

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES EM TRATAMENTO PALIATIVO NO CENTRO DE ONCOLOGIA DE UM HOSPITAL EM MACEIÓ

Ana Carolina Pastl Pontes<sup>1</sup>

Anderson Acioli Soares<sup>2</sup>

Ana Priscila Almeida Ferreira<sup>3</sup>

Maiara Vasconcelos Paiva<sup>4</sup>

Medicina

**RESUMO:** Na medicina, o alívio da dor e sofrimento do paciente, são princípios fundamentais, sobretudo, quando a cura da doença não é possível. A partir disso surge o cuidado paliativo, caracterizado por um conjunto de ações que visa melhorar a qualidade de vida de um paciente com doença sem possibilidade de cura. O objetivo desse estudo foi compreender o perfil e o grau de qualidade de vida do paciente submetido a cuidados paliativos, a fim de demonstrar a qualidade do serviço prestado. Foi realizado um estudo de corte transversal constituído por 48 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, avaliando a qualidade de vida através do questionário EORTC QLQ C15-PAL no período de fevereiro de 2019 a outubro de 2020. O sexo de maior prevalência foi o sexo feminino, sendo o câncer de mama o mais prevalente. Por conseguinte, no sexo masculino o câncer de próstata foi o mais prevalente. Observou-se um bom escore da média da Qualidade de Vida. A qualidade de vida é um aspecto que deve ser avaliado nas consultas de cuidados paliativos, tanto em relação aos sintomas, quanto a perspectiva do próprio paciente em relação a isso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos; Qualidade de Vida; Oncologia.

**ABSTRACT:** One of the main goals of medicine is to provide relief from the pain and suffering of the patient, in addition to curing the disease, which is not always possible. From this emerges palliative care, characterized by a set of actions that aims to improve the quality of life of a patient with disease with no possibility of cure. The objective of this study was to understand the profile and quality of life of the patient undergoing palliative care, in order to demonstrate the quality of the service provided. A cross-sectional study was carried out consisting of 48 oncological patients in palliative care, evaluating the quality of life through the EORTC QLQ C15-PAL questionnaire from February 2019 to October 2020. Regarding gender, the highest prevalence was female, breast cancer being the most prevalent. As a result, the male sex was the most prevalent prostate cancer. A good quality of life score was observed. Quality of life is an aspect that should be evaluated in the palliative care consultations, both in relation to the symptoms, and the patient's own perspective on this.

**KEYWORDS:** Palliative Care;Quality of life;Medical oncology.

## • INTRODUÇÃO

"Curar quando possível, aliviar quando necessário, consolar sempre" (DRUSS, 2003). O aforismo supracitado reflete a essência da medicina paliativa, que aflorou naturalmente como síntese da própria ciência médica e do compromisso do médico para com o paciente que sofre, demonstrando a ideia de uma medicina que mesmo não sendo possível atingir a cura, proporciona o alívio da dor do paciente de forma holística (REZENDE, 2009).

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2020). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), a segunda principal causa de morte no mundo é o câncer,

responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018. Em recente análise do estudo Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE), publicada pelo periódico The Lancet, o câncer é a principal causa de morte em países ricos (DAGENAIS et al, 2020). Alguns cânceres, como o de mama, colo do útero, oral e colorretal, quando detectados precocemente, tem uma alta taxa de cura. Esses cânceres não diagnosticados precocemente e outros tipos de cânceres com baixa taxa de cura são candidatos a um cuidado mais específico, os cuidados paliativos (OPAS, 2018). Considerando o aumento gradativo da incidência de doenças com risco a continuidade da vida, devido ao aumento da expectativa de vida, é de suma importância compreender a importância dos Cuidados Paliativos para estas pessoas e como esse tratamento pode manter a qualidade de vida dos mesmos.

O termo Cuidado Paliativo é caracterizado como um conjunto de ações que visa melhorar a qualidade de vida de um paciente com doença que afeta a continuidade da vida, considerando também a melhoria da qualidade de vida dos seus familiares e cuidadores, inclusive no processo de luto. Esse conjunto de ações inclui o alívio dos sintomas, a detecção precoce e prevenção de sofrimento psicossocial, físico e espiritual (MATOS; PULSCHEN, 2015), afirmando a vida e confirmando a morte como fazendo parte natural do curso da vida (AL-MAHREZI; AL-MANDHARI, 2016). Para tal atividade, é necessária uma equipe multidisciplinar especializada, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos, além de outros profissionais que podem ser inseridos conforme a demanda do paciente (HENNESSY et al., 2013).

Já o termo qualidade de vida tem várias definições, a mais aplicável nos cuidados paliativos, é relacionada ao bem-estar físico e psicológico do paciente, incluindo a sua funcionalidade (MATOS; PULSCHEN, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que esses aspectos podem ser alcançados em mais de 90% dos pacientes que realizam cuidados paliativos (OPAS, 2018). A avaliação da qualidade de vida nesses pacientes visa identificar a sua condição global e verificar a qualidade do serviço prestado (CORREIA; DE CARLO, 2012), pois valores altos de qualidade de vida refletem

a qualidade dos cuidados paliativos realizados no local (MATOS; PULSCHEN, 2015).

O movimento “*hospice*” teve início em 1967, na Inglaterra. Criado por Cicely Saunders, o qual discursa sobre o cuidado com uma pessoa com doença que afeta o ciclo da vida, com o objetivo de aliviar sofrimento psíquico, físico, espiritual e social. Ou seja, o objetivo não era curar, mas sim de aliviar os sintomas, sejam eles de natureza objetiva ou subjetiva, conceito utilizado ainda hoje. No Brasil, os Cuidados Paliativos ganharam notoriedade no ano de 2010, com o surgimento da Medicina Paliativa, a qual antes não tinha formação específica para médicos (CORREIA; DE CARLO, 2012). Sendo assim o objetivo principal desse estudo foi compreender o perfil do paciente e o grau de qualidade de vida do paciente em Cuidados Paliativos no Centro de Oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), a fim de demonstrar a efetividade dessa prática e a qualidade do serviço prestado.

- **METODOLOGIA**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes sob o parecer número 3.175.246. A partir dessa aprovação foi realizado um estudo de corte transversal com processo de seleção amostral por conveniência constituído por 48 pacientes oncológicos em cuidados paliativos no serviço do HUPAA/UFAL, no período de fevereiro de 2019 a outubro de 2020, foram adotados como critérios de inclusão paciente acompanhado pela equipe de Cuidados Paliativos por no mínimo seis dias, lúcido, consciente e capaz de responder ao questionário e como critérios de exclusão pacientes sem condições cognitivas e clínicas de responder ao questionário.

Foi aplicado o questionário QLQ-C15-PAL da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C15-PAL), o qual foi traduzido para o português do Brasil e foi escolhido nesse estudo por ser um questionário confiável e válido para avaliar qualidade de vida em pacientes brasileiros em Cuidados Paliativos (NUNES, 2014). Além disso, é considerado um questionário de fácil compreensão e rápido de responder, proporcionando mais conforto ao paciente. O questionário é composto por 15 perguntas que incluem

alguns quesitos da capacidade funcional do paciente, da capacidade emocional (como irritabilidade e nervosismo) e alguns sintomas como dor, constipação e inapetência. A qualidade de vida é quantificada em uma escala numérica de 1 (péssima) a 7 (ótima). O valor atribuído a cada questão foi calculado conforme a instrução de pontuação disponibilizada no questionário. Após exposição do objetivo do trabalho e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os pacientes que aceitaram participar assinaram o TCLE e logo após responderam o questionário, sendo garantido o anonimato dos pacientes.

Além disso, foram coletados dados do prontuário como: idade, doença de base que levou o paciente a realizar cuidados paliativos e há quanto tempo está realizando, qual o tratamento farmacológico e não farmacológico no momento, quais tratamentos foram realizados anteriormente e a classificação na Escala de *Performance* Paliativa (PPS). A PPS é composta por 11 níveis de “*performance*”, de 0% a 100%, com intervalo de 10% entre eles. A porcentagem zero indica morte, enquanto que a porcentagem 100 indica nível normal de funcionalidade e nível de consciência. O PPS é uma avaliação funcional do paciente, a qual deve ser realizada diariamente em pacientes internados e em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, visto que é uma escala que prevê prognóstico e que tem sido utilizada na tomada de decisões (DE CARVALHO; PARSONS, 2013).

Com relação aos itens do questionário de avaliação da qualidade de vida, foram realizados os cálculos dos escores dos domínios de acordo com a orientação do manual do grupo EORTC.

Após coleta os dados foram analisados sendo tratados estatisticamente por IBM SPSS Statistics Subscription (2011-2018) para o Teste *t* de Student com um intervalo de confiança de 95% e na planilha excel da Microsoft corporation para as correlações de Pearson, entre outros parâmetros utilizados para efeito estatístico e estudo dos resultados. Foi utilizada a medida Alfa de Cronbach(a) para testar a consistência interna desse estudo.

- **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi composta predominantemente pelo sexo feminino, representando 67%, enquanto o sexo masculino representou 33% em uma amostra de 48 pacientes, o que corrobora com outros estudos (FREIRE et al., 2018) (NICOLUSSI et al., 2016). A média de idade do estudo foi 70 anos ( $\pm 20$  anos), conforme demonstrado na Tabela 01. Desses, 67% (n=32) estavam em atendimento ambulatorial, 29% (n=14) eram pacientes internados e 4% (n=2) estavam em atendimento domiciliar.

Conforme observado na tabela 01, a média da duração (em dias) do tratamento em cuidados paliativos foi de 215 dias ( $\pm 232$ ), com um mínimo de 7 dias e um máximo de 1112 dias.

**Tabela01. Idade, sexo e duração dos cuidados paliativos**

| Variável                                      | Resultado |
|---|-----------|
| <b>Idade (anos)</b>                           |           |
| Média   | 70        |
| Desvio padrão                                 | 20        |
| Mediana                                       | 71        |
| Mínimo  | 27        |
| Máximo  | 105       |
| <b>Sexo (%)</b>                               |           |
| Feminino                                      | 67%       |
| Masculino                                     | 33%       |
| <b>Duração dos Cuidados Paliativos (Dias)</b> |           |
| Média   | 215       |
| Desvio padrão                                 | 232       |
| Mediana                                       | 147       |
| Mínimo  | 6         |
| Máximo  | 1112      |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.**

A maior prevalência nos diagnósticos, segundo o sexo, foi no feminino, o câncer de mama (n=8; 17%), seguido pelo câncer de colo de útero (n=5; 10%), o que entra em concordância com dados do INCA de 2020, no qual a neoplasia de mama corresponde a uma incidência de 29,7% (em número absoluto de 66.280) novos casos de cânceres em mulheres no Brasil. Já no sexo masculino, a maior prevalência foi da neoplasia maligna de próstata (n=7; 15%), o qual corrobora com a literatura que afirma que o câncer de próstata é a

neoplasia mais incidente em homens no Brasil, excluindo-se os tumores de pele não-melanoma (INCA, 2020).

Segundo a estimativa do INCA de 2020, na região Nordeste o câncer mais incidente no sexo feminino, excluindo os tumores de pele não-melanoma, é o câncer de mama seguido de câncer de colo de útero (INCA, 2020).

**Tabela 02. Distribuição dos pacientes de acordo com o diagnóstico**

| Diagnóstico                                 | Número de pacientes | Frequência | Sexo     |           |
|---|---------------------|------------|----------|-----------|
|   |                     |            | Feminino | Masculino |
| Linite plástica                             | 1                   | 2%         | -        | 1         |
| Câncer de mama                              | 8                   | 17%        | 8        | -         |
| Câncer de pênis                             | 1                   | 2%         | -        | 1         |
| Neoplasia maligna de próstata               | 7                   | 15%        | -        | 7         |
| Carcinoma Epidermóide de Orofaringe         | 2                   | 4%         | 2        | -         |
| Mieloma Múltiplo e plasmocitoma             | 1                   | 2%         | 1        | -         |
| Câncer de colo de útero                     | 5                   | 10%        | 5        | -         |
| Câncer metastático de sítio primário oculto | 1                   | 2%         | -        | 1         |
| Astrocitoma Anaplásico                      | 1                   | 2%         | 1        | -         |
| Linfoma de manto                            | 1                   | 2%         | -        | 1         |
| Carcinoma papilífero de bexiga              | 1                   | 2%         | 1        | -         |
| Neoplasia ovariana                          | 2                   | 4%         | 2        | -         |
| Neoplasia do rim                            | 2                   | 4%         | 2        | -         |
| Neoplasia pulmonar                          | 3                   | 6%         | 2        | 1         |
| Adenocarcinoma de endométrio                | 1                   | 2%         | 1        | -         |
| Neoplasia de corpo uterino                  | 1                   | 2%         | 1        | -         |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

O câncer é a segunda maior causa de morte por doenças no Brasil, sendo que 1/3 deles podem ser prevenidos, outro 1/3 é controlado ou curado e apenas 1/3 dos casos são paliados (FREIRE et al., 2018). Por esse motivo, são necessárias ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento em momento oportuno e diminuição da incidência de alguns cânceres, como já está previsto na 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), regulamentada pela portaria nº874 de 16 de maio de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Observa-se por esse estudo que ainda há uma prevalência de doenças capazes de ser prevenidas, como câncer de colo de útero (10%) e outras que podem ser realizadas diagnósticos precoces para que possam alcançar oportunidade de controle ou cura, como por exemplo, câncer de mama (16,7%) e de próstata (20%). Esses dados indicam que apesar de ter ações específicas para alguns cânceres, ainda existem ações de prevenção e detecção precoce a serem implantadas na Atenção Básica à Saúde, para consequente redução da morbidade e mortalidade por câncer.

Em relação aos tratamentos, a maioria dos pacientes realizaram tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia (n=11; 23%). Houve também que só realizaram quimioterapia (n=9; 19%). E os que somente realizaram quimioterapia e radioterapia (n=6; 13%). Apenas poucos pacientes fizeram qualquer outro tratamento não citado na tabela ou não desejou realizar nenhum tipo de tratamento (n=2; 4%)

**Tabela 03. Distribuição quanto aos tratamentos realizados**

| <b>Tratamento</b>                                  | <b>Número de pacientes</b> | <b>Frequência</b> |
|--|----------------------------|-------------------|
| Quimioterapia                                      | 9                          | 19%               |
| Radioterapia                                       | 5                          | 10%               |
| Quimioterapia e radioterapia                       | 6                          | 13%               |
| Tratamento cirúrgico e quimioterapia               | 4                          | 8%                |
| Tratamento cirúrgico e radioterapia                | 2                          | 4%                |
| Tratamento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia | 4                          | 23%               |

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Outros tratamentos   | 1 | 2%  |
| Virgem de tratamento | 7 | 15% |
| Não deseja realizar  | 2 | 4%  |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.**

Quanto a avaliação da qualidade de vida, no item Funcionamento Físico foi observado uma média de 50,9% (DP±36) (Tabela 04). Esse valor é considerado um resultado satisfatório (resultado entre 50,0 e 70,0) e remete ao fato de que o maior valor de PPS foi de 100% (deambulação normal sem evidência da doença, autocuidado completo, ingestão normal e nível de consciência completo) em apenas um dos pacientes, ou seja, a maioria dos entrevistados existia algum grau de declínio da funcionalidade física. Além disso, houve uma correlação estatisticamente significativa entre o valor de PPS e a escala funcional física. É necessário levar em consideração que a idade média do estudo foi 70 anos, ou seja, alguns pacientes têm alterações na funcionalidade física devido ao processo natural do envelhecimento (FREIRE et al., 2018).

No item da Funcionalidade Emocional foi de 43,4% (DP±41,9) (Tabela 04). Segundo a literatura pode haver uma correlação entre a funcionalidade física e emocional, pois a capacidade funcional do paciente pode estar afetada por um sofrimento intenso que não está sendo tratado, o que pode, inclusive, distorcer o prognóstico (DE CARVALHO; PARSONS, 2013). Porém, não devem ser afastados dois fatores para análise da funcionalidade: idade e as comorbidades, pois esses dois também são capazes de reduzir a autonomia e independência desses pacientes (VEIGA et al., 2016). Dentre os aspectos avaliados na capacidade funcional, a locomoção foi a mais afetada entre os pacientes, com média de resposta de 2,8. Enquanto que Atividades da Vida Diária (AVD's), como se alimentar sozinho e higiene pessoal, teve uma média de respostas de 2,1. Nesse estudo não houve uma correlação estatística entre a escala funcional emocional e funcional física. A maior correlação da escala funcional emocional foi, curiosamente, com a qualidade de vida, sendo demonstrado na Tabela 05.

A média da Qualidade de Vida Geral foi de 76% (DP±28,3), considerado um bom escore por se aproximar de 100% (máximo) o que reflete uma boa prestação de serviços. Na literatura há uma relação entre o declínio da qualidade de vida junto com o declínio da funcionalidade (BARBOSA et al., 2014), porém neste trabalho não houve uma correlação estatística. Quando essa relação diverge, um valor relativamente alto de qualidade de vida pode estar relacionado à espiritualidade, que segundo um estudo, foi considerado pelos pacientes como o aspecto mais importante entre os 44 atributos de qualidade de cuidados no final da vida, além disso, foi relatado que é uma fonte de bem-estar e qualidade de vida (PERES et al., 2007). MELIN-JOHANSSON et al., 2008 realizaram um estudo com pacientes em cuidados paliativos domiciliar e demonstraram que o apoio da equipe dos cuidados paliativos tem um efeito positivo sobre a qualidade de vida do paciente.

Na subescala de sintomas a média da dispneia foi de 23,6% (DP±37), da dor 49,3%(DP±36,5), da insônia 32,6%(DP±38,6), da fadiga 45,5% (DP±35,2), da perda do apetite 44,4% (DP±43,7), das náuseas 25%(DP±37,3), da constipação 38,9%(DP±40,9).

A principal queixa dos pacientes foi de dor (49,3%), seguida de fadiga (45,5%). Segundo Freire (2018), alguns tratamentos do câncer podem gerar uma fadiga crescente no paciente, além de uma redução do peso e da força muscular, levando o paciente ao comprometimento da sua capacidade funcional, o que pode alterar significativamente a qualidade de vida do mesmo. Enquanto que um funcionamento emocional comprometido pode estar correlacionado à maior percepção da dor (PERES et al., 2007), dado este que corrobora com este estudo, que evidenciou uma correlação entre funcionamento emocional e dor (tabela 5).

A dor, neste estudo, teve maior correlação com náuseas, apetite, funcionalidade emocional, fadiga e qualidade de vida como demonstrado na tabela 5. A dor é uma queixa frequente nos pacientes oncológicos, podendo estar relacionado ao próprio câncer, metástases, medidas terapêuticas e procedimentos. É um sintoma subjetivo capaz de causar incapacidade e sofrimento ao paciente, gerando um impacto na qualidade de vida do mesmo (ROCHA et al., 2015). A forma como a dor é capaz de afetar a ingesta

alimentar do paciente é que este se priva devido ao alimento desencadear ou piorar algum sintoma mal controlado, ou por apresentar dor secundária a algum tratamento medicamentoso. A equipe de cuidados paliativos deve estar preparada para conseguir identificar esse sintoma e realizar estratégias eficazes para sua redução, visto que é a principal reclamação dos pacientes (SILVA et al., 2010).

Dentro deste contexto em que deparamo-nos com doentes gravemente enfermos, ou seja, com dores muito complexas, profundas e existenciais vale a pena mencionar o conceito de dor total, elaborado por Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher's Hospice, que dizia: "quando não era mais possível curar, era possível cuidar", amenizando assim os sintomas mencionados anteriormente. Sendo o objetivo de permitir que o paciente pudesse viver tão plena e dignamente quanto possível a doença e a morte (CARVALHO, 2020).

**Tabela 04. Avaliação da Qualidade de Vida**

| <b>Sub Escalas Funcionais</b>                 | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão (DP)</b> |
|---|--------------|---------------------------|
| Funcionamento Físico                          | 50,9         | 36                        |
| Funcionamento Emocional                       | 43,4         | 41,9                      |
| <b>Sub Escalas dos Sintomas</b>               | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão</b>      |
| Dispneia                                      | 23,6         | 37,0                      |
| Dor   | 49,3         | 36,5                      |
| Insônia                                       | 32,6         | 38,6                      |
| Fadiga  | 45,5         | 35,2                      |
| Apetite                                       | 44,4         | 43,7                      |
| Náuseas                                       | 25           | 37,3                      |
| Constipação                                   | 38,9         | 40,9                      |
| <b>Sub Escala Global de Qualidade de Vida</b> | <b>Média</b> | <b>Desvio Padrão</b>      |
| Qualidade de Vida Geral                       | 76           | 28,3                      |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.**

As maiores correlações foram entre saúde global com funcionamento emocional (-0,589), náusea com dor (0,559); saúde global com náuseas (-0,517), náusea com dispneia (0,453); fadiga com dispneia (0,447);

funcionamento emocional com náusea (0,425); saúde global com dispneia (-0,373); insônia e funcionamento físico (0,378); constipação com fadiga (0,371); saúde global com apetite (-0,363); funcionamento emocional com dor (0,356); apetite com dor (0,346); insônia com dispneia (0,310); saúde global com insônia (-0,297); funcionamento emocional com apetite (0,273); saúde global com dor (-0,273); funcionamento emocional com dispneia (0,217) e náuseas com insônia (0,176).

**Tabela 05. Correlação entre os escores do questionário EORTC QLQ C15-PAL (Teste de Pearson)**

|   | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>D</b> | <b>E</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Escala de funcionamento físico (A)</b> | 1        |          |          |          |          |
| <b>Dispneia (B)</b>                       | 0,409    | 1        |          |          |          |
| <b>Dor (C)</b>                            | 0,108    | 0,380    | 1        |          |          |
| <b>Insônia (D)</b>                        | 0,378    | 0,310    | 0,201    | 1        |          |
| <b>Fadiga (E)</b>                         | 0,443    | 0,447    | 0,310    | 0,172    | 1        |
| <b>Falta de apetite (F)</b>               | 0,269    | 0,127    | 0,346    | -0,051   | 0,295    |
| <b>Náusea (G)</b>                         | 0,170    | 0,453    | 0,559    | 0,176    | 0,430    |
| <b>Constipação (H)</b>                    | 0,312    | -0,083   | 0,098    | 0,152    | 0,371    |
| <b>Funcionamento emocional (I)</b>        | 0,266    | 0,217    | 0,356    | 0,246    | 0,328    |
| <b>Escala de saúde global (J)</b>         | -0,378   | -0,373   | -0,273   | -0,297   | -0,289   |
|   |          |          |          |          |          |
|   | <b>F</b> | <b>G</b> | <b>H</b> | <b>I</b> | <b>J</b> |
| <b>Falta de apetite (F)</b>               | 1        |          |          |          |          |
| <b>Náusea (G)</b>                         | 0,420    | 1        |          |          |          |
| <b>Constipação (H)</b>                    | 0,216    | 0,124    | 1        |          |          |
| <b>Funcionamento emocional (I)</b>        | 0,273    | 0,425    | 0,167    | 1        |          |
| <b>Escala de saúde global (J)</b>         | -0,363   | -0,517   | -0,056   | -0,589   | 1        |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.**

O câncer e seu tratamento, de alguma forma afetam o paciente, levando ao aparecimento de sintomas difíceis de serem controlados, déficits nas funções desempenhadas e problemas psicossociais, prejudicando de alguma forma a sua qualidade de vida. Com o maior controle dos efeitos colaterais desses

tratamentos e adesão do paciente ao tratamento complementar, reduzindo conseqüentemente os sintomas, é possível melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes (SILVA et al., 2010; NICOLUSSI et al., 2016). Ao término da coleta de dados, em outubro de 2020, foi constatado a partir da revisão e análise do prontuário eletrônico dos pacientes entrevistados desde o início da pesquisa, a evolução para o óbito de 42% destes, levando-se em conta a ocorrência hospitalar e em domicílio. Sendo a média de 433 dias entre o início do tratamento de cuidados paliativos e o óbito (DP  $\pm$ 390), mediana de 399 dias. A duração do tratamento para estes pacientes foi de no mínimo 6 dias e de no máximo 1552 dias. A taxa de óbitos foi inferior à encontrada por MARCUCCI et al, 2019, que foi de 67,1%, dos 129 pacientes que participaram do estudo, e levou em consideração apenas os óbitos que ocorreram em ambiente hospitalar.

A consistência interna desse estudo foi avaliada através do coeficiente alfa de cronbach com o valor de 1,07 que é considerado um resultado quase perfeito (Landis J.R , Koch G.G , 1977). A principal limitação do estudo seria amostra pequena, a maioria atribuída a três fatores, são eles: a incapacidade física e cognitiva de responder ao questionário, o não comparecimento às consultas ambulatoriais dos cuidados paliativos e o período de quarentena obrigatória devido à pandemia causada pelo SARS-COV-2.

#### • **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A qualidade de vida é um aspecto fundamental que deve ser avaliado periodicamente no acompanhamento do paciente pela equipe de cuidados paliativos, não apenas em relação aos sintomas, mas também a perspectiva do próprio paciente em relação a isso. Esta é uma variável difícil de ser avaliada, pois depende de fatores clínicos, psicossociais e espirituais do paciente. Portanto, a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos deve estar atenta às necessidades do paciente a fim de prover o suporte adequado, levando em consideração que a saúde tem um alto grau de subjetividade e determinação histórica, já que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação.

Os resultados desse estudo mostraram que apesar da maioria apresentar pelo menos uma reclamação no escore de funcionalidade física, emocional ou de sintomas, a qualidade de vida permanece relativamente alta, o que parece ter relação com a prestação de serviços da equipe multidisciplinar que acompanha esses pacientes bem como os dispositivos sociais em que eles estão inseridos.

- **SOBRE O TRABALHO**

A Instituição em que foi executada a pesquisa está ciente dos termos da Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde assim como se prontificou a fornecer os insumos necessários a execução desse estudo. Esta pesquisa não obteve auxílio de financiamento externo.

## REFERÊNCIAS

AL-MAHREZI, Abdulaziz; AL-MANDHARI, Zahid. Palliative Care: Time for Action. *Oman Medical Journal*, [s.l.], v. 31, n. 3, p.161-163, 1 maio 2016. *Oman Medical Journal*.

BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 1–12, 2017.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, 2014.

CARVALHO, Maria Margarida M. J.. A dor do adoecer e do morrer. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 322-328, dez. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009&lng=pt&nrm=iso)>. acesso 12 out. 2020.

CORREIA, F. R.; DE CARLO, M. M. R. DO P. Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 10 telas, 2012.

DAGENAIS, Gilles R. et al.; Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10226, p. 785-794, mar. 2020.

DRUSS, R. G. ; “Introspections. To Comfort Always”. **The American Journal of Psychiatry**, 160, jan. 2003.

FREIRE, M. E. M. et al. Health-Related Quality of Life of Patients With Cancer in Palliative Care. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–13, 2018.

Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017

HENNESSY, J. E. et al. Practical issues in palliative and quality-of-life care. **Journal of oncology practice**, v. 9, n. 2, p. 78–80, mar. 2013.

Estimativa 2020: incidência e mortalidade por câncer no Brasil. **INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** Ministério da Saúde. Ministério da saúde. 2020.

Landis, J. Richard, and Gary G. Koch. “The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data.” **Biometrics**, vol. 33, no. 1, 1977, pp. 159–174. Disponível em <<http://www.jstor.org/stable/2529310>>. Acesso 12 out. 2020.

MATOS GDR; PULSCHEN AC. Patients Quality of Life in a Palliative Care Unit : a Transversal Study. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 2, p. 123–129, 2015.

MELIN-JOHANSSON, Christina et al. The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. **Palliative And Supportive Care**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.231-238, 28 jul. 2008. Cambridge University Press (CUP).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)> Acesso 22 de maio 2019.

NICOLUSSI, A. C. et al. Health-related quality of life of cancer patients undergoing radiotherapy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 1, 2016.

NUNES, N. A. H. The quality of life of Brazilian patients in palliative care: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL).

**Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 6, p. 1595–1600, jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OPAS**: Folha informativa- Câncer, 2018.

Disponível

em <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em: 22 de maio 2019.

PERES, F. P. M. et al. Incorporating spirituality and religiosity in pain management and palliative care. **Psychiatry Interpersonal and Biological Processes**, v. 34, n. 11, p. 82–87, 2007.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre. pp. 55-59.

ROCHA, A. DE F. P. et al. O alívio da dor oncológica: Estratégias contadas por adolescentes com câncer. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 96–104, 2015.

SILVA, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional . Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos \*. **Revista de Dor**, v. 11, n. 4, p. 282–288, 2010.

TAVARES DE CARVALHO, R.; AFONSECA PARSONS, H. Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, p. 517–530, 2013.

VEIGA, B. et al. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0.

**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1015–1021, 2016.

1 Graduada em medicina pela Universidade Federal de Alagoas (2008), Residência médica em cirurgia geral pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas e em cirurgia de cabeça e pescoço pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS/RJ. Discente do Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, USCS, São Caetano Do Sul, Brasil. Docente do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) da Habilidade Profissional Clínica e Cirúrgica, Supervisora da Habilidade Cirúrgica.

E-mail: acpp83@gmail.com

2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas (2009), Residência médica em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – UFAL , Residência médica em Geriatria pelo Hospital Escola Getúlio Vargas (Recife-PE), Residência médica em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (Recife-PE), Mestre em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (Recife-PE). Médico Clínico do HUPAA (Maceió-AL), Médico Paliativista do HUPAA (Maceió-AL), Médico Geriatra da empresa Humanizar - saúde domiciliar.

E-mail: Acioli\_anderson@yahoo.com.br

3 Acadêmica do 11º período de Medicina no Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: pri.almeida20@hotmail.com

4 Acadêmica do 11º período de Medicina no Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL.

E-mail: maiaravpaiva@gmail.com



