, (sendo o diagnóstico mais frequente na amostra) fazem uso após o tratamento cirúrgico por no mínimo cinco anos de hormonioterapia oral no domicílio com

intuito de reduzir o risco da recidiva da doença (GOLDHIRSCH *et al.*, 2007; GOLDHIRSCH *et al.*, 2011).

A maioria dos pacientes deste estudo não tinha hábito de fumar tampouco de consumir bebida alcoólica. Esses achados são corroborados pelos dados encontrados no estudo realizado por Li *et al.* (2019), os autores verificaram que a maioria dos entrevistados (61,7%) não era fumante e 59,4% não fazia uso de álcool. O uso do álcool e de bebidas alcoólicas têm sido apontados como fatores de risco para desenvolvimento de vários tipos de neoplasias. Dentre os quais, aparecem alguns dos diagnósticos encontrados na amostra estudada (trato gastrointestinal e mama). A persistência do consumo do tabaco e do álcool diminui o índice de cura e aumenta a ocorrência de um segundo tumor primário (INCA, 2019).

Em 2016, o uso nocivo de álcool foi responsável por mais de três milhões de óbitos. Esse número representa uma em cada 20 mortes. Mais de três quartos delas ocorreram entre homens. No geral, o uso nocivo do álcool causa mais de 5% da carga global de doenças (OMS, 2019). O tabagismo é o principal fator de risco de morte por doenças crônicas não transmissíveis, é responsável por seis milhões de óbitos ao ano. Além do mais, 10% das mortes entre adultos por câncer e doenças cardíacas são decorrentes do tabagismo (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2016). Ademais, o tabagismo ocasiona diminuição da qualidade e expectativa de vida, devido às condições patológicas a ele relacionadas (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

É cabível salientar que, a caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos são indicadores que permitem ao profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, a compreensão dos tipos de tratamento, raciocínio clínico frente às dificuldades apresentadas, bem como contribuição para o cuidado integral (SILVA *et al.*, 2013). Nesse contexto, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar o paciente de forma integral, respeitar as suas peculiaridades e assim proporcionar um cuidado humanizado atendendo as necessidades (PORTELLA *et al.*, 2017).

5.2 AVALIAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES COM CÂNCER

No que concerne à avaliação da escala de qualidade de vida relacionada à saúde, observa-se que os pacientes oncológicos da presente pesquisa apresentam de modo geral escores avaliados como bom. A Escala de Estado de Saúde Global e QVRS apresenta média de $78,2 \pm 22,1$, denotando uma tendência para uma boa qualidade de vida por se aproximar da pontuação total de 100. Esse achado pode ser justificado pelo tempo de diagnóstico da maioria, considerando que a literatura aponta que a qualidade de vida global tende a melhorar gradualmente em função do tempo (CHOPARA; KAMAL, 2012).

Verificou-se que o item que apresentou resposta com menor média nos escores da Escala Funcional foi a Função Emocional com uma média de $73,2 \pm 28,5$, indicando assim que os pacientes apresentam certo grau de irritação, nervosismo, e preocupação. Contudo, considerando a amostra formada em sua maioria por pacientes idosos, esse resultado difere da literatura. Sweeney et al. (2008) ressaltam que, os pacientes mais jovens tendem a demonstrar maiores alterações emocionais.

Na escala de sintomas o domínio que apresentou maior média no escore foi a insônia, ($33,07 \pm 41,30$) o que sinaliza alteração do sono. A insônia em pacientes oncológicos é um sintoma frequentemente observado. Sua ocorrência pode impactar em vários aspectos da QVRS (MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017; NOCK *et al.*, 2020). Um estudo verificou que a qualidade de sono em mulheres com câncer de mama pode prejudicar a qualidade de vida relacionada à saúde e o bem estar psicológico (RAFIHI-FERREIRA; PIRES; SOARES, 2012).

O sono é vital para todo o funcionamento psicológico (BOLLMANN; FÁBIÁN; MOLNÁR, 2018.) Desta forma, a sua falta também pode justificar o menor escore no domínio emocional. O referencial teórico adotado nessa pesquisa também justifica esta relação onde a presença de sintomas afeta a QVRS como um todo.

O resultado relativo à Escala de Dificuldade Financeira revelou escore baixo, com média de $23,9 \pm 34,7$, esse dado corresponde com o perfil de condição socioeconômica da maioria dos participantes da amostra que avalia sua situação financeira como boa a regular, indicando que a doença e o tratamento pouco afetaram a questão financeira dos pacientes. Ademais, esse fato pode se relacionar com o atendimento integralmente realizado no Sistema Único de Saúde reduzindo o custo individual de cada paciente.

Os dados encontrados corroboram com resultados de vários outros estudos no contexto nacional e internacional. Em um estudo que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde de 121 mulheres com câncer de mama, obteve-se uma média do escore elevado na Escala de Saúde Global ($75,2 \pm 22,1$), no entanto a Escala Funcional do EORTC 30 foi a mais comprometida com escore médio inferior a ($28,2 \pm 21,02$) (BARBOSA *et al.*, 2017). No trabalho de Costa *et al.* (2017), também com pacientes com câncer de mama, a EGS/QVRS ficou com um escore um pouco menor (62 ± 24).

Uma revisão sistemática que avaliou estudos de paciente com câncer de ovário constatou que a maioria estava satisfeita com seu Estado de Saúde Global e Geral e QVRS (AHMED-LECHEHE; JOLY, 2016). Uma outra pesquisa investigou preditores de qualidade de vida relacionado à saúde em 438 pacientes com câncer na Arábia Saudita, encontrou uma média na escala emocional de ($62,8 \pm 20,2$) e a função social foi de ($57,0 \pm 27,4$) para os pacientes (AHMED *et al.*, 2018). No presente estudo a função social apresentou a média de escore mais alta na escala funcional ($86,3 \pm 23$).

Estudo desenvolvido com 107 pacientes que analisa a prevalência de sintomas e sua relação com a QVRS de pacientes com câncer em tratamento quimio e radioterápico demonstrou um Estado Geral de Saúde/QVRS com uma média de $71,0 \pm 23,7$ a Função Emocional também com a média mais baixa ($68,1 \pm 26,0$) da Escala Funcional. A insônia apresentou média mais alta na escala de sintomas ($30,5 \pm 37,2$). No que se refere à Escala de dificuldade financeira, os resultados mostraram uma média um pouco maior do que nossos resultados, sendo essa $35,5 \pm 41,8$ (SALVETTI *et al.*, 2020).

Outro estudo desenvolvido com 30 pacientes com câncer submetido à quimioterapia antineoplásica apontou que, a EGS/QVRS atingiu uma média de $69,7 \pm 3,8$ e semelhante aos nossos resultados, na Função Emocional a média encontrada foi a mais baixa da Escala Funcional, sendo ($55,4 \pm 5,9$), e na escala de sintomas houve também predominância da insônia ($34,4 \pm 7,23$) enquanto na escala de Dificuldade Financeira, a média ficou em $35,5 \pm 7,48$ (SAWADA *et al.*, 2009).

Sobre a prevalência da alteração emocional encontrada no estudo, um trabalho desenvolvido com 1615 pacientes com câncer de esôfago que realizaram cirurgia como tratamento mostrou que, os pacientes muitas vezes experimentam importantes mudanças emocionais e pode ter um risco aumentado de desenvolver transtornos psiquiátricos, que posteriormente diminui a sobrevivência (WIKMAN *et al.*, 2015).

Uma outra investigação desenvolvida com 30 pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço revelou que, a Função Cognitiva, física e emocional foram as mais afetadas nos

pacientes. E na escala de sintomas a dor, fadiga e insônia foram os sintomas mais prevalentes. Além do mais, a maioria dos pacientes relatou dificuldades financeiras no período do tratamento da doença (RIGONI *et al.*, 2016).

Contraditoriamente aos achados encontrados no nosso estudo, outra investigação realizada com 140 mulheres com câncer ginecológico na Etiópia constatou valores de QVRS global e geral menores aos apresentados na presente pesquisa, sendo $(40,9 \pm 24,3)$. Ademais, a Função Social foi a mais afetada da escala funcional, evidenciando uma média de $42,2 \pm 32$. A pontuação mais alta na Escala de Sintomas foi a Dor $(55,1 \pm 29,6)$ seguido da Fadiga $(53,9 \pm 28,5)$. A Dificuldade Financeira ficou com escore alto $(64,7 \pm 32,4)$ (AYANA *et al.*, 2018).

Já em outra pesquisa que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde de 41 pessoas com câncer em tratamento de radioterapia usando um outro instrumento, indica que, o menor escore foi visto no bem-estar funcional, concluindo baixo impacto da doença e do tratamento nestes domínios (PAULA; SAWADA, 2015).

A pesquisa de Nicolussi *et al.* (2014) que avaliou a QVRS de 152 pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, corroborou nossos resultados apenas no escore da EGS/QVRS, apresentando uma média de $74,9 \pm 23,3$, enquanto o menor escore da escala funcional foi visto no Desempenho de Papel $(57,7 \pm 39)$ e a Dor aparece como a pontuação maior na escala de sintomas $(38,2 \pm 36,6)$.

Uma meta-análise realizada por Jacobs *et al.* (2014) apontou deterioração de duração longa em vários aspectos de QVRS, incluindo Função Social, desempenho de papel e aumento de sintomas de fadiga e dor. Mansano-Schlosser e Ceolim (2012), conduziram um estudo para a avaliação da qualidade de vida de 80 pacientes em quimioterapia ambulatorial, verificou-se que as funções mais comprometidas foram as Funções Social e Física.

Estudo desenvolvido em Portugal por Teixeira *et al.* (2020) com 60 pacientes com câncer de próstata em tratamento ambulatorial, avaliou a QVRS em diferentes momentos do tratamento. Os resultados sinalizaram para baixo as médias de escores na escala de saúde global e QVRS. Apenas a média da Função Emocional vai ao encontro dos resultados do presente trabalho, sendo essa também a mais declinada em três dos quatro momentos avaliados, apresentando melhora no escore somente no último momento. Na Escala de Sintomas, os resultados também deram escores elevados, principalmente a dor, sendo esta com média alta em todos os quatro momentos da avaliação. Com relação à escala de dificuldade financeira, os pacientes mantinham escores muito menores comparando com os do nosso estudo.

Cabe mencionar que a QVRS geralmente é um aspecto avaliado para pacientes com doenças crônicas, considerando que, estes serão submetidos a diversos procedimentos terapêuticos para o tratamento da patologia que são suscetíveis a implicações negativas em suas vidas. Além do mais, atualmente, para as neoplasias, a propedêutica não visa apenas prolongar a vida dos pacientes sem proporcionar uma qualidade de vida favorável (SAWADA *et al.*, 2013).

É importante pontuar que o adoecimento por câncer faz emergir algumas reações psicológicas como medo, depressão e ansiedade, esse abalo emocional, pode interferir no enfrentamento do paciente à situação de adoecimento e, conseqüentemente, contribuir para um agravamento do quadro ou permanência da doença (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

De acordo com Savard e Morin (2001), a prevalência da insônia varia de 30% a 50% na população oncológica. A insônia configura-se como problemas na qualidade e/ou quantidade do sono, é caracterizada pela dificuldade em iniciar ou manter o sono, como também no despertar matinal (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Nos pacientes com câncer a má qualidade do sono pode estar relacionado com os diferentes sintomas, situação de estresse, dor, fadiga e depressão (RAFIHI-FERREIRA; PIRES; SOARES, 2012), mas também alterações bioquímicas aos tratamentos antineoplásicos (ROSCOE *et al.*, 2007).

Nossos resultados estão de acordo com o referencial teórico adotado que tem como pressuposto que os domínios de bem estar físico, bem estar psicológico, bem estar social, e bem estar espiritual estão inter-relacionados e qualquer alteração em uma dessas dimensões conseqüentemente irá impactar a QVRS.

Destarte, a avaliação precoce da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes oncológicos é de fundamental importância para melhor identificação e controle dos domínios afetados, possibilitando um planejamento centrado no indivíduo enfermo. Tais ações devem ser realizadas pela equipe multiprofissional, mas principalmente pelos enfermeiros que são os principais agentes à frente do cuidado (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Essa conduta pode auxiliar no controle de morbimortalidades (VIEIRA; FORTES, 2015).

5.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Neste estudo, o sexo teve associação com o ESG/QV e todos os domínios da Escala Funcional. O sexo masculino apresentou melhores médias do ESG/QV e nos domínios da Escala Funcional comparado ao sexo feminino. Esse resultado indica menos alterações na QVRS, Função Física, Desempenho de Papel, Função Cognitiva, Função Social e Função Emocional. Resultados semelhantes foram encontrados em um trabalho desenvolvido com 144 pacientes com câncer colorretais, foi demonstrado que a qualidade de vida difere entre homens e mulheres, e o estudo apontou a Função Emocional e Função Cognitiva entre os domínios da Escala Funcional com diferenças estatísticas sendo que, maior pontuação consequentemente melhores avaliações para os homens (TRINQUINATO *et al.*, 2017). Ao contrário desse resultado, o estudo de Freire et al. (2018), com pacientes em cuidados paliativos não encontrou diferenças estatisticamente significativas, entre os sexos para o ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30.

Tem se observado diferenças nas manifestações comportamentais entre homens e mulheres em relação ao adoecimento pelo câncer. No contexto brasileiro, culturalmente o sexo masculino é induzido a ser invulnerável, expressar menos suas emoções, sentimentos e fraquezas, essas atitudes na sua dimensão imaginária podem ser interpretadas como algo que diminui sua masculinidade ou virilidade (BRAZ, 2005). Esta diferença foi também evidenciada no estudo de Xavier (2010), desenvolvido com pacientes em tratamento quimioterápico, o estudo mostra que, as mulheres demonstram mais fragilidade, apresentavam mais queixas referente aos efeitos colaterais causados pelo tratamento, e se sentiam manipuladas pela quimioterapia, enquanto os homens não externavam inquietude quanto ao tratamento.

A respeito da variável cuidador foi observado uma associação deste com a Função Física e a Função Social da Escala Funcional. As pessoas que não possuem cuidador apresentam Função Física e Função Social melhores do que as que possuem. Isto pode ser justificado pelo fato de que o paciente que não tem cuidador demonstra uma autonomia, independência e melhores condições físicas para realização de diferentes atividades diárias, como também manter seus hábitos sociais.

É notório que o paciente que necessita de outrem no cotidiano terá mais restrições de mobilidade, debilitação e maiores demandas em relação ao cuidado. Estudo desenvolvido com idosos com câncer em tratamento quimioterápico mostrou que variáveis como número de

peças que residem com o idoso, necessidade de cuidador, nível de dependência, presença de cuidador são fatores que têm impacto na Escala Funcional da QVRS (SOUZA, 2018).

Neste trabalho, as pessoas que possuem religião apresentam Desempenho de Papel e Função Social melhor comparado às que não possuem. Estes achados corroboram a literatura no que tange às relações da religiosidade com domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Abdala (2015) mostra efeito benéfico da religiosidade sobre o componente físico para idosos do sexo feminino.

Outra investigação que verificou a associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, indica que aqueles que apresentam alta utilização do enfrentamento religioso-espiritual demonstram melhores índices nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde (GUERRERO, 2011). Outras pesquisas também mostraram conexão entre a espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e bem estar social (FREIRE, 2014b ; MENEZES *et al.*, 2018).

O envolvimento em atividades religiosas e a frequência a locais religiosos são aspectos de uma inclusão social (AZIZI *et al.*, 2017). É oportuno destacar que, a religião como um círculo social contribui para um apoio além de um caminho de esperança. De acordo com Monte (2009), os indivíduos procuram na religião a sensação de sair de si, emergindo no coletivo, por meio da aproximação com algo mais importante do que eles mesmos. Para Spadacio e Barros (2009), a prática religiosa vivenciada pelos pacientes se configura como uma estratégia que legitima e atenua a ambiguidade perante às questões de cunho moral, pessoal, social e físico relacionadas à condição oncológica crônica pela qual estão submetidos.

Sendo assim, o adoecer aqui contempla a dimensão do Bem Estar Espiritual do Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes de câncer de 1995 utilizado como referencial na pesquisa, no eixo de mudança positiva decorrido do adoecimento, considerando que, surgiu em paralelo esse sentimento de busca para algo “maior, superior” como forma de superar a doença configurando também uma esperança.

A idade apresentou-se como fator positivo para pior Função Física, enquanto possui relação inversa com a escala ESG/QV. De modo que, quanto maior a faixa etária da pessoa melhor é a sua avaliação relacionada ao ESG/QV que representa a percepção que o paciente tem sobre a própria saúde e qualidade de vida relacionada à saúde, no entanto indivíduos mais velhos da amostra demonstram pior escore na Função Física.

Os resultados desta pesquisa concordam com diversos estudos que também pontuaram a idade como um fator preditor da piora da Função Física (AHMED-LECHEHE; JOLY 2016; BUFFART *et al.*, 2017; MORENO *et al.*, 2018).

Adicionalmente, as pesquisas de Moreno et al. (2018) e Sawada (2016) mostraram também correlação positivamente da idade com a pior QVRS. É inegável considerar que o envelhecimento geralmente causa uma limitação física. De acordo com a literatura, os indivíduos mais velhos tendem a ser mais debilitados, apresentam mais sintomas físicos (SWEENEY *et al.*, 2008).

O processo patológico traz consigo diversas mudanças que transformam vários aspectos do cotidiano dos indivíduos, sobretudo para pessoas mais jovens. Pessoas na faixa etária mais nova possuem peculiaridades que são postas pela própria fase da vida em que se encontram (BARSAGLINI, 2018), estão mais ativas, com projetos em andamento, desta forma a chegada da doença interfere em aspectos imprescindíveis para manter uma boa qualidade de vida relacionada à saúde. Esse fato pode explicar o motivo pelo qual as pessoas na faixa etária entre 20 e 59 do estudo expressam prejuízo maior relacionado na avaliação da ESG/QV.

Os resultados de um estudo desenvolvido nos Estados Unidos com oito pacientes na faixa etária 23–39 anos avaliou o impacto do adoecimento pelo câncer nas perspectivas de jovens adultos e seus cuidadores. Os participantes relataram uma perda de autonomia, medo, solidão, perda de tempo, sentimentos de inferioridade e de atraso em relação às pessoas saudáveis (MISHRA *et al.*, 2017).

No tocante à variável escolaridade, notou-se significância estatística com a ESG/QV. Os pacientes que possuem somente o ensino fundamental demonstraram melhor avaliação da ESG/QV. Esses apontamentos são discordantes com o estudo de Ayana et al. (2018), neste, o status educacional também mostrou uma correlação significativa com componentes de qualidade de vida relacionados à saúde. Entretanto, essa relação se deu de forma diferente, onde os pacientes que nunca tinham ido à escola pontuaram mais baixo na ESG/QV como também em outros domínios da escala de QVRS como, a Escala Funcional a Função Física e Função Social mais alteradas e apresentam também sintomas como fadiga, dor, dispneia, dificuldades financeiras e constipações.

Em contrapartida, outro estudo desenvolvido ressalta que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade com as escalas e domínios da QVRS (SOUSA, 2018). Os achados do presente trabalho sobre a escolaridade não é um perfil comum entre os pacientes com câncer. A literatura destaca que o nível educacional impacta na

QVRS (ASHING-GIWA; LIM, 2009; CHANG *et al.*, 2014). Além do mais, o nível de escolaridade interfere na possibilidade de ter um emprego adequado, maior renda, obtenção de melhor posição econômica e social (AZIZI *et al.*, 2017).

A ocorrência dessa correlação pode apontar para um comportamento de resiliência presente nesta população. Durante a coleta dos dados percebeu-se a manifestação de uma resiliência forte entre os participantes com pouca escolaridade, estes tendem a ter satisfação com o pouco que tem, pois não pensam que merecem “muito mais” ou poderiam ter “mais”. Esse comportamento foi expressado muito na avaliação da QVRS. Esse resultado é um indicativo para reforçar a necessidade de educação em saúde para essa população para que esses possam compreender seus direitos. Esta associação também contempla o eixo da subjetividade na avaliação da QVRS.

Acerca da variável filhos, o maior número de filhos apresenta correlação com a melhor ESG/QV como também ter uma ótima relação com a família influencia numa melhor pontuação do ESG/QV. A família é considerada um pilar fundamental nos diversos momentos da doença. Em virtude do adoecimento, as famílias costumam fornecer apoio ao ente querido.

No estudo de Melo *et al.* (2012) foi encontrado que diante do diagnóstico de câncer, as famílias fizeram uma reorganização, criando novas regras em torno dos subsistemas e modificaram os papéis usuais e os hábitos para adaptarem-se à nova realidade e garantirem a continuidade de seu equilíbrio. Tal atitude pode contribuir positivamente para o sentimento de pertencimento do paciente aos componentes do grupo, consequentemente melhor qualidade de vida relacionada à saúde (MELO *et al.*, 2012).

Vale mencionar que, esta adaptação da família para inclusão do enfermo no núcleo da família é descrita no referencial teórico utilizado no eixo do bem estar social que é caracterizado pelas alterações e perdas ocasionadas pela doença na estrutura familiar, no desempenho de papéis e relacionamentos.

Uma pesquisa desenvolvida com pacientes entre 25 e 83 anos investigou o efeito moderador do suporte social nos sintomas depressivos e na qualidade de vida dos pacientes oncológicos evidenciou que, o suporte social demonstrou efeito moderador dos sintomas depressivos nos domínios Dor e Funções Sociais para a amostra total (SETTE; CAPITÃO, 2018). Enquanto outro estudo mostrou que o apoio familiar foi positivamente correlacionado com aumento na pontuação de bem-estar emocional (AHMED *et al.*, 2018).

Não foram encontrados estudos que investigaram o papel do número de filhos para a melhora da qualidade de vida, no entanto, pode-se inferir que o fato de ter mais filho pode

contribuir para um rede de apoio maior, uma vez que possa existir compartilhamento do cuidado entre os diferentes filhos da pessoa enferma.

No que concerne à situação financeira, obteve-se correlação entre situação financeira muito boa com a Função Física, Função Emocional e o Desempenho de Papel. Outros estudos mostram a situação financeira impactando nos domínios descritos como em outros da QVRS. Artifon; Priva (2014) relatam que dificuldades econômicas potencializam problemas do cunho emocional com interferência significativa em diversos aspectos da vida dos indivíduos. Uma pesquisa desenvolvida em Taiwan que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde e utilidade em 127 pacientes com câncer de cabeça e pescoço mostrou que alto nível socioeconômico tem uma relação positiva com a QV Global (LIAO *et al.*, 2019).

A pesquisa do XL (2011), também pontuou que o alto nível socioeconômico foi associado a um significativo aumento do tempo de sobrevivência. Um outro estudo mostrou que a situação financeira pode comprometer outros domínios da qualidade de vida. Os pacientes com condição financeira menor apresentavam sintomas como a constipação e perda de apetite, além de pontuação alta na escala de Dificuldade Financeira (AYANA, 2018).

Ferrel Dow e Grant (1995), no modelo de QV utilizado na pesquisa fazem referência à condição financeira e desempenho de papel entre os elementos constituintes do Bem Estar Social. Todavia, é relevante ressaltar a inter-ligação entre os domínios com impacto na QVRS como um todo.

Nesta amostra também foram verificados correlação das variáveis renda e ocupação com a escala de Dificuldade Financeira da EORTC QLQ-C30. Notou-se que as variáveis desempregada e ter menos de um salário mínimo mensal contribuíram para a maior Dificuldade Financeira. Diferentemente desses resultados, outros trabalhos mostraram a renda e a ocupação afetando outros domínios da escala de QVRS.

Estudo desenvolvido com 1156 mulheres com câncer de mama, mostrou que a renda familiar, e a situação ocupacional figuraram entre os fatores sociodemográficos que afetam vários domínios da QVRS. A renda familiar era um forte fator para a dor, desconforto e mobilidade (RIM *et al.*, 2017). Outros estudos apontaram para correlação entre ter um emprego e melhor Função Física (HEITS *et al.*, 2015; AHMED *et al.*, 2018; LI *et al.*, 2019).

A pesquisa de Freire (2014a), destaca que houve menor dificuldade financeira para aqueles com renda mensal de quatro a cinco salários mínimos, e aqueles que classificaram a situação financeira como Muito boa/Boa. Souza (2018) evidencia que a Escala Funcional é afetada também pela renda familiar e a ocupação do paciente. Outros pesquisadores também mencionaram que renda familiar e ocupação são alguns dos fatores socioeconômicos que são

importantes determinantes da qualidade de vida (ASHING-GIWA; LIM, 2009; CHANG *et al.*, 2014; MORENO *et al.*, 2018). Ademais, AZIZI *et al.* (2017) ressalta que, os indivíduos de baixa renda tendem a ter mais problemas físicos, mentais e emocionais.

5.4 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS COM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Na análise de associação das variáveis clínicas e terapêuticas com a qualidade de vida relacionada à saúde, apenas no domínio Função Emocional e escala de ESG/QV foi observado diferenças entre os grupos para os escores obtidos na variável diagnóstico. Os participantes com câncer ginecológico e de mama apresentaram médias menores na função emocional e o câncer do trato gastrointestinal e ginecológico mostraram escores menores no ESG/QV comparando com os outros diagnósticos. Outras pesquisas também mostraram maior alteração da Função Emocional em mulheres com câncer ginecológico em comparação com outros domínios da escala de qualidade de vida (EBERHARDT, 2015; AYANA, 2018). Estudo de revisão também confirmou problemas emocionais nos pacientes com câncer gastrointestinal (VIEIRA; FORTES, 2015). Lopes (2016) afirma que o tipo de diagnóstico tem influência na saúde geral na intensidade dos sintomas e na saúde funcional dos pacientes ao longo do tratamento quimioterápico.

O câncer é uma doença carregada de estigma, compreendido geralmente como a patologia ligada à morte, desta forma afeta quase sempre o aspecto psicológico e QVRS do indivíduo adoecido. Conforme abordado no referencial teórico de Ferrel; Dow e Grant (1995), a completude da Bem Estar psicológico inclui também a percepção da QVRS geral que o paciente consegue fazer sobre ele própria como também controle de sentimentos emocionais.

Associando o estadiamento com a Função Social, nota-se que o estágio IV foi um preditor significativo para a pior Função Social. Ao contrário destes resultados, somente um estudo constou correlação do estadiamento avançado na piora da Função Social (AHMED *et al.*, 2018). Entretanto, pode-se inferir que, o estágio avançado acarreta em maiores probabilidades de apresentar sintomas e condição física prejudicada, o que pode resultar em restrição para manter atividades sociais.

Diferentemente destes resultados, várias investigações apontam para correlação do estadiamento com outros domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Em estudo com pacientes com câncer de fígado, mostraram que os pacientes em estágio avançado tiveram uma diminuição maior na Função Física do que aqueles em estágio inicial (LI *et al.*, 2019). O avanço no estágio da doença também afetou significativamente os domínios da escala de sintomas como fadiga, dor, insônia, constipação e perda de apetite na pesquisa de Ayana (2018).

O estágio do tumor influenciou a saúde funcional dos pacientes (LOPES, 2016). Já no estudo de Sawada (2016), o estágio da doença contribuiu para pior QVRS do paciente em quimioterapia. Em contradição com estes apontamentos, Barbosa et al. (2017); Rim et al. (2017) reforçam não encontrar associações significativas entre o estadiamento e a QVRS.

A despeito da variável metástase com a Escala de Sintoma, encontrou-se neste estudo que, pacientes que tinham metástase demonstraram mais diarreia. Contraditório a estes achados, a literatura mostra o impacto da metástase em diferentes domínios aos encontrados. Uma investigação realizada no Estado de Maranhão que avaliou qualidade de vida de 21 pacientes em cuidados paliativos ressalta correlação significativa da metástase somente com o surgimento de dispnéia (SILVA *et al.*, 2020).

A pesquisa de Nicolussi et al. (2014) aponta que os pacientes metastáticos apresentaram menor Função Física do que os não metastáticos. Kameo; Sawada (2014), na pesquisa desenvolvida com pacientes com câncer colorretal demonstram que, a presença de metástase foi um dos determinantes para o Estado Geral de Saúde ruim. A metástase em pacientes com câncer de mama foi associada com a diminuição da capacidade funcional, aumento da dor e da fadiga, comprometendo a qualidade de vida das mulheres sobreviventes de câncer (COSTA *et al.*, 2017).

Em relação ao tratamento realizado, o Tratamento adjuvante (mais de uma modalidade) e a radioterapia tiveram resultados significativos sobre a presença de fadiga e a dor. As pessoas que não haviam realizado nenhum tratamento apresentaram maior alteração da função emocional. A fadiga se configura como um sintoma com impacto na qualidade de vida e sobrevida do paciente com câncer. Geralmente, cerca de 80% a 90% de pacientes oncológicos que realizaram tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia apresentam a fadiga (BORGES, 2018). Mas a sua etiologia não é bem descrita na literatura.

Borges (2018) afirma ainda que o sintoma fadiga está diretamente ligado ao próprio câncer e aos efeitos colaterais do seu tratamento. Estudos apontam que a a terapia de radiação acarreta em um hipermetabolismo do tumor e os produtos resultantes deste metabolismo em conjunto com o alto gasto energético levam à fadiga (MADDEN; NEWTON, 2006; ROCHA *et al.*, 2018). A toxicidade à quimioterapia também leva ao aparecimento deste sintoma (CAMPOS, 2011).

Estudo transversal que avaliou fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento clínico demonstrou que mais da metade dos pacientes relataram algum grau de fadiga, sendo essa condição a de pontuação mais elevada, seguida por insônia e falta de apetite. Embora a saúde geral e a QVRS dos pacientes estejam

relativamente preservadas, a Função Emocional dos pacientes foi a mais acometida (JESUS *et al.*, 2019).

A dor relacionado ao próprio tratamento no paciente oncológico é comumente relatado. Um estudo que avaliou a relação entre a dor pós-radioterapia persistente e recorrência loco-regional em pacientes com câncer de cabeça e pescoço também encontrou associação da dor com a realização do tratamento radioterápico (SRIVASTAVA, 2015).

Os nossos resultados de associação da variável uso de álcool com a escala de sintoma apontam para significância estatística com a Dor, além da Função Social da Escala Funcional. Participantes que já foram estilista apresentavam Função Social melhor, aquelas que não faziam uso de álcool demonstraram mais Dor. Ao contrário desses resultado, um estudo que também avaliou a associação do sinergismo do uso de álcool e os domínios da QVRS indica que os pacientes com hábito de ingestão de álcool tiveram uma deterioração de sua Função Cognitiva, no entanto não tiveram efeito nos domínios da Escala de Sintomas (LI *et al.*, 2019).

No que diz respeito a variável uso de medicamentos foi observado resultado significativo com a Função Física, o Desempenho de Papel e a Perda de Apetite. Os participantes que não faziam uso de medicamentos apresentaram melhores escores nas Função Física e Desempenho de Papel e menos Perda de Apetite. O uso de medicamento pode estar denotando apresentações de efeitos colaterais da doença, ou presenças de comorbidades, aspectos estes que podem consequentemente interferir nos domínios mencionados.

A pesquisa de Babcock; Kogut; Vyas (2020) concluiu que os pacientes que faziam uso de polifarmácia foi prevalente em 44,4% dos sobreviventes do câncer e foi associado a uma QVRS física significativamente pior do que os que não faziam uso de polifarmácia.

Sobre a variável comorbidades com a escala Funcional, o estudo demonstrou correlação positiva com o Desempenho de Papel. Os pacientes que tinham cardiopatia como comorbidades apresentavam uma pior avaliação do Desempenho de Papel. Dados da literatura já sugerem que pessoas com cardiopatia apresentam pior qualidade de vida.

O estudo de Aguiar *et al.* (2019) que avaliou a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e risco de comorbidade cardiovascular ao diagnóstico de câncer de mama notou-se que, as mulheres com piores escores de QVRS apresentaram maior risco de doenças do sistema cardíaco e vascular. De acordo com Teixeira; Masuchi; Correia (2017), a cardiopatia é uma doença considerada limitante para o desempenho das atividades de vida diária, assim como afetar as percepções e empenho em papéis ocupacionais.

Para além dos fatores clínicos, existem outros aspectos que influenciam de forma determinante a QVRS dos indivíduos. É oportuno destacar que os resultados obtidos na associação das características sociodemográficas, clínicas e terapêutica com a QVRS dependem de fatores determinantes no momento da investigação, como o estágio do câncer, idade, escolaridade, ocupação, situação financeira, apoio familiar, religião, sexo, a presença ou não de metástase e tipo de diagnóstico. Embora existam também estudos com resultados conflitantes como o de Jesus et al. (2019) que encontrou que as características sociodemográficas e clínicas não apresentaram relação com QVRS dos pacientes que compuseram o seu estudo e/ou não se mostraram relevantes.

As variações encontradas na presente pesquisa sugerem a importância de implementar a avaliação da QVRS tão logo o paciente se insere no sistema para realizar o tratamento, como também reforça ainda a necessidade de uma investigação holística para uma terapêutica baseada nas peculiaridades de cada indivíduo, proporcionando uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde para os pacientes com câncer.

Os resultados do estudo confirmam os pressupostos do referencial teórico para qualidade de vida relacionada à saúde que norteia a elaboração do presente trabalho. O adoecimento pelo câncer mostrou impactar o cotidiano dos participantes quanto a tríade mente, corpo e espírito, mas também influenciou o aspecto social. Além do mais, é notório a interligação entre as diferentes dimensões de natureza física, psicológica, social e espiritual com repercussões relevantes para usufruir plenamente de uma boa qualidade de vida relacionada à saúde.

6 CONCLUSÃO

O estudo cumpriu seu objetivo e proporciona informações sobre o perfil sociodemográfico e clínico-terapêutico, a qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores sociodemográfico e clínico-terapêutico que interferem na qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com câncer da região de Alfenas Minas Gerais.

Conforme o primeiro objetivo específico, notou-se que prevaleceu indivíduos do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 78 anos, cor branca, com companheiros(as), religiosos(as), aposentados(as), com 1 a 3 filhos e com baixa escolaridade. A maioria era procedente de diferentes municípios do Sul de Minas Gerais, moradores de casa própria com cônjuge e os filhos, sem cuidador, mantendo uma ótima relação com a família. Predominou como ocupação atual, indivíduos aposentados ou de licença de saúde, tendo a aposentadoria como fonte de renda, possuem entre 01 a 03 salários mínimos com 02 a 04 pessoas dependentes da renda, e uma situação financeira avaliada como regular.

Os dados tornaram possível também responder o segundo objetivo específico. Identificou-se que a maioria dos pacientes veio por encaminhamento do SUS, o câncer de mama foi o diagnóstico mais frequente. A maioria dos pacientes teve diagnóstico de câncer há mais de 12 meses, estava com tumor local, sem metástase, não possuía nenhuma comorbidades. Prevaleceu pacientes que faziam uso de medicamentos, sem uso de álcool e não fumavam. E para a maioria não tinha informação sobre histórico familiar de câncer, estadiamento e o tratamento realizado.

Condizente ao terceiro objetivo específico, os pacientes apresentaram bom escore no Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida, denotando condição física e QVRS boas. A maior alteração foi encontrada na Função Emocional, demonstrando certo grau de irritabilidade, tensão, depressão e preocupação. Prevaleceu a insônia entre os sintomas experimentados e a escala de Dificuldade Financeira apresentou médias baixas.

Com relação ao quarto objetivo específico, a associação dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer, mostrou que houve associação significativa do sexo com todos os domínios da Escala Funcional e a escala que avalia o Estado de Saúde Global e qualidade de vida. Os domínios Desempenho de Papel e Função Social se associaram com a religião. A Função Física apresentou associação estatística com a idade, escolaridade, situação financeira e ter cuidador. Por fim, das características sociodemográficas houve correlação da escala de Estado de Saúde Global e qualidade de vida com número de filhos, escolaridade e relação com os familiares.

De acordo com o quinto objetivo específico houve correlação entre o diagnóstico e a Escala de Saúde Global e qualidade de vida e a Função Emocional. Houve associação significativa entre a comorbidade com o Desempenho de Papel, a variável uso de medicamento se associou com a Função Física, Desempenho de Papel e o Sintoma de Perda de Apetite. O estadiamento também se correlacionou com a Função Social. O uso de álcool se relacionou com o sintoma de Dor e a Função Social da Escala Funcional. O tipo de tratamento realizado se associou com dor e fadiga. Por fim, a metástase apresentou resultados significativos com diarreia, e a ocupação se relacionou com a Escala de Dificuldade Financeira.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de proporcionar um cuidado holístico, a qualidade de vida é um aspecto que vem sendo investigado para pacientes com câncer. Neste estudo, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com diversos diagnósticos de câncer e em diferentes tratamentos se configurou em um desafio, uma vez que, cada indivíduo pode apresentar características peculiares e manifestações de forma variadas de enfrentamento da doença, podendo estas repercutir na avaliação subjetiva da qualidade de vida relacionada à saúde. Esta pesquisa proporcionou importantes informações para uma melhor abordagem dos profissionais de saúde e traz contribuição para o avanço do conhecimento na área de enfermagem e da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com câncer.

Cabe destacar algumas limitações para a realização deste estudo, como o desenho transversal da pesquisa, que não possibilita um adequado estabelecimento da relação causa/efeito dos resultados. Todavia, consegue descrever as características da população e as possíveis correlações das variáveis dependentes e independentes. Por fim, a falta de informações completas nos prontuários para algumas variáveis, como o tratamento realizado, ter ou não ter a metástase, estadiamento e extensão do tumor, uso de medicamento e histórico familiar de câncer, pode interferir também na representação destas. Os resultados obtidos no presente estudo indicam a necessidade de se investigar melhor a associação da QVRS com características sociodemográficas clínico-terapêuticas de pacientes em tratamentos oncológicos.

Sugere-se a realização de estudos com delineamento mais robustos que possam preencher as lacunas expostas. Além disso, nota-se a necessidade de estratégias educacionais com a equipe da instituição da pesquisa para melhorar a descrição das informações relacionadas aos prontuários dos pacientes, uma vez que o mesmo se constitui em importante documento legal que retrata as condições do paciente e todo o tratamento recebido durante os atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

REFERÊNCIAS

- AARTS, M.J. *et al.* Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast câncer in the south of the Netherlands-associations with stage at diagnosis and survival. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 128, n. 2, p. 517-525, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21290176/>. Acesso em: 16 jan. 2021.
- ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 55, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.
- AGUIAR, S.S. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Risco de Comorbidade Cardiovascular ao Diagnóstico de Câncer de Mama. **Rev. Bra. Cancerol**, v. 65, n. 3, e-12713, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/713>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- AHMED, A.E. *et al.* Health-Related Predictors of Quality of Life in Câncer Patients in Saudi Arabia. **J Canc Educ**. v. 33, p. 1011–1019, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271388/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- AHMED-LECHEHE, B.D; JOLY, F.J. Ovarian câncer survivors' quality of life: a systematic review. **Cancer Surviv**, v. 10, n. 5, p.789–801, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884372/>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. 22. ed. São Paulo: Ciências e Humanidade, 2012.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society, 2017. Disponível em: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.
- _____. **Cancer facts & figures 2015**. Atlanta, 2015. Disponível em: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts-and-figures_2015.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre, RS, Artmed. (M. I. C. Nascimento, Trad.) (2014). Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.
- ARTIFON S; PRIVA M. Endividamento nos dias atuais fatores psicológicos implicados neste processo. **psicologia** 2014. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0771.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.
- ASHING-GIWA, K.T, LIM, J.W. Examining the impact of socioeconomic status and socioecologic stress on physical and mental health quality of life among breast câncer survivors. **Oncol. Nurs Fórum**, v. 36, n. 1, p.79 - 88, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19136341/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

AYANA, B.A. *et al.* Health related quality of life of gynaecologic câncer patients attending at Tikur Anbesa Specialized Hospital (TASH), Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Women's Health**, v.18, n.7, p. 1-9, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5755021/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

AZIZI, M. *et al.* The Effect of individual factors, socioeconomic and social. Participation on individual happiness: A Cross-Sectional Study. **J Clin Diagn Res**, v. 11, n. 6, p. VC01–VC04, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535462/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BABCOCK, Z.R., KOGUT, S.J. VYAS, A. Association between polypharmacy and health-related quality of life among cancer survivors in the United States. **J Cancer Surviv** v. n. 14, p. 89–99, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31792811/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BAKITAS, M. *et al.* Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced câncer. The Project ENABLE II Randomized. **Controlled Trial. Jama**, v. 302, n. 7, p. 741-9, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19690306/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BARBOSA, P.A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 17, n. 2, p. 401-416, abr./jun. 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000200385&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 dez. 2020.

BARSAGLINI, R.A; SOARES B.B.N.S. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-408, fev. 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200399. Acesso em: 14 dez. 2020.

BATISTA, D.R.R.; MATTOS, M.; SILVA, S.F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BEZERRA D.A. *et al.* **Onconlogia: A atualização para graduação**. Ceará: Booknando Livros, 2019.

BOLLMANN, A.K, FÁBIÁN, B, MOLNÁR, J. Investigation of sleep and fatigue in patients with câncer. **Orv Hetil.**, v.159, n. 42, p. 1720-1726, out. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30334487/>. Acesso em: 13 set. 2020.

BORGES, J.A. *et al.* Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no câncer e na Insuficiência Cardíaca. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v. 31, n.4, p.433-442. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56472018000400433&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2020.

BOWLLING, A. **Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. 2. ed. Philadelphia: Open University Press, 2001.

BOYLE, P.; LEON. M.E. Epidemiology of colorectal câncer. **Med Bull**, v. 64, n. 1, p.-25. 2002. Disponível em: <https://academic.oup.com/bmb/article/64/1/1/293587>. Acesso em: 14 dez. 2020.

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

BRASIL Ministério da Saúde. **Abordagem Básica para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874/2013, de 16 de maio 2013**. Institua Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 13 set. 2020.

BRAZ, M. A. construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97-140, jan/mar. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100016. Acesso em: 13 set. 2020.

BROWN. R.I. **Quality of Life for People with Disabilities: Models, Research and Practice**. 2. ed. Wellington street: Nelson Thornes, 1997.

BUFFART, L.M. *et al.* Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. **Cancer Treat Rev**, n.52, p. 91-104, jan, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28006694/>. Acesso em: 19 set. 2020.

CAMBRICOLI, F. **Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%**. Estado de S. Paulo. São Paulo. 15 ago. 2016. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,cancer-o-desafio-do-sus-no-seculo-21,10000069557>. Acesso em: 01 set 2020.

CAMPOS, M.P.O. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo**, v. 57, n. 2, p. 211-219, mar./abr. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-42302011000200021&lng=pt&nrm=iso#:~:text=A%20fadiga%20relacionada%20ao%20c%20c%3A2ncer,capacidade%20funcional%20di%20C%20A1ria%20dos%20pacientes. Acesso em: 13 set. 2020.

CANADIAN CANCER SOCIETY. **Canadian cancer statistics 2015**. Toronto, 2015. Disponível em: <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Cana>

dian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2015-EN.pdf?la=en. Acesso em: 01 mai. 2020.

CANADIAN CANCER SOCIETY. **Prognosis and survival. Ontario, 2017.** Disponível em: <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-101/what-is-cancer/prognosis-and-survival/?region=on>. Acesso em : 01 nov. 2020.

CARDOZO, A.S. *et al.* Radiodermatite severa e fatores de risco associados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Texto & contexto enferm**, v. 29: e20180343, jan./dec. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0343>. Acesso em : 01 nov. 2020.

CARVALHO, C.S.U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Rev. Bra. Cancerol.** v. 54, n.1, p.87-96, 2008. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

CHANG, O. *et al.*, Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 15, n. 20, p. 8607 – 12, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25374176/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CHOPARA, I; KAMAL, K.M. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. **Health Qual of Life Outcomes.** v.10, n.3, 14, jan. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289425/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. **Quality of life in behavioral medicine research.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 191-204. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NRbhAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA191&dq=Health-related+quality+of+life+in+HIV+infected+persons:+a+conceptual+model&ots=uZAW-wuIeQ&sig=6kricvzG5f4wIh1N7YvhrTTAWDM#v=onepage&q=Health-related%20quality%20of%20life%20in%20HIV%20infected%20persons%3A%20a%20conceptual%20model&f=false>. Acesso em: 11 nov. 2020.

COSTA, W.A, *et al.* Quality of life in breast cancer survivors. **Rev Assoc Med Bras;** v. 63, n. 7, p. 583-589, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302017000700583&script=sci_abstract. Acesso em: 11 nov. 2020.

DANHAUER, S.C. *et al.*, Review of yoga therapy during cancer treatment. **Support Care Cancer.** n. 25, p. 1357–1372, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28064385/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400017. Acesso em: 11 nov. 2020.

DESANTIS, C.E. *et al.* Câncer statistics for African Americans, 2016: Progress and opportunities in reducing racial disparities. **A Cancer J Clin.** v.66, n.4, p.290-308, jul 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26910411/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

DIETRICH, A. *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Rev Fund Care.** v.11, n.5, p.1266-1271, out./dez. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7494/pdf_1. Acesso em: 15 nov. 2020.

DOWNING, A. *et al.* Functional Outcomes and Health-Related Quality of Life After Curative Treatment for Rectal Câncer: A Population-Level Study in England. **Int J Radiation Oncol Biol Phys**, v. 103, n.5, p. 1132-1142, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30553942/>. Acesso em: 15 nov. 2020.

EBERHARDT, A. Perfil e qualidade de vida de pacientes com câncer de esôfago e de estômago. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1214-22, dez. 2015. Disponível em: . Acesso em: 15 nov. 2020.

EDWARDS, B.K. *et al.* Annual Report to the Nation on the status of câncer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. **Cancer.** v. 1, n. 120, p. 1290-1314, mai. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24343171/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ENGEL, J. *et al.* Predictors of quality of life of breast cancer patients. **Acta Oncol.** v. 42, n.7, p.710-718, 2003. Disponível em:<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02841860310017658#:~:text=Arm%20problems%2C%20communication%2C%20comorbidity%2C,category%20were%20not%20significant%20predictors>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FAYERS, P.M. *et al.* **EORTC QLQ-C30 Scoring Manual** (3rd edition). Brussels: EORTC, 2011. 78p. Disponível em: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes.** 2. ed. John Wiley & Sons, 2007.

FERLAY, J. *et al.* Câncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Câncer Base No. 11. Lyon, France: **International Agency for Research on Cancer**; 2013. Disponível em: (<http://gco.iarc.fr>). Acesso em: 01 jan.2021.

FERREL, B.F.L.; DOW, K.H.; GRANT, M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. **Quality of life research**, v.4, n.6, p. 523-31, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8556012/>. Acesso em: 01 jan.2021.

FERREIRA, L.F. *et al.* A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Bra. Cancerol.** v. 66, n.2, e-07422, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/422#:~:text=Conclus%C3%A3o>

%3A%20O%20apego%20a%20espiritualidade,positividade%20no%20decorrer%20da%20do en%20C3%A7a. Acesso em: 01 jan.2021.

FREIRE, M.E.M. *et al.* Qualidade de Vida relacionada à Saúde de paciente com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm .USP**, v. 48, n.2, p.357-67, 2014a. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000200357&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 jan.2021.

FREIRE, M.E.M. **Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura**. 2014. 166f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014b. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_dabfd8f919fc310036e43db686bb02ea. Acesso em: 04 jan.2021.

FREIRE, M.E.M *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e5420016, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200318&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jan.2021.

GARCIA, J.V.M. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes oncológicos na unidade de atendimento imediato. **Revista Eletrônica. Acervo Saúde**. n. 26, p. e790, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/790>. Acesso em: 15 jan. 2021.

GUERRERO, G.P **Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2011. 121f. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. USPRP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19012012-105722/publico/GisellePatriciaGuerrero.pdf> Acesso em: 14 nov. 2020.

GOLDHIRSCH. A. *et al.* Progress and promise: highlights of the International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. **Ann Oncol**. v. 18, n.7, p.1133-44, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17675394/>. Acesso em: 14 nov. 2020.

GOLDHIRSCH. A. *et al.* Strategies for subtypes--dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. **Ann Oncol**. v. 22, n. 8, p. 1736-47. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21709140/>. Acesso em: 14 nov. 2020.

GOMES, R. *et al.* A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.1, p.235-246, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100027. Acesso em: 14 nov. 2020.

HEITS, N. *et al.* Mode of allocation and social demographic factors correlate with impaired quality of life after liver transplantation. **Health Qual Life Outcomes**, v.13, n.162, 2015. Disponível em: <https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0360-z> . Acesso em: 14 nov. 2020.

HEYDARNEJAD, M.S.; HASSANPOUR, D.A.; SOLATI, D.K. Factors affecting quality of life in câncer patients undergoing chemotherapy. **Afr Health Sci**, v. 11, n.2, p.266-70, 2011. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/68456>. Acesso em: 14 nov. 2020.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatuto do Idoso completa 15 anos**, 2018a . Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/22690-estatuto-do-idoso-completa-15-anos> Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE notícias 2018: **Projeção da população 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 11 set. 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018**. 2018c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/liv101654_informativo.pdf. Acesso em: 02 jan.2021

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2019. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/alfenas/historico>. Acesso em: 02 jan.2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 01 mai. 2020.

_____. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

_____. **Registro Hospitalar de Câncer**, 2017. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acesso em: 13 out. 2020.

JACOBS, M. *et al.* Meta-analysis shows clinically relevant and long-lasting deterioration in health-related quality of life after esophageal cancer surgery. **Qual Life Res**. v. 23, n. 4, p. 1155–76, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24129668/>. Acesso em: 13 out. 2020.

JESUS, A.S. *et al.* Fatores Associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer em Tratamento Clínico. **Rev. Bra. Cancerol**, v. 65, n. 2, e-15395, oct.2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/395>. Acesso em: 13 out. 2020.

KAMEO, S.Y, SAWADA, N.O. Qualidade de vida relacionada à saúde do paciente com estoma intestinal secundária ao câncer cólon-retal. **Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.**, v. 4, n. 2, p. 19-26 21 abr. 2014. Disponível em:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/118/qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-do-paciente-com-estoma-intestinal-secundaria-ao-cancer-colon-retal/>. Acesso em: 13 out. 2020.

LEEUWEN, M.V. *et al.* Understanding the quality of life (QOL) issues in survivors of cancer: towards the development of an EORTC QOL cancer survivorship questionnaire. **Health Qual Life Outcomes**. v. 16, n.114, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866185/>. Acesso em: 13 out. 2020.

LEITE, M.A.C; NOGUEIRA, D.A; TERRA, F.S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.23, n.6, p.1082-9, nov.-dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

LI, I.F. *et al.* Factors related to the quality of life in liver cancer patients during treatment phase: A follow-up study. **Eur J Cancer Care**. v.28, n. 6, e13146, ago. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433531/>. Acesso em: 13 out. 2020.

LIAO L.J. *et al.* Health-related quality of life and utility in head and neck cancer survivors. **BMC Cancer**. n. 19, p. 425, 2019. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-5614-4>. Acesso em: 13 out. 2020.

LOPES, A.B. *et al.* Fatores modificadores da qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. 3, p. 41-46, 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1961>. Acesso em: 19 out. 2020.

MACHADO, S.M.; SAWADA N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto - Enferm**, v.17, n.4, p.750-7, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

MADDEN, J. Why am I so tired all the time? Understanding cancer-related fatigue. **Clin J Oncol Nurs**. v.10, n.5, p. 659-61, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6731750_Why_Am_I_So_Tired_All_the_Time_Understanding_Cancer-Related_Fatigue. Acesso em: 19 out. 2020.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C; CEOLIM, M.F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 600-607, set. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

MARLEY, A.R.; NAN, H. Review Article Epidemiology of colorectal cancer. **Int J Mol Epidemiol Gene**, v. 7, n. 3, p.105-114, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27766137/>. Acesso em: 19 out. 2020.

MCDOUGALL, JA. *et al.* Socioeconomic disparities in health-related quality of life among colorectal cancer survivors. **J Cancer Surviv**. v. 13, p. 459-467, 2019. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111302/#:~:text=Low%2Dincome%20\(%E2%89%A4%2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111302/#:~:text=Low%2Dincome%20(%E2%89%A4%2)

0%2430%2C000),depression%20score%20than%20CRC%20survivors. Acesso em: 19 out. 2020.

MEDEIROS, A.P.; MENEZES M.F.B.; NAPOLEÃO, A.A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 2, p. 385-388, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200027&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=Idade%20avan%C3%A7ada%2C%20origem%20C3%A9tnica%20e,estudada%20como%20reduzidor%20de%20risco.. Acesso em: 19 out. 2020.

MEDIC, G; WILLE, M; HEMELS, M.E.H. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. **Nat Sci Sleep.** v. 9, p. 151–161, mai. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449130/>. Acesso em: 19 out. 2020.

MELO, M.C.B. *et al.*, O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100007. Acesso em: 19 out. 2020.

MENEZES, R.R. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. **Rev. Bra. Cancerol** v. 64, n. 1, p. 9-17, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/106>. Acesso em: 19 out. 2020.

MINNA, J. **Neoplasias de pulmão**. 17. ed. In Harrison: Medicina interna. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill. 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M.A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

MISHRA, S.I. *et al.* Health related quality of life during cancer treatment: Perspectives of young adult (23–39 years) cancer survivors and primary informal caregivers, **Eur J Oncol Nurs**, v. 32, n.48, p.48–54, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353632/>. Acesso em: 19 out. 2020.

MODESTO, A.A.D. *et al.* Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005004102&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 dez. 2020.

MONTE, T.M.C.C. A Religiosidade e sua Função Social. **Revista inter- legere.** n. 5, p. 249-255, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br>. Acesso em: 01 set. 2020.

MORENO, P.I. *et al.*, Satisfaction with Cancer Care, Self-Efficacy, and Health-Related Quality of Life in Latino Cancer Survivors. **Cancer.** v.124, n.8, p.1770–1779, abr, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29390165/>. Acesso em: 19 out. 2020.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **The economics of tobacco and tobacco control**. Bethesda: U.S. Department of Health and Services, National Institutes of Health,

National Câncer Institute/Geneva:World Health Organization; 2016. (NIH Publication, 16-CA-8029A). Disponível em: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/m21_complete.pdf. Acesso em: set. 2020.

NICOLUSSI, A.C. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev Rene**. v.15, n. 1, p.132-140, jan./fev, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11658/1/2014_art_acnicolussi.pdf. Acesso em: 19 dez. 2020.

NOCK, L.N. *et al.* Sleep, quality of life, and depression in endometrial câncer survivors with obesity seeking weight loss. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 5, p. 2311-2319, mai.2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478164/>. Acesso em: 19 out. 2020.

OLIVEIRA, M.M. *et al.* Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18 n. 2, dec. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146#:~:text=Segundo%20as%20estimativas%20de%20c%C3%A2ncer,n%C3%A3o%20melanoma%20\(182%20mil%20casos](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146#:~:text=Segundo%20as%20estimativas%20de%20c%C3%A2ncer,n%C3%A3o%20melanoma%20(182%20mil%20casos). Acesso em: 19 out. 2020.

PAULA, J.M; SAWADA, N.O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev Rene**. v.16, n.1, p.106-13, jan./fev; 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2669>. Acesso em: 19 out. 2020.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PINTO, M.T; PICHON-RIVIERE, A; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601283#:~:text=O%20tabagismo%20foi%20respons%C3%A1vel%20por,R%24%2023%2037%20bilh%C3%B5es. Acesso em: 19 out. 2020.

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

PORTELLA, M.P. *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes oncológicos. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n.3, p. 1-8, set./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21195> Acesso em: 19 out. 2020.

RAFIHI-FERREIRA, R.E; PIRES, M.N.L; SOARES, M.R.Z. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 506-513, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000300010. Acesso em: 19 out. 2020.

RIGONI, L. *et al.* Quality of life impairment in patients with head and neck câncer and their caregivers: a comparative study. **Braz J Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 82, n. 6, p. 680-686, dec. 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942016000600680. Acesso em: 19 out. 2020.

RIM, C.H. *et al.* An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors: a Korean multicenter survey (KROG 14-09). **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, n. 96, mai. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424301/>. Acesso em: 19 out. 2020.

ROCHA, D.M. *et al.* Evidências científicas sobre os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com radiodermatite. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 39, p. e2017-0224, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100506&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2020.

ROSCOE, J.A. *et al.* Cancer-related fatigue and sleep disorders. **Oncologist**. v. 12, n. 1, p. 35-42. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17573454/>. Acesso em: 19 out. 2020.

SALES, C.A. *et al.* Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 2, p. 250-8. abr/jun. 2011. Disponível <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12654> em: Acesso em: 19 out. 2020.

SALVETTI, M.G. *et al.* Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. **Rev Bras Enferm.** v.73, n. 2, p. e20180287, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180287.pdf Acesso em: 19 out. 2020.

SANTOS, E.G.A. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 8, n. 2, p. 47-5, 2017. Disponível em: Acesso em: 19 out. 2020.

SARFATI, D; KOCZWARA, B; JACKSON, C. The Impact of Comorbidity on Cancer and Its Treatments. **Ca Cancer J Clin.** v. 4, n. 66, p. 337–350, jul/ago. 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000200006 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26891458/>. Acesso em: 19 out. 2020.

SAVARD, J, MORIN, C. M. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. **J Clin Oncol.**, v. 19, n. 3, p. 895-908, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11157043/>. Acesso em: 19 out. 2020.

SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a Quimioterapia. **Rev. esc. enferm.** USP. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300012. Acesso em: 19 out. 2020.

SAWADA, N.O. *et al.* Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 24, e2688, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100601. Acesso em: 19 out. 2020.

- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). Alfenas, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/209-srs-alfenas-sesmg>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SETTE, C.P; CAPITÃO, C.G. Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. **Psic. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200009. Acesso em: 13 out. 2020.
- SETTE, C.P; GRADVOHL, S.M.O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista de Psicologia da UNESP**. v.13, n. 2, p. 26-32, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SILVA, I.B.S. *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 66, n. 3, e-121122, ago. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1120497/1122-texto-do-artigo-8740-1-10-20200813.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SILVA, S.S; AQUINO, T.A.A; SANTOS, R.M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras.ter. cogn.** Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 73-89 dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006. Acesso em: 13 out. 2020.
- SILVA, V.C.S.; FELÍCIO, D.C. Fatores de risco para o câncer gástrico em grupos de classe socioeconômico baixa: revisão literária. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 6, n.1, p. 3-10, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/2483>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SILVA, L.B. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos atendidos em um hospital de referência da região centro-oeste do Brasil. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 16, n. 29, p. 2106-2019, 2019. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2019a/sau/perfil.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SILVA, M.M. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 3, p. 704-12, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18417>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SOUZA, J.C. Qualidade de vida de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica. **Rev Pan-Amaz Saude**. v. 9, n. 3, p. 47-55, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000300006. Acesso em: 13 out. 2020.
- SRIVASTAVA, P. Persistent Post-radiotherapy Pain and Locoregional Recurrence in Head and Neck Cancer-Is There a Hidden Link? **Korean J Pain**. v. 28, n. 2, p. 116–121, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC438745>. Acesso em: 13 out. 2020.

SPADACIO, C; BARROS, N.F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 45-52, set. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300005. Acesso em: 13 set. 2020.

SWEENEY, C. *et al.* Functional limitations in elderly female câncer survivors. **J Natl Cancer Inst.** v. 98, n.8, p.521–529, abr. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16622121/>. Acesso em: 13 set. 2020.

TANI, G. **Esporte, educação e qualidade de vida**. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. (Orgs.). *Esporte como fator de qualidade de vida*. Piracicaba: UNIMEP, 2002. p.103-16.

TESTON, E.F. *et al.* Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 4, p.e20180017, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400214&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2020.

TEIXEIRA, E.S; MASUCHI, M.E; CORREIA, R.L. Desempenho dos papéis ocupacionais em cardiopatas em período de hospitalização e pós-hospitalização. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, v.1, n. 3, p. 353-36, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/7920>. Acesso em: 13 set.. 2020.

TEIXEIRA, J.M. *et al.* Qualidade de vida do doente portador de patologia oncológica da próstata. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 1, e19063, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388263105006/html/index.html>. Acesso em: 13 set. 2020.

TRINQUINATO, I. *et al.* Diferenças de gênero na percepção de qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal. **Invest. educ. Enferm**, v. 35, n. 3, p. 320-329. set/dec. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-878848>. Acesso em: 13 ago. 2020.

VIEIRA, A.R; FORTES, R. Qualidade de vida de pacientes com câncer gastrointestinal, **Com. Ciências Saúde**. v. 26, n.(1/2) p. 45-56, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_qualidade_vida_pacientes.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

VIEIRA, R.A.C. *et al.* Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. **Rev Bras Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 126-132, 2016. Disponível em: https://www.mastology.org/wp-content/uploads/2016/06/MAS_v26n3_126-132.pdf . Acesso em: 13 ago. 2020.

VILLAR, R.R. *et al.* Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.25,:e2958, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2958.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World cancer report 2014**: International Agency for Research on Cancer Lyon, 2014. Disponível em: https://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/. Acesso em: 19 ago. 2020.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**, Geneva: World Health Organization; 2011. p. 176. Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. **Early Detection**. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Switzerland, 2007. Disponível em: Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

_____. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan. 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: 05 nov. 2020.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n.10 p.1403-9, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. Acesso em: 05 nov. 2020.

WIKMAN, A. *et al.* Psychiatric morbidity and survival after surgery for esophageal câncer: a population-based cohort study. **J Clin Oncol**. v. 33. n. 5, p. 448–54, fev. 2015. Disponível em Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547500/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

WILLIAMS, G.R. *et al.* Unmet social support needs among older adults with câncer. **Cancer**, v. 125, n. 3, p. 473–481. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30508291/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

XAVIER, A.T.F. *et al.* Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 921-926. nov./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600008&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 09 dez. 2020.

XL. D. *et al.* Effects of individual-level socioeconomic factors on racial disparities in câncer treatment and survival: findings from the National Longitudinal Mortality Study, 1979-2003. **Câncer**. v. 117, n. 14, p. 3242–3251, 2011. Disponível em: doi: 10,1002/cncr.25854. Acesso em: 05 dez. 2020.

ZANDONAI, A. *et al.* Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica De Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 554-56, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6957>. Acesso em: 11 dez. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

B
L
O
C
O
A

1. Nome			
2. Sexo			
1. Feminino		2. Masculino	
3. Idade (em anos completos)			
4. Estado Civil			
1. Solteiro(a)	2. Casado(a)	5. União Consensual	
3. Viúvo(a)	4. Separado(a) / Divorciado(a)		
5. Cor da Pele			
1. Branca	2. Parda	3. Negra	4. Amarela
6. Número de Filhos Vivos			
1. Nenhum	2. De 1 a 3	3. De 4 a 5	4. Mais de 5
7. Grau de Escolaridade			
1. Não escolarizado	3. Ensino fundamental completo	5. Ensino médio incompleto	
2. Ensino fundamental incompleto	4. Ensino médio incompleto	6. Ensino superior incompleto	
7. Ensino superior completo	8. Pós-graduação incompleto	9. Pós-graduação completo	
8. Religião			
1. Evangélico (a)	2. Espirito (a)	3. Outro	4. Não possui
9. Praticante			
1. Sim	2. Não		
10. Cidade de Procedência			
11. Situação de Moradia			
1. Casa própria	2. Casa alugada	3. Asilo	4. Outra instituição
12. Com quem mora			
1. Mora sozinho	2. Mora com a esposa ou companheiro	3. Mora com o cônjuge e os filho (s)	
4. Mora com os filhos	5. Mora com outras pessoas (não familiar)	6. Mora em asilo	
13. Relação com os familiares			
1. Ótima	2. Boa	3. Regular	4. Ruim
14. Recebe acompanhamento de um cuidador			
1. Sim	2. Não		
15. Ocupação			
1. Empregado	2. Desempregado/ do lar	3. Aposentado	4. Serviços de casa
5. Estudante	6. Autônomo	7. Licença Saúde	8. Outros

B
L
O
C
O
A

B L O C O	16. Fonte de Renda	1. Não tem fonte de renda	2. Trabalho	3. Aposentadoria
		5. Doações	6. Ajuda da família	7. Outros
		4. Pensão		
A	17. Renda Mensal Aproximada (Junto com familiares)	1. Menos de 1 salário mínimo (SM)	2. De 01 a 03 SM	
		3. De 04 a 05 SM	4. Mais de 05 SM	
B L O C O	18. Número de pessoas que dependem da renda	1. 01 Pessoa	2. 02 Pessoa	3. 03 Pessoa
		4. 04 Pessoa	5. de 05 a mais	
B L O C O	19. Para o atendimento da sua necessidade e de sua família, sua situação no momento é?	1. Muito boa	2. Boa	5. Péssima
		3. Regular	4. Ruim	
B L O C O	20. Origem do encaminhamento	1. SUS	2. Não SUS	3. Sem informação
B L O C O	21. Histórico familiar de câncer	1. Sim	2. Não	
B L O C O	22. Diagnóstico			
B L O C O	23. Tempo de diagnóstico	1. Menos de 6 meses	2. de 6 a 12 meses	3. Mais de 12 meses
B L O C O	24. Extensão da doença	1. Tumor Local	2. Disseminação regional	3. Disseminação distante
B L O C O	25. Metástase	1. Sim	2. Não	
B L O C O	26. Estadiamento	1. Estádio I	2. Estádio II	3. Estádio III
		4. Estádio IV	5. Sem informação	
B L O C O	27. Tipo de Cirurgia	1. Não realizou	2. Biopsia	3. Retirada parcial do órgão
		Retirada total do órgão		
B L O C O	28. Radioterapia	1. Sim	2. Não	3. Sem informação
B L O C O	29. Quimioterapia	1. Sim	2. Não	3. Sem informação
B L O C O	30. Comorbidades	1. Sim	2. não	
B L O C O	31. Uso de medicamentos	1. Sim	2. não	
B L O C O	32. Faz uso de álcool	1. Sim	2. Não	3. Não, mas já foi alcolista
B L O C O	33. Tabagismo	1. Sim	2. Não	3. Não, mas já foi etilista

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

Título do projeto: "NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO, APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM CÂNCER".

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Coelho de Fava Leite

Setor/departamento: Escola de Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Alfenas - Campus Sede

Telefone para contato: (35) 3701-9477

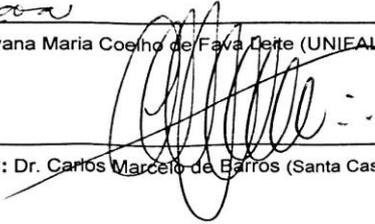
Os autores e executores do projeto de pesquisa, bem como os responsáveis pelo banco de dados, comprometem-se a manter o sigilo sobre os dados coletados no Serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Santa Casa de Alfenas-MG, o qual detém a guarda das informações de interesse.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Alfenas-MG, 22 de Fevereiro de 2019.



Pesquisadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Coelho de Fava Leite (UNIFAL-MG) CPF 523477106-72



Centro de Oncologia e *RHC: Dr. Carlos Marcelo de Barros (Santa Casa de Alfenas) CPF

* Serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Santa Casa de Alfenas-MG.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: intitulada “NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO, APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM CÂNCER”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A justificativa para a presente proposta de trabalho é o fato do câncer acometer de maneira indistinta diferentes esferas da população, o que demanda ações de Vigilância do Câncer com o intuito de conhecer detalhes deste relevante problema de saúde pública. As linhas de pesquisa/cuidado visando à promoção de saúde, o levantamento das necessidades de suporte de cuidado, de apoio social e da melhoria da qualidade de vida, podem contribuir para reduzir o impacto da doença na vida da pessoa e de seu familiar, e subsidiar a implementação de cuidados que atendam a demanda da população. Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as necessidades de suporte para o cuidado, o apoio social, e a qualidade de vida de pessoas com câncer. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa realizada a partir de aspectos sociodemográficos e clínicos, bem como os instrumentos Supportive Care Needs Survey – Short Form - SCNS-SF34, o European Organization for Research and Treatment for Câncer Quality of Life Questionnaire Core 30 - EORTC QLQ-C30, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study – MOS. O pesquisador declara que irá cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: os estudos implicarão apenas na disponibilidade de tempo para responder ao questionário e tem como riscos possíveis desconfortos e/ou constrangimentos decorrentes das respostas ao instrumento de coleta. Para minimizar tais riscos será propiciado clima tranquilo, pacífico, sendo prestados os esclarecimentos sobre a motivação para o estudo. Entretanto, tal desconforto, se justifica pela contribuição esperada do trabalho, onde você, como entrevistado, será beneficiado com a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema de saúde pública e participar da construção de um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Caso você não se sinta bem pelo possível desconforto mencionado, ou por outros motivos relacionados ao estudo, esclarecemos que o pesquisador estará à disposição para oferecer o aporte emocional necessário, avaliando inclusive, a necessidade de encaminhamento para a um atendimento psicológico na Rede Municipal de Saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento ficará com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não estará disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o projeto não prevê forma alguma de compensação,

inexistindo, portanto, qualquer tipo de seguro, neste sentido.

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE:

Eu _____ esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e atualizar a minha decisão de participar, se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão custeados pelo responsável da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o professor responsável por meio do telefone (35) 3701-9477, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, Prédio O - sala 409-C, situada à Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG, CEP: 37.130-000, telefone (35) 3701-9153. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do (a) Participante	Local e Data
------	--------------------------------	--------------

Nome	Assinatura da Testemunha	Local e Data
------	--------------------------	--------------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Local e Data
------	---------------------------	--------------

Contato Principal:

Prof^a. Dr^a. Silvana Maria Coelho Leite Fava Telefone: (35) 3701-9477

E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.

ANEXOS

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO
EUROPEIA PARA A PESQUISA E TRATAMENTO DO CÂNCER –
EORTC-QLQ-C 30**



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

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

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

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

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

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

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO GRUPO EORTC PARA USO DO INSTRUMENTO

Dear Sterline Therrier,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazil\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância em Saúde na Alta Complexidade Oncológica: Condições de Vida e Processo Saúde-Doença

Pesquisador: Murilo César do Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78017717.9.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.397.931

Apresentação do Projeto:

Estudo quantitativo, com delineamento transversal do tipo descritivo-analítico, com indivíduos de idade igual ou superior a 18 anos; de ambos os sexos; residentes no município de Alfenas-MG; com diagnóstico confirmado de câncer, em tratamento ou acompanhamento; que apresentarem condições neurológicas e cognitivas que viabilize a resposta aos questionários. Estima-se abordar aproximadamente 732 indivíduos. Considerando a câncer como um importante problema de saúde pública e a necessidade crescente de iniciativas referentes à vigilância em saúde, será desenvolvido um estudo quantitativo, com delineamento transversal do tipo deanalítico com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Alfenas-MG, com diagnóstico de câncer, a fim de investigar as condições de vida e do processo saúde-doença entre pessoas com câncer no Município de Alfenas-MG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e bem definidos; coerentes com a propositura geral do projeto; exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Objetivo Primário:

Investigar as condições de vida e do processo saúde-doença entre pessoas com câncer.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.397.931

ALFENAS, 24 de Novembro de 2017

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br