

Confiabilidade teste-reteste do instrumento EORTC QLQ FA13 para avaliação de fadiga em pacientes oncológicos

Test-retest reliability of EORTC QLQ FA 13 instrument for fatigue assessment in oncological patients

Daniela Guimarães Ferreira da Silva¹, Ana Lucia Lira Pessoa de Souza¹, Thalyta Cassia de Freitas Martins¹, Thais Martins Pedrosa¹, Camila Drumond Muzi¹, Raphael Mendonça Guimarães²

Resumo

Objetivo: Verificar a estabilidade teste-reteste do instrumento EORTC QLQ FA13 na versão em português do Brasil por meio do processo de equivalência semântica, compreendendo a fase de equivalência de mensuração que abrange os estudos psicométricos.

Métodos: O instrumento foi aplicado em 163 pacientes nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de um hospital de alta complexidade no tratamento do câncer situado no município do Rio de Janeiro entre março de 2015 e outubro de 2016, através de um questionário aplicado por entrevista individual. Para testar a adequação do processo de aferição, solicitou-se que respondessem novamente o questionário, com intervalo de 7 a 15 dias. **Resultados:** Dentre aqueles que participaram do teste, 50 (30,67%) aderiram também ao reteste. Houve boa compreensão do instrumento na etapa de teste. As respostas mostraram-se estáveis, e as estimativas de confiabilidade teste-reteste variaram de boa a excelente ($\kappa = 0,66$ a $0,80$), seja para os itens, seja para as dimensões da escala. **Conclusão:** O presente estudo, juntamente com outras etapas prévias de confiabilidade do instrumento, sugere alta estabilidade das informações coletadas, o que torna real sua aplicabilidade na população brasileira visando à melhora da qualidade da assistência dos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: fadiga; oncologia; estudo de validação; confiabilidade teste-reteste; avaliação em saúde.

Abstract

Objective: To verify the test-retest stability of the EORTC QLQ FA 13 instrument in the Brazilian Portuguese version through the semantic equivalence process, including the equivalence phase of measurement that covers psychometric studies. **Methods:** The instrument was applied in 163 patients undergoing cancer treatment in the clinical and surgical infirmaries of a highly complex hospital located in the city of Rio de Janeiro between March 2015 and October 2016 through a questionnaire applied in an individual interview. In order to test the suitability of the measurement process, participants were requested to answer the questionnaire a second time after an interval of 7 to 15 days. **Results:** Among participants, 50 (30.67%) also adhered to retest. There was good understanding of the instrument at the test stage. The responses were stable, and the estimates of test-retest reliability varied from good to excellent ($\kappa = 0.66$ to 0.80), either for items or for scale dimensions. **Conclusion:** The present study and other previous steps of reliability of the instrument suggest a high stability of the information collected, which makes its applicability in the Brazilian population useful for improving the quality of care of cancer patients.

Keywords: fatigue; oncology; validation study; test-retest reliability; health evaluation.

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Raphael Mendonça Guimarães - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Avenida Brasil, 4365, Sala 314 - Mangueiras - CEP: 21041-360 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - Email: raphael.guimaraes@fiocruz.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Com base no documento World Cancer Report de 2014 da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que nas próximas décadas o impacto da doença na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025¹. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão específico singular do Ministério da Saúde que atua na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, as estimativas de incidência de câncer no Brasil para o biênio 2016-2017 apontam para o surgimento de 596.000 novos casos².

O grande impacto provocado pelo câncer na população mundial não se relaciona apenas aos seus aspectos epidemiológicos, mas também ao longo e penoso itinerário terapêutico a que, por vezes, são submetidos os portadores da doença, sejam eles associados a características intrínsecas à doença ou por desdobramentos do seu tratamento². Este último, por sua vez, se baseia de maneira geral em três modalidades: tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico. Todos eles acarretam diversos efeitos colaterais em tipos e graus variados. Dentre estes, os pacientes reportam a fadiga como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados ao câncer e seu tratamento³, estando presente em cerca de 50% a 90% dos pacientes portadores da doença de forma geral⁴.

De acordo com a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a fadiga relacionada ao câncer é definida como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço físico, emocional e cognitivo, ou exaustão relacionada ao câncer ou ao seu tratamento que não seja proporcional à atividade realizada recentemente a qual poderia interferir com a capacidade funcional usual do paciente⁵. A patogênese da fadiga relacionada ao câncer ainda é descrita de forma incipiente. No entanto, diversos mecanismos já foram correlacionados ao seu desenvolvimento, como os efeitos do câncer e seu tratamento sobre o sistema nervoso central, metabolismo energético muscular, sono, ritmo circadiano, mediadores inflamatórios e de estresse, ativação do sistema imune, alterações hormonais relacionadas aos efeitos sobre o eixo hipotálamo-pituitário, menopausa precoce, privação androgênica em homens, radioterapia e pacientes que recebem modificadores biológicos como interferon e interleucina 2⁶.

Em estudo observacional⁷ realizado entre agosto e outubro de 2011 com 20 mulheres em tratamento de câncer de mama submetidas a RT adjuvante, em que o tratamento durou de cinco a seis semanas, dependendo da dose, com aplicações diárias, evidenciou-se que uma das repercussões do tratamento radioterápico foi desrespeito à diminuição de escores relacionados à fadiga, como do escore geral do Functional Assessment of

Cancer Therapy Fatigue (FACT-F), instrumento desenvolvido para mensurar a fadiga em pacientes com câncer. Consiste em um questionário contendo 40 itens, sendo 27 do Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) para a avaliação da qualidade de vida global, e 13 itens específicos sobre fadiga^{8,9}. Também se observou piora do bem-estar físico e funcional, e ainda a identificação de queixas sobre indisposição, falta de energia, sono, prejuízo no desempenho das atividades laborais, presença de dor, entre outros.

Devido ao fato de a fadiga ser relatada como um sintoma de alta prevalência entre os pacientes com câncer representando um grande obstáculo nas atividades diárias e qualidade de vida¹⁰, a European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) desenvolveu a escala de avaliação da fadiga relacionada ao câncer, denominada EORTC QLQ FA13. Esta é uma escala multidimensional, abrangendo a avaliação de diferentes dimensões da fadiga, dimensão física, emocional e cognitiva. Sua aplicação pode ser feita em qualquer etapa do tratamento oncológico, incluindo quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, tanto no intuito curativo ou paliativo. Abarca todos os tipos de tumores e seus diferentes estadiamentos. Os autores do instrumento FA13 recomendam que o instrumento seja usado em conjunto com o questionário EORTC QLQ - C30¹¹.

Atualmente existem vários instrumentos de avaliação da Fadiga Relacionada ao Câncer. Contudo, a maioria destes são desenvolvidos numa única linguagem e apenas traduzidos em vários outros idiomas, não respeitando os fatores culturais que impactam na vida diária, tais como a forma como os eventos são interpretados, e como seu significado é determinado¹¹, o que justifica a relevância deste trabalho na validação do instrumento da EORTC QLQ FA13 para o português brasileiro. Um estudo anterior¹² realizou a primeira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento, cumprindo as fases de equivalência conceitual e semântica. Neste sentido, visando indicar se a versão apresentada está adequadamente adaptada para ser utilizada na população oncológica brasileira, o objetivo deste estudo é verificar a estabilidade teste-reteste do instrumento EORTC QLQ FA13 na versão em português do Brasil.

MÉTODOS

O processo de adaptação de um instrumento é mais do que uma simples tradução de palavras. Ele envolve a combinação entre a tradução de um idioma para outro e um processo padronizado que considera o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão¹².

A equivalência semântica do instrumento EORTC QLQ FA13 para o português brasileiro aqui adotada adere ao modelo proposto por Herdman et al.¹³, introduzido no Brasil por Reichenheim et al.¹⁴. Estes autores sugerem que a adaptação transcultural seja realizada em seis fases: 1- Equivalência conceitual

que inclui revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo; 2- Equivalência de itens que inclui discussão com especialistas e população-alvo; 3- Equivalência semântica que inclui traduções, retraduações, avaliação da equivalência semântica entre as retraduações e o original, discussão com a população-alvo e especialistas para ajustes finais e pré-teste da versão; 4- Equivalência operacional que inclui avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do veículo e formato das questões/instruções, cenário de administração, modo de aplicação, modo de categorização. 5- Equivalência de mensuração que abrange os estudos psicométricos. Nesta etapa avalia-se a validade dimensional e adequação dos itens componentes, confiabilidade e validade do construto. 6- Equivalência funcional, dada pelas equivalências identificadas nas demais etapas da avaliação. Este estudo compreende uma etapa da quinta fase do processo de adaptação transcultural do instrumento QLQ-FA13 da EORTC, que abrange a avaliação da confiabilidade teste-reteste¹¹.

A versão do Instrumento QLQ-FA13 DA EORTC utilizada no Brasil foi traduzida para o português brasileiro por um grupo de especialistas nas áreas de oncologia e epidemiologia. O processo de equivalência semântica do instrumento para a cultura brasileira apresentou resultados satisfatórios e boa aceitabilidade pela população-alvo nos pré-testes. O instrumento permanece composto por 13 perguntas que abarcam três dimensões: física, psicológica e cognitiva. As cinco primeiras questões, a décima primeira e décima segunda se referem à dimensão física da fadiga. As questões de seis a oito, décima terceira e décima segunda se referem à dimensão psicológica da fadiga, e as questões nove e dez se referem à dimensão cognitiva da fadiga. As 13 perguntas são organizadas de forma a serem respondidas como uma escala (1- Não; 2- Um Pouco; 3- Moderadamente; 4- Muito) (Quadro 1). Para a coleta de

dados adicionais, foi empregado formulário próprio de dados sociodemográficos e clínicos.

A coleta de dados foi realizada nas enfermarias clínicas e cirúrgicas do Hospital do Câncer I- HCI, situado no município do Rio de Janeiro, entre março de 2015 e outubro de 2016. Adotou-se a estratégia do questionário por meio de entrevista individual após prévia informação sobre os objetivos da pesquisa, concordância em participar do estudo e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em pacientes homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, portadores de diversas neoplasias e internados em setores clínicos e cirúrgicos do INCA/HCI. Os critérios para exclusão foram: pacientes que apresentem distúrbios cognitivos capazes de comprometer a veracidade das respostas, com neoplasia ou metástase para sistema nervoso central.

O instrumento foi aplicado em 163 pacientes. Para testar a adequação do processo de aferição, solicitou-se que respondessem novamente ao questionário, com intervalo de 7 a 15 dias. Dentre aqueles que participaram do teste, 50 (30,67%) aderiram também ao reteste. Esta técnica permite avaliar se os resultados semelhantes são obtidos quando o instrumento é aplicado sob as mesmas condições metodológicas, mas em momentos diferentes¹². Não foram identificadas perdas seletivas no que se refere a características sociodemográficas.

As respostas do teste e reteste foram inseridas em um banco de dados, elaborado por meio de dupla digitação independente, no programa Excel, com posterior correção de inconsistências. Para análise da estabilidade teste e reteste dos itens, dos escores das dimensões, e na avaliação das variáveis ordinais foi utilizado o Kappa ponderado, com ponderação quadrática. As respostas discordantes foram ponderadas pelos quadrados dos desvios da concordância exata. Para todas as estatísticas, foram estimados intervalos de 95% de confiança.

Quadro 1. Versão brasileira do EORTC QLQ-FA13

	DURANTE A ÚLTIMA SEMANA	NÃO	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
1	Você se sentiu sem energia?	1	2	3	4
2	Você se sentiu exausto(a)?	1	2	3	4
3	Você se sentiu mais devagar do que o normal?	1	2	3	4
4	Você se sentiu sonolento durante o dia?	1	2	3	4
5	Você teve dificuldade para começar as coisas?	1	2	3	4
6	Você se sentiu sem coragem?	1	2	3	4
7	Você se sentiu desamparado?	1	2	3	4
8	Você se sentiu frustrado?	1	2	3	4
9	Você teve dificuldade para pensar com clareza?	1	2	3	4
10	Você se sentiu confuso?	1	2	3	4
11	Você teve dificuldade para terminar as coisas?	1	2	3	4
12	O cansaço atrapalhou as suas atividades diárias?	1	2	3	4
13	Você sentiu que o seu cansaço não é (foi) compreendido pelas pessoas próximas a você?	1	2	3	4

Byrt et al.¹⁵ utilizam os pontos de corte para classificar o nível de estabilidade das respostas como: fraca (0 a 0,20); leve (0,21 a 0,40); razoável (0,41 a 0,60); boa (0,61 a 0,80); muito boa (0,81 a 0,92); excelente (0,93 a 1,00).

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, cabe ressaltar que este estudo cumpriu todas as especificações éticas e legais da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este estudo possui autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do INCA, desde 22 de outubro de 2014, e não envolve conflitos de interesse.

RESULTADOS

A população do estudo (163 pacientes) tinha, em média, 53,72 anos de idade (DP = 14,05). Cerca de metade dos participantes (55,8%) eram do sexo masculino; 39,8% eram brancos e 60,2% eram pretos ou pardos. Houve um predomínio de baixa escolaridade (45,1% apresentaram apenas o ensino fundamental; 44,2% apresentaram o ensino médio e 10,6% apresentaram ensino superior). Quanto ao estado civil, observou-se maior prevalência em indivíduos casados (53,1%). Em relação à localização do tumor, houve prevalência dos tumores de

localização abdomino-pélvica (20,4%), hematológicos (31,0%) e oncologia clínica (36,3%). Ressalta-se que 80,5% não apresentaram metástases diagnosticadas (Tabela 1).

O resultado com a frequência das variáveis categóricas dos testes encontra-se apresentado na Tabela 2. De forma geral, a categoria "1" (Não) foi a mais frequente resposta entre os itens respondidos pelos participantes do estudo. Os itens com maiores percentuais nessa categoria foram os que dizem respeito se o paciente se sentiu desamparado; se teve dificuldade para pensar com clareza; e se ele se sentiu confuso. A categoria menos prevalente entre todos os itens do instrumento foi a "3" (Moderadamente). O item que apresentou menor percentual na categoria "3" foi o que diz respeito se o paciente se sentiu desamparado (0,0%), sendo este justamente o item que obteve a maior frequência na categoria "1" (Não), indicando que a maioria dos pacientes entrevistados (85,8%) demonstraram não se sentirem desamparados durante o tratamento.

Quanto às categorias "2" (Um Pouco) e "4" (Muito), estas apresentaram a mesma frequência (8,0%) em relação ao item que diz respeito se o paciente se sentiu desamparado, demonstrando que poucos entrevistados expressaram esse sentimento em ambas as categorias. A categoria "4" (Muito), por sua vez, apresentou maior frequência em relação ao item

Tabela 1. Análise descritiva da amostra de estudo (n=113)

Característica	Frequência		Medidas descritivas	
	n	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	63	55,8	-	-
Feminino	50	44,2	-	-
Idade	-	-	53,72	14,05
Raça				
Branco	45	39,8	-	-
Preto/Pardo	68	60,2	-	-
Escolaridade				
Fundamental	51	45,1	-	-
Médio	50	44,2	-	-
Superior	12	10,6	-	-
Estado Civil				
Solteiro	27	23,9	-	-
Casado	60	53,1	-	-
Viúvo/Separado	26	23,0	-	-
Localização do Tumor				
Geniturinário	9	8,0	-	-
Abdomino-pélvico	23	20,4	-	-
Torácico	2	1,8	-	-
Cabeça e Pescoço	3	2,7	-	-
Hematológico	35	31,0	-	-
Oncologia Clínica	41	36,3	-	-
Metástase				
Sim	22	19,5	-	-
Não	91	80,5	-	-

que diz respeito se o paciente se sentiu mais devagar que o normal para realizar suas atividades (34,5%), demonstrando que a maioria dos entrevistados declararam estar muito mais lentos para realizar suas atividades desde o início do tratamento.

A soma das respostas para cada item gerou um valor de média para teste e reteste (Tabela 3). Foi observado que não houve grande divergência entre os valores, indicando um padrão nas respostas nesses dois momentos. A baixa variabilidade nas respostas também pode ser confirmada por um baixo desvio, presente em todos os itens. Foram elaboradas estimativas de confiabilidade mensuradas pelo Kappa ponderado quadrático para as variáveis categóricas. Dos itens avaliados, as estimativas para Kappa ponderado variaram de $k=0,57$ a $k=0,78$ (Tabela 3).

Estimativas mais baixas foram identificadas para “Você se sentiu mais devagar do que o normal?” e “Você se sentiu sonolento durante o dia?”; e mais altas para “Você se sentiu confuso?” e “Você se sentiu frustrado?”. Os valores para Kappa ponderado variaram de $k=0,57$ a $k=0,78$, sendo o valor menor relacionado à sonolência durante o dia, e o maior a se o paciente se sentiu confuso. A maioria dos valores do Kappa demonstrou um nível de concordância entre as respostas do teste e reteste muito bom (K 0,6-0,8), o que indica que houve um bom entendimento das perguntas do instrumento pelos participantes da pesquisa.

Os valores de Kappa mais baixos identificados no estudo revelaram um nível de concordância moderado. Tal resultado pode se justificar no fato de os participantes não terem compreendido bem a pergunta, demonstrando uma maior variação entre as respostas no intervalo de uma semana (intervalo entre o teste e reteste). Para os valores de Kappa ponderado, foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, que apontou pequena variação amostral da estimativa.

Foram também analisadas separadamente as dimensões física, psicológica e cognitiva da fadiga, nas quais foram encontrados

valores satisfatórios do Kappa ponderado, demonstrando que as três dimensões da fadiga oncológica contempladas no questionário foram compreendidas pelos participantes do estudo. Finalmente, o valor p que reflete a análise da diferença entre a média do teste e do reteste não foi significativo, indicando que do ponto de vista estatístico elas são semelhantes.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi avaliada a confiabilidade de um questionário simplificado traduzido para o português brasileiro. O questionário avaliado é relativamente curto e abrange a avaliação da fadiga a partir de três dimensões: a física, psicológica e cognitiva. Utilizou-se o questionário sob a forma de entrevista, devido à baixa escolaridade da população do estudo e à complexidade de certas questões presentes no instrumento, o que não permitiu a técnica de autopreenchimento¹². Durante a aplicação do questionário, observou-se a dificuldade de compreensão com relação a alguns itens, como a primeira pergunta “Você se sentiu sem energia?”, sendo necessário explicar de diversas formas o significado dela para que o paciente compreendesse. Foi observada pouca frequência da categoria de resposta “moderadamente”; em geral, os participantes do estudo se reportavam à categoria “um pouco” quando se tratava de um sintoma ameno. Cabe ressaltar que o instrumento apresentou pequena vulnerabilidade à distorção de respostas entre o teste e reteste. Nesses casos, o índice Kappa de confiabilidade apresentou valores menores. No entanto, esses valores não afetaram o desempenho psicométrico do estudo.

O coeficiente Kappa, simples ou ponderado, tem sido amplamente utilizado e é considerado uma estatística adequada para estudos de confiabilidade de técnicas e instrumentos que geram variáveis categóricas¹³. A alta frequência de respostas concentradas em uma única categoria de variável que está

Tabela 2. Frequência dos itens de acordo com as categorias de resposta (n=113)

Questões	Não		Um Pouco		Moderadamente		Muito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1- Você se sentiu sem energia?	47	41,6	30	26,5	9	8	27	23,9
2- Você se sentiu exausta(o)?	58	51,3	15	13,3	9	8	31	27,4
3- Você se sentiu mais devagar do que o normal?	28	24,8	29	25,7	17	15	39	34,5
4- Você se sentiu sonolento durante o dia?	45	39,8	27	23,9	12	10,6	29	25,7
5- Você teve dificuldade para começar as coisas que queria fazer?	44	38,9	32	28,3	11	9,7	26	23
6- Você se sentiu sem coragem?	60	53,1	25	22,1	6	5,3	22	19,5
7- Você se sentiu desamparado?	97	85,8	8	7,1	0	0	8	7,1
8- Você se sentiu frustrado?	77	68,1	22	19,5	4	3,5	10	8,8
9- Você teve dificuldade para pensar com clareza?	84	74,3	19	16,8	6	5,3	4	3,5
10- Você se sentiu confuso?	74	65,5	24	21,2	8	7,1	7	6,2
11- Você teve dificuldade para terminar as coisas que começou?	52	46	28	24,8	13	11,5	20	17,7
12- O cansaço atrapalhou as suas atividades diárias?	38	33,6	27	23,9	14	12,4	34	30,1
13- Você sentiu que as pessoas próximas tinham dificuldade em entender que você estava cansado(a)?	68	60,2	19	16,8	5	4,4	21	18,6

Tabela 3. Confiabilidade dos itens e dimensões da EORTC-FA13 (n=113)

Itens	Média Teste (DP)	Média Reteste (DP)	Kappa ponderado	IC 95% (kappa)		p valor
				LI	LS	
1- Você se sentiu sem energia?	63,6(30,2)	64,8(26,1)	0,64	0,57	0,71	0,61
2- Você se sentiu exausta(o)?	58,7(26,1)	59,1(24,5)	0,59	0,55	0,73	0,48
3- Você se sentiu mais devagar do que o normal?	64,5(27,4)	65,7(25,2)	0,58	0,52	0,66	0,70
4- Você se sentiu sonolento durante o dia?	71,9(25,5)	70,1(24,1)	0,62	0,45	0,71	0,76
5- Você teve dificuldade pra começar as coisas que queria fazer?	65,4(26,2)	63,2(24,8)	0,66	0,52	0,72	0,82
6- Você se sentiu sem coragem?	48,9(31,8)	49,4(29,3)	0,69	0,61	0,71	0,63
7- Você se sentiu desamparado?	61,2(25,9)	60,7(26,7)	0,76	0,6	0,78	0,58
8- Você se sentiu frustrado?	63,5(27,1)	62,4(28,5)	0,71	0,67	0,85	0,56
9- Você teve dificuldade para pensar com clareza?	61,8(26,2)	61,5(24,9)	0,78	0,59	0,83	0,62
10- Você se sentiu confuso?	64,7(19,8)	65,8(21,6)	0,69	0,70	0,87	0,79
11- Você teve dificuldade pra terminar as coisas que começou?	66,5(22,9)	65,3(21,6)	0,70	0,62	0,78	0,91
12- O cansaço atrapalhou as suas atividades diárias?	61,8(23,3)	61,3(19,9)	0,62	0,51	0,73	0,86
13- Vocês sentiu que as pessoas próximas tinham dificuldade em entender que você estava cansado(a)?	62,5(21,7)	61,9(23,8)	0,71	0,63	0,78	0,67
Dimensões						
Física	60,6(23,8)	61,2(22,7)	0,61	0,58	0,64	0,80
Psicológica	68,7(26,3)	68,5(23,6)	0,82	0,80	0,84	0,73
Cognitiva	58,9(25,2)	59,6(24,7)	0,89	0,86	0,91	0,70

Legenda: DP (desvio-padrão); LI (limite inferior) e LS (limite superior); IC (intervalo de confiança)

sendo avaliada faz com que os valores de Kappa ponderado fiquem próximos do zero¹⁴. Utilizando o coeficiente Kappa, as respostas mostraram-se estáveis, e as estimativas de confiabilidade teste-reteste variaram de boa a excelente (0,61 a 0,99). Mais da metade dos itens apresentaram confiabilidade considerada boa.

Alguns estudos já publicados corroboram a viabilidade e eficácia do instrumento na prática clínica, como demonstraram Rief et al.¹⁶, em um estudo randomizado realizado em 2014 com 60 pacientes com metástases ósseas da coluna vertebral, tratados entre setembro de 2011 até março de 2013, em que se buscou avaliar a qualidade de vida, fadiga e o estresse emocional durante a radioterapia. O estudo utilizou, dentre outros, o instrumento EORTC QLQ-FA13 em uma avaliação no início, três meses e seis meses após o tratamento. Os resultados do estudo demonstraram que após seis meses a fadiga física e de interferência com a vida diária melhorou em um dos grupos significativamente.

Estudos internacionais multicêntricos¹¹ que utilizaram o instrumento, resguardadas as adaptações culturais, foram

realizados em sete países europeus entre maio de 2006 e novembro de 2007, sendo eles: Reino Unido, Alemanha, Suécia, Noruega, França, Espanha e Itália. A amostra total foi de 318 pacientes, compreendendo um amplo espectro de diagnósticos tumorais, diferentes estadiamentos do tumor e modalidades de tratamento.

Inicialmente, o instrumento foi pré-testado para a sua avaliação juntamente com o instrumento EORTC QLQ-C30. Os pacientes completaram o questionário de acordo com as instruções dadas e posteriormente realizaram uma entrevista sobre suas respostas, objetivando obter um *feedback* sobre a relevância e adequação dos itens cobertos, com base nos quais poderiam ser necessárias futuras revisões de alguns itens. O estudo demonstrou que o instrumento EORTC QLQ FA13 versão fase III é uma ferramenta adequada para identificar os itens relacionados à fadiga de difícil compreensão por diferenças culturais de cada país.

Atualmente se conhecem mais de 20 instrumentos exclusivos para a avaliação de fadiga publicados em todo o mundo. No Brasil, existem sete instrumentos de fadiga validados.

Além dos instrumentos específicos para avaliação de fadiga, observam-se instrumentos genéricos para diversos sintomas e situações que incluem itens para avaliação de fadiga. No Brasil, o Edmonton Symptom Assessment Scale é um dos mais usados, conforme relatos dos especialistas¹⁶. Contudo, esses instrumentos não se aprofundam na avaliação do sintoma, limitando o conhecimento sobre a experiência do paciente. Abaixo encontram-se tabelados os sete instrumentos de fadiga validados no Brasil e suas principais características.

Dentre os oito questionários de fadiga validados de forma definitiva no Brasil, apenas três são direcionados a pacientes com câncer: o Pictograma de Fadiga, a Escala de Fadiga de Piper Revisada e a escala Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) fatigue v.4. Embora o Pictograma de Fadiga seja um instrumento conciso contendo apenas 02 itens, o que lhe confere mais praticidade, ele avalia como dimensões apenas a intensidade e o impacto da fadiga, e seus métodos de validação no Brasil não são bem esclarecidos¹⁷. A Escala de Fadiga de Piper Revisada é um instrumento bem mais extenso quando comparado ao EORTC QLQ FA13, uma vez que possui 27 questões e uma gradação com escala numérica de 0 a 10¹⁸. Sua avaliação, contudo, é bem semelhante à proposta pelo instrumento desse estudo, uma vez que abarca as dimensões comportamental, afetiva, sensorial, cognitiva e do humor. E seu processo de validação no Brasil se mostrou ser mais consistente, já que demonstrou adequada validade, avaliada pela análise fatorial, validade convergente e divergente e elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,84 e 0,94)¹⁶. Por fim, a escala Functional Assessment of Cancer Therapy fatigue v.4 utilizou a mesma metodologia, Teste-Retest, de validação psicométrica do instrumento EORTC QLQ FA13 durante seu processo de validação para o português brasileiro. No entanto, esse instrumento se apresenta muito extenso, sendo composto por 40 itens, com gradação em escala tipo Likert de 0 a 4 e que engloba os aspectos de bem-estar físico, bem-estar familiar/social, bem-estar emocional, bem-estar funcional e subescala com 13 itens para avaliação da fadiga englobando basicamente aspectos físicos de impacto desta. Seu processo de validação apresenta boa consistência interna

(alfa de Cronbach entre 0,68 e 0,92), boa reprodutibilidade e validação convergente¹⁶.

Embora os instrumentos supracitados representem grande importância para a prática clínica, uma vez que estão aptos à utilização e proporcionam uma gama de possibilidades de avaliação da fadiga a depender do contexto de cada paciente, garantindo a possibilidade de uma assistência mais direcionada e qualificada, busca-se por meio deste artigo destacar o diferencial apresentado pelo questionário EORTC QLQ FA13, uma vez que este compila vários aspectos de grande importância, como a sua praticidade devido ao fato de ser um questionário relativamente curto, por ter seu processo de validação para o português brasileiro passado por um rigoroso processo de adaptação semântica, o que lhe confere maior confiabilidade, e por abarcar de forma clara e objetiva múltiplas dimensões da fadiga, podendo citar a física, a cognitiva e a psicológica.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo e dos demais trabalhos exemplificados aqui a respeito da importância e efetividade da utilização do instrumento FA13 da EORTC na avaliação da fadiga oncológica na prática clínica, pode-se inferir sua relevância na busca por instrumentos que visem proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes que sofrem desse sintoma, visto que a avaliação da fadiga em doentes com câncer deve ser rápida e simples, válida e confiável, e atualmente faltam instrumentos com essas características¹⁸.

O presente estudo, juntamente com outras etapas prévias de confiabilidade do instrumento, sugere alta estabilidade das informações coletadas, o que torna real sua aplicabilidade na população brasileira visando à melhora da qualidade da assistência dos pacientes oncológicos, que devido a esse sintoma e a tantos outros encontram-se com suas funções física, mental/cognitiva, emocional, social e funcional comprometidas, incluindo também os relacionamentos, as percepções de saúde, a aptidão, a satisfação com a vida e com os resultados do seu tratamento, o bem-estar, bem como seu estado de saúde e suas perspectivas futuras.

REFERÊNCIAS

1. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report: 2014. Lyon: IARC; 2014.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
3. Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Ann Oncol*. 2000;11(8):971-5. PMID:11038033. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008318932641>.
4. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist*. 2000;5(5):353-60. PMID:11040270. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.5-5-353>.
5. Mock V, Atkinson A, Barsevick AM, Berger AM, Cimprich B, Eisenberger MA, et al. Cancer-related fatigue: clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007;5(10):1054-78. PMID:18053429. <http://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2007.0088>.

6. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(2):211-9. PMID:21537710. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200021>.
7. Santos DE, Rett MT, Mendonça ACR, Bezerra TS, Santana JM, Silva Júnior WM. Efeito da radioterapia na função pulmonar e na fadiga de mulheres em tratamento para o câncer de mama. *Fisioter. Pesq.* 2013;20(1):50-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000100009>.
8. Albuquerque K, Tell D, Lobo P, Millbrandt L, Mathews HL, Janusek LW. Impact partial versus whole breast radiation therapy on fatigue, perceived stress, quality of life and natural killer cell activity in women with breast cancer. *BMC Cancer.* 2012;12(1):251. PMID:22708709. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-12-251>.
9. Kurz K, Fiegl M, Holzner B, Giesinger J, Pircher M, Weiss G, et al. Fatigue in patients with lung cancer is related with accelerated tryptophan breakdown. *PLoS One.* 2012;7(5):e36956. PMID:22615854. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036956>.
10. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist.* 1999;4(1):1-10. PMID:10337366.
11. Weis J, Arraras JI, Conroy T, Efficace F, Fleissner C, Görög A, et al. Development of an EORTC quality of life phase III module measuring cancer-related fatigue (EORTC QLQ-FA13). *Psychooncology.* 2013;22(5):1002-7. PMID:22565359. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3092>.
12. Viana AFV. Equivalência semântica do instrumento EORTC QLQ FA-13 de avaliação da fadiga relacionada ao câncer para o contexto brasileiro [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2015.
13. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35. PMID:9610216. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008846618880>.
14. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):665-73. PMID:17589768. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>.
15. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Prevalence and kappa. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(5):423-9. PMID:8501467. [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90018-V](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90018-V).
16. Rief H, Heinhold M, Bruckner T, Schlampp I, Förster R, Welzel T, et al. Quality of life, fatigue and local response of patients with unstable spinal bone metastases under radiation therapy: a prospective trial. *Radiat Oncol.* 2014;9:133. PMID:24917420.
17. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(spe):1080-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500012>.
18. Vollrath M, Zenger M, Singer S, Einkenkel J, Hinz A. The course of fatigue in patients with gynecologic and breast cancer. *J Gynecol Oncol.* 2013;24(3):280-6. PMID:23875079. <http://dx.doi.org/10.3802/jgo.2013.24.3.280>.

Recebido em: Mar. 02, 2017
Aprovado em: Abr. 06, 2017