

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS¹

Maria Eliane Moreira Freire², Solange Fátima Geraldo da Costa³, Regina Aparecida Garcia de Lima⁴,
Namie Okino Sawada⁵

¹ Texto extraído da tese - Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), em 2014.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: enf.elimoreirafreire@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: solangefgc@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: limare@eerp.usp.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: sawada@eerp.usp.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos e sua associação com aspectos sociodemográficos e clínicos.

Método: estudo analítico, transversal, do qual participaram 127 pacientes. Foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica e de avaliação de qualidade de vida - *European Organization for Research and Treatment for Cancer*. Para análise dos dados, aplicaram-se os testes Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Resultados: na avaliação de qualidade de vida, o Estado de Saúde Global e Função Desempenho de Papel tiveram pior avaliação; na Escala de Sintomas, dor, fadiga, insônia e perda do apetite tiveram destaque. Na associação dos domínios do instrumento de coleta de dados com as variáveis sociodemográficas houve associação significativa da idade e escolaridade com função cognitiva, e de renda mensal com estado geral de saúde; com as variáveis clínicas houve associação significativa de metástase com função física; radioterapia com função social, e tempo de hospitalização com Escala Funcional. A Escala de Sintomas apresentou associação significativa de fadiga com metástase, quimioterapia e tempo de hospitalização; dor com quimioterapia e tempo de hospitalização; insônia com procedimento cirúrgico e perda de apetite com quimioterapia.

Conclusão: o prejuízo na capacidade funcional, decorrente do câncer, afeta a capacidade do paciente de desempenhar atividades da vida diária, as relações sociais e a situação financeira. Aspectos sociodemográficos e clínicos devem ser considerados na avaliação da qualidade de vida desses pacientes, de forma a possibilitar atenção humanizada e integralizada aos princípios do Sistema Único de Saúde vigentes no Brasil.

DESCRIPTORIOS: Câncer. Qualidade de vida. Cuidados paliativos. Paciente terminal. Enfermagem.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

Objective: to assess the health-related quality of life of cancer patients in palliative care and its association with sociodemographic and clinical aspects.

Method: analytical, cross-sectional study involving 127 patients. Instruments of sociodemographic characterization and assessment of quality of life were used - *European Organization for Research and Treatment for Cancer*. For the analysis of the data, the Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis' tests have been used.

Results: in the assessment of quality of life, the Global Health Status and Role Functioning had the worst evaluation; in the Symptoms Scale, pain, fatigue, insomnia and loss of appetite were highlighted. In the association of the domains of the data collection instrument with the sociodemographic variables, there was a significant association of age and schooling with cognitive functioning, and monthly income with general health status; with the clinical variables there was a significant association of metastasis with physical functioning; radiotherapy with social functioning, and hospitalization time with the Functional Scale. The Symptom Scale showed a significant association of fatigue with metastasis, chemotherapy and hospitalization time; pain with chemotherapy and hospitalization time; insomnia with surgical procedure; and loss of appetite with chemotherapy.

Conclusion: the impairment of the functional capacity due to cancer affects the patient's ability to perform routine activities, social relationships, and financial status. Socio-demographic and clinical aspects should be considered in the assessment of the quality of life of these patients, so as to enable humanized and integrated care to the principles of the Unified Health System in force in Brazil.

DESCRIPTORS: Cancer. Quality of life. Palliative care. Terminal patient. Nursing.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON CÁNCER EN CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en cuidados paliativos y su asociación con los aspectos sociodemográficos e clínicos.

Método: estudio analítico y transversal en el que participaron 127 pacientes. Fueron utilizados instrumentos de caracterización sociodemográfica y de evaluación de calidad de vida - *European Organization for Research and Treatment for Cancer*. Para el análisis de los datos se aplicaron los testes Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados: en la evaluación de la calidad de vida, el Estado de Salud Global y la Función Desempeño del Papel tuvieron la peor evaluación. En la Escala de Síntomas se destacaron dolor, fatiga, insomnio y pérdida del apetito. En la asociación de los dominios del instrumento de obtención de datos con las variables sociodemográficas hubo una asociación significativa de la edad y escolaridad con la función cognitiva y de renta mensual con el estado general de la salud. Con las variables clínicas hubo una asociación significativa de metástasis con función física, radioterapia con función social y tiempo de hospitalización con Escala Funcional. La Escala de Síntomas presentó una asociación significativa de fatiga con metástasis, quimioterapia y tiempo de hospitalización, dolor con quimioterapia y tiempo de hospitalización, insomnio con procedimiento quirúrgico y pérdida del apetito con quimioterapia.

Conclusión: el perjuicio en la capacidad funcional, derivado del cáncer, afecta la capacidad del paciente de desarrollar actividades de la vida diaria, las relaciones sociales y la situación financiera. Los aspectos sociodemográficos y clínicos deben ser considerados en la evaluación de la calidad de vida de esos pacientes, de tal forma que se posibilite una atención humanizada e integrada con los principios del Sistema Único de Salud vigentes en Brasil.

DESCRIPTORES: Cáncer. Calidad de vida. Cuidados paliativos. Paciente terminal. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o câncer tem se destacado dentre as doenças crônicas não transmissíveis. Alcançando patamares alarmantes, ele vem sendo considerado um problema contemporâneo de saúde pública mundial. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sinalizam que, em 2030, o câncer vai alcançar, aproximadamente, em todo o mundo, 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas com diagnóstico anual. O maior efeito será perceptível em países de baixa e média renda. No Brasil, dados estatísticos direcionaram para uma ocorrência equivalente ao aparecimento de cerca de 580 mil novos casos de câncer, revelando, desta forma, a magnitude do problema no país.¹

Quando assume a forma avançada, o câncer pode evoluir para a condição de impossibilidade de cura, com presença de sinais e sintomas pouco controláveis como dor, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, entre outros. As manifestações podem estar relacionadas à invasão tumoral, como também aos efeitos adversos do tratamento em alguns tipos de câncer, causando intenso desconforto ao paciente e um impacto circunstancialmente negativo para a qualidade de vida.²⁻³ Diante disso, os cuidados prestados ao paciente com câncer deixam de ser curativos e passam a ser paliativos.

Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, que enfrentam doenças que ameaçam suas vidas, com intervenções que visem o alívio da dor e de outros sintomas físicos, psicológicas, sociais e espirituais.⁴

O Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, da OMS,⁵⁻⁶ conceitua Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, para o alcance de seus objetivos, projetos e expectativas, conferindo-lhe oportunidades de escolhas, ou seja, reflète a satisfação da pessoa com sua vida.

Nesse contexto, alguns estudiosos reconhecem que a saúde se destaca como um fator importante e determinante, adotando-se, então, a terminologia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). O conceito está inter-relacionado à subjetividade da avaliação que o próprio indivíduo faz sobre sua saúde, com foco no impacto que essa condição possa ter sobre sua própria vida.⁶⁻⁷

A avaliação da QV de pacientes com câncer tem sido largamente utilizada em ensaios clínicos, estudos transversais e longitudinais. Estudos⁸⁻⁹ que apresentem evidências de impactos na QV podem servir de bússola para direcionar as políticas públicas de saúde, além de orientar programas e condutas terapêuticas para o tratamento do câncer.

A análise de estudos sobre a influência de aspectos raciais, étnicos e culturais na saúde e na QV, de pessoas que sobreviveram ao câncer de mama, revela que características como fatores socioecológicos, sistema de saúde, fatores médicos e psicológicos individuais podem ser preditores significativos de QV relacionada à saúde. Além disso, constata-se que o apoio social e familiar e as relações estabelecidas entre o paciente e os profissionais de saúde exercem influência na QVRS.¹⁰

A partir de uma pesquisa realizada junto à Biblioteca Virtual de Saúde foi possível contatar um número reduzido de estudos no cenário nacional, com foco na QV, direcionados ao paciente com câncer avançado, sem possibilidades de cura, em cuidados paliativos. Portanto, avaliar a QVRS desses pacientes poderá trazer contribuições relevantes à assistência e às pesquisas no cenário de atenção à saúde. Tal fato é relevante e, por si só, já justificaria a importância de novas investigações sobre a temática.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QVRS de pacientes com câncer, em cuidados paliativos, e sua associação com os aspectos sociodemográficos e clínicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em duas instituições hospitalares de natureza filantrópica, localizadas no município de João Pessoa (PB), Brasil.

Durante o período da coleta de dados, que ocorreu entre janeiro e abril de 2013, foram identificados, nas duas instituições, 155 pacientes com câncer em cuidados paliativos, correspondente à população do estudo.¹¹

Para o cálculo amostral utilizou-se a fórmula $n_0 = 1/E^2$ e $n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$, onde n_0 é uma aproximação inicial (da população) e n é o número final da amostra, com erro amostral (E) de 5%,¹² obtendo-se um n de 113 (aproximadamente 73% do total).

A seleção da amostra foi realizada a partir do processo de amostragem não probabilística, consecutiva, caracterizada por ser composta por indivíduos arrolados consecutivamente, que estivessem acessíveis em um período de tempo e que atendessem aos critérios de entrada.¹³ Foram adotados como critérios de inclusão: pacientes com câncer em cuidados paliativos, que se encontravam com mais de uma semana de internação no hospital; com idade igual ou acima de 18 anos; ter diagnóstico de câncer e apresentar-se clinicamente sem possibilidades de cura conforme registro em prontuário; consciente, lúcido e com capacidade de verbalização para responder aos itens dos instrumentos propostos para o estudo.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se o paciente que, à época do estudo, apresentasse intercorrências clínicas (respiratória, cardíaca ou neurológica) no período da coleta de dados, não apresentasse condições cognitivas mínimas para participar, identificados pelas respostas aos questionamentos que abrangera: onde se encontrava

naquele momento, ano de nascimento, procedência, qual o mês e dia da semana.

Assim, considerando-se as possibilidades de perda (critérios de inclusão e exclusão), o número final deste estudo foi de 127 pacientes, correspondendo a 82% da população e suficiente para uma amostra representativa.

Para apreensão do material empírico, foi feito um contato prévio com o paciente selecionado, para informar-lhe sobre o estudo e obter anuência para participação. Em seguida, foi utilizada a técnica da entrevista, norteada por dois instrumentos propostos para o estudo: o de caracterização sociodemográfica e clínica pertinentes à doença oncológica e o de avaliação de QVRS.

As variáveis sociodemográficas incluíram: procedência, sexo, idade, estado civil, número de filhos, grau de escolaridade, situação laboral, renda mensal, moradia, religião, atividade física e de lazer. No tocante às variáveis clínicas foram investigadas: localização do câncer primário, tempo do diagnóstico, extensão da doença, tratamento recebido, tempo de hospitalização, sinais e sintomas.

Para avaliação da QVRS dos participantes do estudo, utilizou-se o instrumento *European Organization for Research and Treatment for Cancer - EORTC QLQ C-30* (versão 3.0); um questionário composto por 16 domínios, 30 questões, incorporando quatro escalas e correspondendo ao estado do doente durante a última semana.¹⁴ O escore de medição dos itens varia, em relação à pontuação, de 0 a 100. Com relação à Escala Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (ESG/QV) e Escala Funcional, quanto mais alta a pontuação, correspondendo a maior nível e estado de saúde global e funcionamento, respectivamente, melhor será a QV do indivíduo. Na Escala de Sintomas e de Dificuldade Financeira, escores elevados indicam maior intensidade de sintomas presentes e mais dificuldade financeira, respectivamente, refletindo em pior QV dos indivíduos.¹⁵

Para construção da base de dados em relação às variáveis dos instrumentos sociodemográficos e clínicos e EORTC QLQ C-30 foi utilizado o *software* da Microsoft Office Excel – 2007. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram mensuradas nos níveis das escalas - nominal, ordinal e intervalar -, submetidas à análise estatística, com construção de tabelas de frequências simples e medidas descritivas.

Com relação aos itens do instrumento de medição de QV, foi realizado o cálculo dos escores dos domínios, conforme orientações e fórmulas contidas no manual do grupo EORTC.¹⁴ Para testar a consistência interna desse instrumento foi utilizada a medida

Alpha de Cronbach(α), que pode variar de zero 0 a um 1,0, de forma que, quanto mais se aproxime do um, mais forte e consistente será a correlação entre seus itens, ou seja, mais precisa será a medição.¹²⁻¹³

Os escores dos domínios do EORTC QLQ -C30 foram apresentados em tabela, com a média e desvio-padrão. Para verificação da normalidade da distribuição das variáveis quantitativas, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foram utilizadas as técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS - versão 13.0, sendo aplicados os testes estatísticos, ao nível de 5% de significância.

No cumprimento das observâncias éticas contidas na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo 0327/12, CAEE nº 05593412.2.0000.5188.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta de 127 participantes. Nesse universo, 46,5% residiam na cidade de João Pessoa (PB) e 53,5% eram oriundos de outras cidades do interior paraibano. As descrições sociodemográficas dos participantes estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da frequência e percentagem das características sociodemográficas de pacientes com câncer em cuidados paliativos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013. (n=127)

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		n	%
Sexo	Masculino	52	40,9
	Feminino	75	59,1
Faixa etária*	Até 49 anos	22	17,3
	De 50 a 59 anos	28	22,0
	De 60 a 69 anos	38	29,9
	De 70 a 79 anos	15	11,9
	80 anos ou mais	24	18,9
Estado civil	Solteiro(a)	21	16,5
	Casado(a)	40	31,5
	União consensual	15	11,8
	Viúvo(a)	34	26,8
	Separado(a)	14	11,0
	Divorciado(a)	3	2,4
Escolaridade (anos de estudo)	Não escolarizado(a)	48	37,8
	Ensino fundamental	52	40,9
	Ensino médio	24	18,9
	Ensino superior	3	2,4
Situação laboral	Aposentado(a)	67	52,8
	Desempregado(a)	29	22,8

Variável	Categoria	Pacientes com câncer	
		n	%
Renda familiar (SM□)	Licença saúde(a)	14	11,0
	Autônomo/ Informal	16	12,6
	Empregado(a)	1	0,8
	Menos de 1 salário mínimo	11	8,7
	De 1 a 3 salários mínimos	109	85,8
Religião	De 4 a 5 salários mínimos	7	5,5
	Católica	92	72,4
	Evangélica	31	24,4
	Espírita	2	1,6
	Outra	2	1,6
	Total	127	100

* Idade média de 63 anos \pm 13,6 anos (desvio padrão) e mediana de 63 anos; □ (SM): Salário mínimo vigente no país no período do estudo era de R\$622,00

Com relação à caracterização clínica dos pacientes com câncer em cuidados paliativos, verificou-se em referência ao tempo de diagnóstico de câncer menos de seis meses (48,0%) de diagnóstico, de seis a 12 meses (24,4%) e mais de 12 meses (27,6%). Ficou constatado, ainda, que 52,8% dos pacientes apresentavam metástase, confirmada por exame de imagem.

No que diz respeito ao tratamento clínico, foi observado que 57,5% dos pacientes não haviam realizado radioterapia e 48,8% tinham sido submetidos à quimioterapia; enquanto que o tempo de hospitalização predominante foi de menos de um mês para 78,8% e somente de mais de um mês para 22,0% dos participantes desta pesquisa.

Com relação às manifestações clínicas, segundo relatos dos próprios participantes, destacaram-se como sinais e sintomas de maior ocorrência: dor (89,8%), fadiga (70,9%), perda de apetite (53,5%), vômitos (42,5%), constipação (33,9%), palidez

(33,1%), caquexia (23,6%), dispneia (20,5%), perda de peso (16,5%).

Quanto ao instrumento de avaliação da qualidade de vida - EORTC QLQ-C30, verificou-se que para os 30 itens da escala, o coeficiente de fidedignidade foi de 0,878. Ainda, a Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida (dois itens) apresentou coeficiente de 0,721; a Escala Funcional (15 itens) de 0,871; a Escala de Sintomas (13 itens) de 0,812, sendo classificados como de boa consistência interna.

Assim, as características psicométricas do instrumento EORTC QLQ-C30, para a amostra do estudo (n=127), apresentam confiabilidade para o que se propõe.

Os itens da avaliação da QVRS de pacientes com câncer em cuidados paliativos, de acordo com as dimensões do EORTC QLQ-C30, estão dispostos na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da média e desvio padrão das escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, de pacientes com câncer em cuidados paliativos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013. (n=127)

Escalas	Média	Desvio Padrão
Estado de saúde global (ESG/QV)	28,8	20,2
Escalas funcionais		
Função física	11,6	18,0
Desempenho de papel	7,2	14,6

Escalas	Média	Desvio Padrão
Função cognitiva	38,7	27,2
Função social	12,7	18,8
Função emocional	38,7	27,1
Escala de sintomas		
Fadiga	86,3	17,1
Dor	89,5	15,4
Náuseas/vômitos	49,2	38,1
Dispneia	32,0	38,5
Perda de apetite	81,1	27,0
Insônia	83,7	20,9
Constipação	58,7	42,9
Diarreia	12,0	28,0
Dificuldade financeira	75,8	26,1

Com relação às associações dos escores médios dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo as variáveis sociodemográficas dos pacientes com câncer em cuidados paliativos, constatou-se diferenças estatisticamente significativas no tocante ao domínio Função cognitiva, quando associado à faixa etária ($p=0,002$) e escolaridade ($p=0,005$); e no domínio ESG/QV quando associado à renda mensal.

Os dados apontam, ainda, mesmo sem significância estatística, que os idosos apresentaram escores médios menores para ESG/QV, Desempenho de papel e Função cognitiva à proporção que a faixa etária aumentava. Foi observado também que a variável renda mensal, embora não apresente diferença estatisticamente significativa em relação à função Desempenho de papel, indica melhora dos escores à medida que aumenta o rendimento mensal.

A avaliação da associação entre o domínio Dificuldade financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis sociodemográficas apresentou resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para renda mensal, com menor dificuldade financeira

para aqueles com renda de quatro a cinco salários mínimos (Md total: $85,7 \times 55,1 \times 18,2$).

Com relação às variáveis sociodemográficas sexo e religião não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para as Escalas ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30.

As associações dos escores médios dos domínios de qualidade de vida do EORTC QLQ-C30, segundo as variáveis clínicas dos pacientes com câncer, estão contempladas na tabela 3.

Constata-se que a variável metástase apresentou diferença no domínio Função física ($p=0,037$). Na variável radioterapia foi observada uma significativa variação no domínio Função social ($p=0,019$). Com relação à variável tempo de hospitalização foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios da Escala Funcional: Função física ($p=0,016$); Desempenho de papel ($p=0,001$); Função cognitiva ($p=0,017$); Função social ($p=0,029$) e Função emocional ($p=0,026$).

Na associação das variáveis clínicas tempo de diagnóstico e quimioterapia, com os domínios da ESG/QV e Escalas Funcionais, não foram encontrados resultados significativos.

Tabela 3 – Escores dos domínios da Escala funcional do segundo dados clínicos de pacientes com câncer em cuidados paliativos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013. (n=127)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30				
		F. física	F. desempenho de papel	F. cognitiva	F. social	F. emocional
Tempo diagnóstico (a)						
< 6 meses	61	9,6(17,5)	4,6(11,0)	36,1(26,6)	11,5(17,9)	39,3(27,4)
6 a 12 meses	31	12,3(15,9)	8,1(16,0)	41,4(26,5)	15,6(20,2)	35,5(29,4)
+ 12 meses	35	14,5(20,5)	11,0(18,1)	41,0(29,2)	12,4(19,5)	40,7(24,8)
		0,118	0,096	0,598	0,476	0,574
Metástase (b)						
Não	60	15,6(21,4)	10,0(17,7)	36,1(26,4)	9,7(15,4)	37,6(28,1)
Sim	67	8,1(13,5)	4,7(10,8)	41,0(27,9)	15,4(21,2)	39,8(26,3)
		0,037*	0,084	0,270	0,131	0,650
Radioterapia						
Não realizou	73	13,0(20,4)	7,5(16,0)	36,3(27,7)	10,7(18,7) a	40,1(28,4)
Até 10 sessões	21	11,7(14,1)	10,3(16,2)	53,2(23,9)	21,4(17,6) b	38,9(27,7)
11 a 20 sessões	10	11,3(16,3)	6,7(14,1)	48,3(18,3)	18,3(21,4)ab	37,5(24,3)
21 a 30 sessões	11	7,9(16,6)	4,5(7,8)	33,3(27,9)	12,1(21,2)ab	27,3(25,0)
31 ou + sessões	18	3,3(6,2)	0,0(0,0)	29,2(31,8)	8,3(15,4)ab	42,7(22,5)
		0,383	0,454	0,072	0,019*	0,657
Quimioterapia (b)						
Sim	62	10,0(15,4)	6,5(13,6)	37,6(28,8)	13,7(20,8)	37,9(27,1)
Não	65	13,1(20,2)	7,9(15,6)	39,7(25,8)	11,8(16,9)	39,6(27,3)
		0,793	0,542	0,559	0,861	0,676
Tempo de hospitalização (b)						
Menos de 1 mês	99	10,2(17,3)	5,1(13,1)	35,5(26,8)	11,3(18,6)	35,9(28,0)
Mais de 1 mês	28	16,4(19,8)	14,9(17,2)	50,0(26,1)	17,9(19,2)	48,8(21,4)
		0,016*	0,001**	0,017*	0,029*	0,026*

Resultados significativos: (**) Valor de $p < 0,01$ e (*) Valor de $p < 0,05$; (a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes) EORTC QLQ-C30; (b) Teste de *Mann-Whitney* (comparação de duas amostras independentes).

A avaliação da associação entre a variável clínica metástase e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30, para os domínios da Escala de Sintomas e seus itens, apresentou diferença estatisticamente significativa para os sintomas fadiga ($p=0,040$) e constipação ($p=0,046$), sendo observado que pacientes sem metástase apresentaram menos esses sintomas pelo teste da Mediana ($>Md$ total: $53,3\% \times 35,8\%$). Os sintomas dor, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, insônia e diarreia não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

A avaliação da associação entre a variável clínica quimioterapia e a QVRS medida pelo EORTC

QLQ-C30 para os domínios da Escala de Sintomas e de seus itens apresentou diferença estatisticamente significativa para os domínios fadiga ($p=0,012$), dor ($p=0,009$), dispneia ($p=0,032$) e perda de apetite ($p=0,001$), demonstrando que os pacientes que apresentaram escores mais elevados desses sintomas foram aqueles que se submeteram à quimioterapia.

A avaliação da associação entre a variável clínica tempo de hospitalização e a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30, para os domínios da Escala de Sintomas e de seus itens, apresentou resultado significativo para a fadiga ($p=0,001$), dor ($p=0,012$), náuseas e vômitos ($p=0,001$), perda de apetite

($p=0,001$) e insônia ($p=0,002$), com os pacientes apresentando mais presença de sintomas naqueles com menos de 1 (um) mês de hospitalização.

Na associação entre o domínio Dificuldade financeira do EORTC QLQ-C30 e as variáveis clínicas revelou-se um resultado significativo ($p<0,05$) para o tempo de hospitalização, com melhor avaliação da Dificuldade financeira para tempo de internação superior a um mês, conforme o teste da mediana (\leq Md total: 71,4% \times 47,5%).

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos pacientes portadores de câncer em cuidados paliativos, que compuseram a amostra deste estudo, evidencia que a maioria (53,5%) dos participantes encontrava-se recebendo assistência hospitalar em João Pessoa-(PB). No entanto, constatou-se, também, que muitos deles eram oriundos de diversas cidades paraibanas. O fato retrata a carência de assistência ao paciente com câncer no interior do Estado, concentrando a assistência especializada em oncologia em João Pessoa (capital) e Campina Grande. Apenas esses municípios são contemplados pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, como integrantes das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.¹⁶

No presente estudo foi observado um maior percentual de mulheres com câncer, correspondendo a 59,1% dos participantes. O dado demonstra um comportamento demográfico apresentado em outros estudos, em que o número de câncer nas mulheres é maior em relação aos homens.^{6,17-19} Nos Estados Unidos, um estudo realizado com a participação de 45.541 pessoas, também realçou a maior ocorrência em mulheres, representadas por um quantitativo de 29.822.²⁰

Já com relação à idade dos participantes constatou-se que 60,7% eram idosos, tendo maior percentual de pacientes na faixa de 60 a 69 anos. O Censo de 2010 corrobora para este resultado, ao apontar que, na Paraíba, 51,5% da população idosa encontrava-se na faixa etária mencionada.²¹

Os dados relacionados ao sexo e idade dos pacientes com câncer neste estudo estão em concordância com os índices apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme pesquisa nacional de amostra por domicílios realizado em 2011. Ele aponta que a maioria da população idosa de 60 anos ou mais é composta por mulheres (55,7%), em decorrência dos efeitos da

mortalidade diferencial por sexo.²² *É significativo destacar que pesquisas ainda mais recentes, realizadas em países desenvolvidos, com pacientes com câncer, também destacaram a idade média entre 60 e 69 anos,²³⁻²⁴ o que só vem corroborar os dados encontrados neste estudo.*

O levantamento da escolaridade destaca percentuais muito próximos de não escolarizados (37,8%) e de ensino fundamental (40,9%). E, segundo revelou um estudo realizado no município de João Pessoa-(PB), em 2010, com 401 idosos, uma predominância de 50,1% dos participantes não sabiam ler nem escrever.²⁵ A baixa escolaridade associada ao aumento da idade torna-se preocupante, no que diz respeito à capacidade dessas pessoas de compreenderem corretamente informações, orientações e recomendações relacionadas ao cuidado da saúde de um modo geral. Essa parcela da população fica mais vulnerável aos fatores de risco para comorbidades, mortalidade e aos baixos padrões de cuidado à saúde, aumentando a demanda de atenção. Sob esse aspecto, ressalta-se que o nível de escolaridade tem associação positiva com uma melhor qualidade de vida, por proporcionar um maior autocuidado e uma melhor expectativa de vida da população.²⁶⁻²⁷

Com relação às condições de vida da população, este estudo destaca que a maioria (85,8%) vive com renda familiar em torno de um a três salários mínimos, considerando o valor vigente, no País, durante o período da pesquisa: o equivalente a R\$ 622,00 reais. Segundo a percepção da maioria dos entrevistados (41,8%), a situação financeira era percebida como regular.

No tocante aos aspectos clínicos dos pacientes com câncer em cuidados paliativos, destacam-se os dados apresentados pela tabela 3. A maioria (48,0%) dos pacientes teve o diagnóstico de câncer declarado há menos de seis meses. E isso reflete a agressividade do câncer, como também a ocorrência de diagnósticos tardios, em que as alterações celulares são intensas, sem haver possibilidade de resposta terapêutica.²⁸

O controle do câncer envolve ações e serviços de saúde especializados, incluindo promoção à saúde, reabilitação e cuidados paliativos, previstos na Política Nacional de Atenção Oncológica 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, conforme regulamentado na Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.²⁹ Dentre os cânceres, 1/3 deles podem ser prevenidos, 1/3 são curados ou controlados e 1/3 dos casos são apenas paliados. Isso demonstra que

o controle do câncer no Brasil ainda está apoiado na atenção hospitalar, com assistência de alta complexidade e desintegrada de ações de controle mais efetivas para redução da mortalidade, prevenção pela detecção em fase pré-clínica (por rastreamento) ou inicial (por diagnóstico precoce) de cânceres prevalentes, que poderiam ter melhor resolutividade com essas estratégias.¹⁶

O desenvolvimento e o avanço da doença neoplásica impõem ao paciente uma diversidade de sinais e sintomas que afetam de forma significativa a QVRS dos sobreviventes de câncer. Sob esse aspecto, a maioria (60,6%) dos participantes deste estudo relatou cerca de seis a oito manifestações clínicas. Dentre os sinais e sintomas relatados, o de maior prevalência foi a dor, citada por 89,8% dos pacientes.

O Brasil tem se configurado como o segundo país da América Latina em que pessoas com câncer relatam sentir mais o sintoma da dor. A oncológica afeta 25 a 30% dos pacientes na fase inicial da doença, 50% em estágios variados do câncer e 70 a 90% daqueles que apresentam um estágio avançado.³⁰⁻³¹ Os percentuais são congruentes com os encontrados dentre os participantes deste estudo.

A compreensão de que a dor suscita intenso desconforto físico e psicológico impõe à equipe de profissionais que cuida de pacientes oncológicos e, principalmente, em fase avançada da doença, uma promoção imediata do alívio do sintoma, que para muitos pode se tornar insuportável, além de afetar, negativamente, sua QV.

Neste estudo, conforme os resultados obtidos pelo EORTC QLQ-C30, a QVRS dos pacientes envolvidos foi considerada ruim. Justificada, pois, pelos baixos escores da ESG/QV e as Escalas Funcionais, destacando-se o Desempenho de papel como de pior avaliação, seguido da Função física e social, e demonstrando o comprometimento físico e funcional do paciente padecendo com câncer avançado e pelos elevados escores da Escala de Sintomas. Na caracterização clínica dos participantes do estudo, foi identificado que os sintomas mais referidos foram: dor, fadiga e anorexia (perda de apetite), estando congruentes com os resultados obtidos pela Escala de Sintomas.

A Escala Dificuldade financeira também apresentou escore alto, que está diretamente ligada à condição socioeconômica da maioria dos participantes. Eles, em sua maioria, sobrevivem da aposentadoria, juntamente com os dependentes da renda mensal, e avaliaram sua situação financeira como regular.

Aliás, os resultados do estudo foram semelhantes aos encontrados em uma pesquisa realizada na Tanzânia, com pacientes hospitalizados com câncer avançado (n=101), cujo objetivo era investigar a QVRS dos pacientes e suas necessidades de cuidados. Os resultados africanos sinalizaram para baixos escores na Função social, Desempenho de papel e Função física, bem como na avaliação do Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida. No entanto, os africanos apresentaram melhor desempenho na avaliação da Função emocional. Na Escala de Sintomas, os resultados demonstraram escores elevados, principalmente em relação à dor, fadiga e insônia, enquanto que, no que se refere à Escala de Dificuldade financeira, os resultados confirmaram os levantamentos que já haviam sido apresentados por nosso estudo, Ou seja, traduzidos como de pior avaliação de todas as escalas.³²

A Avaliação da Escala de Sintomas do EORTC QLQ-C30, de pacientes com câncer em cuidados paliativos, demonstrou que dor, fadiga, insônia e perda de apetite foram os itens de maiores escores, significando maior intensidade. Reconhecidos como mais comuns nesses pacientes, eles podem ser atribuídos à própria doença ou ao tratamento, com influência em sua QVRS em graus variáveis. Os escores de dor, fadiga, insônia e perda do apetite, da Escala de Sintomas, também foram estatisticamente significativos no estudo realizado na Tanzânia: um total de 111 pacientes com câncer avançado foram apontados para baixa qualidade de vida.³²

Um outro estudo, envolvendo 276 pacientes com câncer avançado com indicação para radioterapia paliativa, realizado num Centro Oncológico do Canadá, igualmente apresentou escores elevados dos mesmos sintomas na avaliação inicial.³³

Os resultados aqui apresentados corroboram, de forma total ou parcial, os encontrados em estudos nacionais e internacionais, tornando evidente que o estágio avançado do câncer é, provavelmente, o fator que cause maior impacto sobre a QVRS dos indivíduos, realçado pela queda da capacidade funcional e a presença de sintomas causados pela doença ou tratamento.

As associações dos escores médios dos domínios ESG/QV e Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30, com as variáveis sociodemográficas, destacaram que idade e escolaridade apresentaram diferença estatisticamente significativa no domínio Função cognitiva, enquanto que a variável renda familiar apresentou diferença no domínio Estado de Saúde Global - ESG/QV.

Com relação à variável idade, os participantes da faixa etária de até 49 anos mostraram uma melhor avaliação na Função cognitiva e Desempenho de papel, enquanto que os participantes que tinham 80 anos ou mais apresentaram baixos escores médios na avaliação da ESG/QV e das Funções física, Desempenho de papel e cognitiva.

O avançar da idade provoca no organismo alterações diversas, com o declínio da capacidade funcional e cognitiva, principalmente quando associado às comorbidades crônicas e debilitantes como o câncer, que provoca alterações importantes: a interrupção das funções do corpo e o desvio do alimento e do suprimento sanguíneo das células normais, com modificações intensas no metabolismo do organismo do paciente. As modificações, associadas às reações impostas pelas diversas formas de tratamento do câncer, provocam uma sensação de fadiga crescente, perda de peso e redução da força muscular, que comprometem a capacidade funcional do indivíduo e, conseqüentemente, a sua QVRS.³⁴

Em relação à avaliação da QVRS, há estudos que demonstram que pacientes idosos com câncer tem igual, ou até melhor, QVRS, quando comparados com pacientes mais jovens.³⁵ É possível que fatores socioeconômicos e aspectos relacionados ao incremento da doença possam promover modificadores da QVRS, conforme o acesso ao serviço de saúde, as modalidades terapêuticas, a resposta do organismo à doença e ao tratamento, além do apoio recebido pelo paciente.

Os participantes do estudo em discussão, além do câncer em fase avançada, eram na maioria idosos, não praticavam atividade física e tinham hipertensão arterial sistêmica. São fatores que contribuem para a limitação da capacidade cognitiva. A perda da capacidade funcional e o déficit cognitivo ajudam na sistemática alteração do desempenho de papéis, afetando, sobremaneira, a QVRS desses indivíduos.

Na avaliação dos participantes do estudo, em relação à renda mensal, foi verificado que aqueles que percebiam de um a três salários mínimos apresentaram melhor escore médio na ESG/QV, com resultado estatisticamente significativo. Os resultados coadunam com um estudo realizado com 397 pacientes, com câncer avançado, em sete outros países, em que os participantes que tinham grau superior de escolaridade tiveram melhor avaliação nas Funções cognitiva e social e na ESG/QV, apresentando resultados estatisticamente significativos.³⁶

Um estudo realizado em Minas Gerais (Brasil) teve como objetivo caracterizar pacientes com câncer

hematológico em quimioterapia quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos e associar aos domínios de QVRS. Foram envolvidos 32 participantes e também encontraram-se resultados estatisticamente significativos, para a variável escolaridade, em relação à Função social, com melhor avaliação para aqueles com maior grau de escolaridade.¹⁸

Reconhecidos como fatores socioeconômicos, a educação e a renda promovem interações e influências para a saúde, pois o poder aquisitivo de um indivíduo exerce efeito direto sobre sua educação e, conseqüentemente, sobre sua saúde. A pessoa com nível de escolaridade mais elevada tem probabilidade de obter melhor salário e, assim, pode atender de forma mais satisfatória às demandas de saúde: o acesso aos serviços de saúde, às consultas médicas, medicamentos, planos de saúde, boa condição de moradia, entre outros.³⁷

Dessa forma, os pacientes com câncer em cuidados paliativos, que participaram deste estudo, apresentaram, em sua maioria, baixo nível escolar e baixa renda mensal, o que pode contribuir para dificuldades em manter um bom estado de saúde, principalmente pela ocorrência de uma doença de caráter crônico, que aumenta as demandas de saúde, afetando possivelmente sua QVRS.

A despeito das evidências empíricas e da existência de inúmeros estudos internacionais, envolvendo avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer, no Brasil ainda não se contabilizam dados mais abrangentes sobre a QVRS de pacientes, com câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura, em cuidados paliativos. Isto é uma dificuldade que limita o papel do pesquisador, no tocante ao confronto dos resultados e nas reflexões sobre a influência cultural e regional, como também do sistema de saúde ofertado na avaliação da QVRS no segmento.

CONCLUSÃO

Esse estudo, em particular, comprovou que fatores sociodemográficos e clínicos identificados na população do estudo afetaram, de forma significativa, sua QVRS, quando avaliados pelo instrumento EORTC QLQ-C30. Principalmente, com relação aos domínios Função física e Função cognitiva. Os resultados demonstraram que o prejuízo na capacidade funcional de uma pessoa, pelo impacto de uma doença como o câncer, afeta sua capacidade de desempenhar atividades da vida diária, as relações sociais, e, sobremaneira, sua situação financeira. O estilo de vida, acesso aos recursos de informações, nível de escolaridade, condição socioeconômica e outros fatores

exercem influências sobre práticas cotidianas para uma vida saudável: acesso aos serviços de saúde, alimentação saudável, prática de atividades físicas e utilização de medidas preventivas de doenças.

Ressalta-se que os achados do presente estudo podem contribuir para o incremento de estratégias para instituição de programas de promoção da QVRS, de pessoas que sobrevivem com câncer avançado, considerando suas dimensões físicas, sociais, emocionais, cognitivas e espirituais. Bem como enseja as condições sociodemográficas e clínicas, com ênfase àquelas mais afetadas, para implementação de uma atenção mais humanizada e integralizada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Espera-se que este estudo suscite novas investigações e pesquisas. Que, efetivamente, possa contribuir para reflexões e discussões, entre gestores e profissionais de saúde, no sentido de tornar possível a criação de unidades de cuidados paliativos para o atendimento de pacientes com câncer avançado e de seus familiares/cuidadores. Um problema de saúde pública que é ainda incipiente no Brasil: particularmente, na região Nordeste.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.
2. Leite MAC, Nogueira DA, Terra FDS. Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service. *Rev Rene* [Internet]. 2015 Jan-Feb [cited 2016 Oct 13]; 16(1):38-45. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1833/pdf_1
3. Piacentini AB, Menezes H. Recentes aspectos sobre a biologia do câncer e das metástases. *Rev Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2013 May-Aug [cited 2013 Dec 05]; 5(3):593-604. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5055/2832>
4. World Health Organization. Definição da OMS de cuidados paliativos [Internet]. 2017 [cited 2017 May 19]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (The WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 Nov [cited 2013 Aug 05]; 41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
6. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, de Paula JM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Jan-Fev [cited 2016 Aug 10]; 15(1):132-40. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Nicolussi2/publication/282978806_qualidade_de_vida_relacionada_a_saude_de_pacientes_com_cancer_em_quimioterapia/links/5625251108aeedae57dae334.pdf
7. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alves-Guzman N. Is health related quality of life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? *Springerplus* [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Jan 10]; (2):664-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24353981>
8. Ferreira MLL, de Souza A, Ferreira LOC, Moura JFP, Junior José IC. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Oct 30]; 18(1):165-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14008>.
9. Freire MEM, Sawada NO, de França ISX, da Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Oct 27]; 48(2):357-67. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf
10. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Oct 27]; 26(1):59-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20152579>
11. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia da pesquisa. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.
12. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.
13. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
14. Fayers P, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer* [Internet]. 2002 Mar [cited 2013 Oct 27]; 38(Suppl4):S125-33. Available from: [http://www.ejccancer.com/article/S0959-8049\(01\)00448-8/pdf](http://www.ejccancer.com/article/S0959-8049(01)00448-8/pdf)
15. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 scoring manual (3rd edition). Brussels: EORTC [Internet]. 2001 [cited 2013 Oct 27]. Available from: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº102 de 3 de fevereiro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [cited 2016 Nov 17]. Available from: <http://>

- bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html
17. Souza RS, Simão DAS, Lima, EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2013 Nov 25];16(1):38-47. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>
 18. Andrade V, Sawada, NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Oct 15]; 47(2):355-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200012
 19. Turhal NS, Demirhan S, Satici C, Kinar A. Personality traits in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Dec 18]; 14(8):4515-8. Available from: http://journal.waocp.org/article_27981_5cc9ebcbdcc40a5eb6ca718e06e661c4.pdf
 20. Underwood JM, Townsend JS, Stewart SL, Buchanan N, Ekwueme D, Hawkins NA, et al. Surveillance of demographic characteristics and health behaviors among adult cancer survivors. Behavioral risk factor surveillance system, United States, 2009. *Surveillance Summaries MMWR* [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 27]; 61(SS01):1-23. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6101a1.htm>
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico de 2010: Pirâmide etária. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
 23. Caissie A, Culleton S, Nguyen J, Zhang L, Zeng L, Holden L, et al. EORTC QLQ-C15-PAL quality of life scores in patients with advanced cancer referred for palliative radiotherapy. *Support Care Cancer* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Nov 14]; 20(4):841-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21538099>
 24. Liu Y, Zhang PY, Na J, Ma C, Huo WL, Han L et al. Prevalence, intensity, and prognostic significance of common symptoms in terminally ill cancer patients. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 Jul [cited 2013 Oct 09];16(7):752-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23697815>.
 25. Dias LD, Guedes de Brito GE, Forte FDS, Brindeiro de Araújo KM, Lucena EMF. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa-PB. *Rev Bras Promoção Saúde* [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2013 Oct 20]; 25(1):86-96. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2215/2436>.
 26. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, de Oliveira V, de Mazzardo OCW. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 May [cited 2013 Oct 27]; 29(5):955-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>
 27. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 Oct 22]; 19(8):3497-504. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03497.pdf>
 28. Batista DRR, Mattos M de, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 Jul-Sep [cited 2016 Nov 02]; 5(3):499-510. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709.pdf>
 29. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [cited 2016 Nov 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
 30. Cunha FF, Rego L, Paiva. Enfermagem diante da dor oncológica. *Rev dor* [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 Nov 17]; 16(2):142-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200142&lng=en&nrm=iso
 31. Oliveira AL, da Palma SN, Cunha BAS. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Rev dor* [Internet]. 2016 Sep [cited 2016 Nov 20]; 17(3):219-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300219&lng=en
 32. Masika GM, Wettergren L, Kohi TW, von Essen L. Health-related quality of life and needs of care and support of adult tanzanians with cancer: a mixed-methods study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Oct 27]; 10(133):1-10. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-133>
 33. Bedard G, Zeng L, Zhang L, Lauzon N, Holden L, Tsao M, et al. Minimal important differences in the EORTC QLQ-C30 in patients with advanced cancer. *Asia Pac J Clin Oncol* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Oct 28]; 10(2):109-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajco.12070/full>
 34. Minosso JSM, de Souza, LJ, Oliveira MAC. Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 Aug [cited 2016 Nov 3]; 25(3):e1470015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300501&lng=en

35. Zimmermann C, Burman D, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Moore M, et al. Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2011 May [cited 2013 Oct 27]; 19(5):621-9. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-010-0866-1>
36. Lam K, Chow E, Zhang L, Wong E, Bedard G, Fairchild A, et al. Determinants of quality of life in advanced cancer patients with bone metastases undergoing palliative radiation treatment. *Support Care Cancer* [Internet]. 2013 Nov [cited 2013 Oct 29]; 21(11):3021-30. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-013-1876-6>
37. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estud Econ* [Internet]. 2012 Apr-Jun [cited 2013 Nov 08]; 42(2):229-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001

Correspondência: Maria Eliane Moreira Freire
Rua Jaime Carvalho Tavares de Melo, 1600, apt 603
58038-260 – Manaíra, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: enf.elimoreirafreire@gmail.com

Recebido: 14 de janeiro de 2017
Aprovado 03 de agosto de 2017
This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY).