



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

GIOVANNA BASSI DINIZ

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
MALIGNIDADES HEMATOLÓGICAS**

GOIÂNIA, OUTUBRO DE 2022

GIOVANNA BASSI DINIZ

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM
MALIGNIDADES HEMATOLÓGICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Rogério José de Almeida

GOIÂNIA, OUTUBRO DE 2022

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, aos meus amigos e a Dra Silvia Brandalise, por me incentivarem a pesquisar sobre qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me abençoar e me ajudar a seguir em frente.

Ao Honcord por permitir que minha pesquisa fosse realizada. Agradeço ao Dr. Frederico Saddi, Dr. Adriano Arantes, Dr. Cesar Bariani e Dr. Leandro Bariani.

Agradeço a todos os membros da minha família em especial ao meu pai, a minha mãe e a minha irmã por me apoiarem.

Agradeço aos meus amigos Maik, Bruno, Jhonathan, Elias, Tiago, Denyse, Lorrany, Rejane, Murilo, Fábio, Paulo, Maurício Júnior e ao meu terapeuta Luciano.

Agradeço ao meu orientador Dr. Rogério José de Almeida por sempre me incentivar.

Aos pacientes que participaram da pesquisa, pois sem eles nada seria possível.

Agradeço a todos os colegas de trabalho que me acompanharam nessa jornada e fizeram parte do desenvolvimento deste trabalho. Em especial às farmacêuticas Tânia e Charlene, à enfermeira Andréa, à recepcionista Loane e às minhas chefes Márcia e Renata.

LISTA DE SIGLAS

CRS – Células de Reed-Sternberg.

EORTC QLQ C30 - *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life*.

GLOBALCAN (Global Cancer Observatory) - Observatório Global do Câncer.

HIS - *Health Insurance Study Rand* (Estudo de Seguro de Saúde).

INCA - Instituto Nacional do Câncer.

ISS - Sistema Internacional de Estadiamento.

LH - Linfoma Hodgkin.

LLA - Leucemia linfóide aguda.

LLC - Leucemia linfóide crônica.

LMA - Leucemia mieloide aguda.

LMC - Leucemia mieloide crônica.

LNH - Linfoma não Hodgkin.

MM - Mieloma Múltiplo.

NHP - *Nottingham Health Profile* (Perfil de Saúde de Nottingham).

NK (Natural killer Cells) - Células Exterminadoras Naturais.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONA - Organização Nacional de Acreditação.

PRO - Resultados relatados pelo paciente.

Questionnaire Core 30 - Questionário de Qualidade de Vida Núcleo 30.

QV - Qualidade de vida.

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde.

SF36 The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) - Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida.

SIP (The Sickness Impact Profile) - O Perfil de Impacto da Doença.

WHOQOL - Organização Mundial da Saúde. Avaliação de Qualidade de vida.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Gráfico de barras demonstrando a prevalência de sinais e sintomas dos pacientes com malignidades hematológicas durante o tratamento com quimioterapia (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 202..... 44
- Figura 2 Gráfico de barras demonstrando a prevalência de preocupações relatadas pelos pacientes com malignidades hematológicas durante o tratamento com quimioterapia (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022..... 45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização do perfil sociodemográfico dos 56 pacientes com malignidades hematológicas entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	42
Tabela 2	Caracterização do perfil clínico dos 56 pacientes com malignidades hematológicas entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	43
Tabela 3	Estatísticas descritivas das escalas funcional, de sintomas e de saúde global de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	46
Tabela 4	Resultado da comparação das escalas funcionais e de saúde global com o perfil sociodemográfico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	47
Tabela 5	Resultado da comparação da escala de sintomas com o perfil sociodemográfico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	48
Tabela 6	Resultado da comparação da escala funcional e saúde global com o perfil clínico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	49
Tabela 7	Resultados da comparação entre os escores de sintomas do EORTC-QLQ C-30 e os aspectos clínicos dos pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	50
Tabela 8	Correlação entre o número de sintomas e preocupações no tratamento com quimioterapia em relação às escalas funcional, de sintomas e saúde global (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.....	51

RESUMO

As malignidades hematológicas formam um grupo heterogêneo de cânceres que afetam o sangue, a medula óssea e o sistema linfático. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em um grupo de pacientes com malignidades hematológicas em um serviço privado de quimioterapia de Goiânia-GO. Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa. O grupo de estudo foi formado por pacientes selecionados em um serviço privado de Hematologia e Oncologia, em Goiânia-GO. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram um questionário contendo dados clínicos e sociodemográficos e o European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire Core (EORTC QLQ-C30), desenvolvido e validado para pacientes com câncer hematológico no Brasil. A amostra foi composta por 56 pacientes, sendo 50% de idosos, 53,6% do sexo masculino, 30,4% com diagnóstico de Mieloma Múltiplo e 39,3% faziam quimioterapia há mais de um ano. Os principais sintomas durante o tratamento foram fraqueza (58,9%), boca seca (39,3%), constipação intestinal (33,9%) e dor ou desconforto (33,9%) e as principais preocupações foram com o estado de saúde (58,9%), preocupação com família e amigos (50,0%) e efeitos colaterais do tratamento (44,6 %). Pacientes do sexo feminino apresentaram mais náuseas e vômito comparados ($p < 0,01$), pacientes com LMC, LH, LMA apresentaram pior desempenho da função cognitiva ($p = 0,02$), pacientes com maior tempo de tratamento com quimioterapia apresentaram maior dificuldade financeira ($p = 0,04$). A análise de correlação evidenciou que quanto maior o número de sintomas, pior é a QV em relação às dimensões física ($p = 0,01$) e desempenho ($p = 0,01$) da escala funcional. Quanto maior o número de preocupações no tratamento, pior é a QV em relação às dimensões cognitivo ($p = 0,01$) e social ($p = 0,02$) também da escala funcional. Quanto maior o número de sintomas no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga ($p = 0,01$), dor ($p = 0,04$), dispneia ($p = 0,01$) e perda de apetite ($p = 0,01$). Quanto maior o número de preocupações no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga ($p = 0,04$) e de constipação ($p = 0,01$). Espera-se que este estudo sirva como ponto de partida para pesquisas futuras sobre QVRS em pacientes oncológicos e que seus resultados possam contribuir no planejamento de melhores condições de tratamento aos pacientes com malignidades hematológicas.

Palavras-chave: Câncer; Malignidades hematológicas; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Hematologic malignancies form a heterogeneous group of cancers that affect the blood, bone marrow, and lymphatic system. The objective was to evaluate the health-related quality of life in a group of patients with hematological malignancies in a private chemotherapy service in Goiânia-GO. This is an analytical cross-sectional study with a quantitative approach. The study group was formed by selected patients in a private service of Hematology and Oncology, in Goiânia-GO. The instruments used for data collection were a questionnaire containing clinical and sociodemographic data and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core (EORTC QLQ-C30), developed and validated for patients with hematological cancer in Brazil. The sample consisted of 56 patients, 50% elderly, 53.6% male, 30.4% diagnosed with Multiple Myeloma and 39.3% undergoing chemotherapy for over a year. The main symptoms during treatment were weakness (58.9%), dry mouth (39.3%), constipation (33.9%) and pain or discomfort (33.9%) and the main concerns were with the state health (58.9%), concern for family and friends (50.0%) and side effects of treatment (44.6%). Female patients had more nausea and vomiting compared ($p < 0.01$), patients with CML, HL, AML had worse cognitive function performance ($p = 0.02$), patients with longer chemotherapy treatment had greater difficulty financial ($p = 0.04$). The correlation analysis showed that the greater the number of symptoms, the worse the QoL in relation to the physical ($p = 0.01$) and performance ($p = 0.01$) dimensions of the functional scale. The greater the number of concerns in the treatment, the worse the QoL in relation to the cognitive ($p = 0.01$) and social ($p = 0.02$) dimensions of the functional scale as well. The greater the number of symptoms in the treatment, the greater the symptoms of fatigue ($p = 0.01$), pain ($p = 0.04$), dyspnea ($p = 0.01$) and loss of appetite ($p = 0.01$). The greater the number of concerns in the treatment, the greater the symptoms of fatigue ($p = 0.04$) and constipation ($p = 0.01$). It is hoped that this study will serve as a starting point for future research on HRQoL in cancer patients and that its results may contribute to the planning of better treatment conditions for patients with hematological malignancies.

Keywords: Cancer; Hematologic malignancies; Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Malignidades Hematológicas.....	15
2.1.1 Malignidades Hematológicas - Leucemias.....	16
2.1.2 Malignidades Hematológicas - Linfomas.....	17
2.1.3 Malignidades Hematológicas – Mieloma Múltiplo.....	19
2.2 Quimioterapia.....	21
2.3 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).....	23
2.4 Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com malignidades hematológicas.....	25
2.5 Pesquisas com EORTC QLQ-30 em pacientes com malignidades hematológicas.....	30
3 OBJETIVOS.....	36
3.1 Objetivo Geral.....	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
4 MÉTODOS.....	37
4.1 Caracterização do estudo.....	37
4.2 População e amostra.....	37
4.3 Instrumentos de pesquisa.....	38
4.4 Coleta e tabulação dos dados.....	40
4.5 Análise dos dados.....	41
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	41
5 RESULTADOS.....	42

6 DISCUSSÃO.....	52
7 CONCLUSÃO.....	59
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
9 APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e clínico.....	62
10 APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
11 ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- GO.....	68
12 ANEXO B - EORTC QLQ30.....	72

1 INTRODUÇÃO

As malignidades hematológicas formam um grupo heterogêneo de cânceres que afetam o sangue, a medula óssea e o sistema linfático. As mais comuns incluem as leucemias, os linfomas e o mieloma múltiplo, que variam na origem das células, na prevalência, incidência, comportamento da doença, sintomas e taxa de sobrevivência (SNOWDEN et al., 2017).

O *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) estimou para 2020, 18.094.716 novos casos de câncer, exceto câncer de pele não-melanoma, sendo 544.352 casos de linfoma não-Hodgkin, 83.087 casos de linfoma Hodgkin (LH), 176.404 casos de mieloma múltiplo (MM) e 474.519 casos de leucemias. No mesmo ano as estimativas globais de mortalidade foram de 9.958.133 mortes por câncer, exceto câncer de pele não-melanoma (GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2020).

As malignidades hematológicas são doenças multifatoriais e vários fatores de risco são conhecidos, como exposição primária às radiações ionizantes, exposição a solventes orgânicos, pesticidas e herbicidas, algumas infecções virais, fatores genéticos e estilo de vida são descritos em associação com o desenvolvimento desses cânceres (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022; CHENNAMADHAVUNI; LYENGAR; SHIMANOVSKY, 2022).

A quimioterapia é a principal modalidade usada para o tratamento de pacientes com malignidades hematológicas e seu principal objetivo é inibir a proliferação celular e o crescimento tumoral, evitando assim a disseminação da doença. Entretanto, os efeitos tóxicos da quimioterapia afetam também as células normais do paciente e podem resultar em mielossupressão com anemia, leucopenia e queda na imunidade, náuseas, vômitos, mucosites, alopecia, cansaço, complicações venosas, dentre

outros eventos que também colocam em risco a vida do paciente (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

A administração da quimioterapia aos pacientes com malignidades hematológicas é feita em centros de saúde especializados, por equipes multidisciplinares treinadas, que desempenham um papel fundamental nos cuidados dos pacientes. Avaliações obtidas dos pacientes com câncer, durante o tratamento quimioterápico, fornecem informações relevantes sobre o seu estado de saúde, sobre os eventos adversos e os sintomas ao longo do tratamento, permitindo o planejamento mais adequado de estratégias que podem beneficiar a sobrevida do paciente (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

Nesse contexto, tornar-se relevante estudos que se debruçam sobre a compreensão da qualidade de vida (QV) em paciente com câncer e toda condição que esta doença causa. QV é um conceito multidimensional e amplo que abrange todos os aspectos da vida dos indivíduos e não apenas a ausência de doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura, no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, padrões e percepções (WHOQOL GROUP, 1995). Avaliar a QV dos indivíduos consiste não somente em analisar apenas o estado de saúde, mas a compreensão e percepção destes sobre o funcionamento dos diversos aspectos da vida (REBOUÇAS et al., 2016)

Nos últimos anos, o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) passou a ser usado com foco mais estreito nos efeitos da doença e do tratamento. A QVRS tem por objetivo descrever o estado de saúde percebido pelo paciente, com foco na identificação de o quanto a doença, seus sintomas e o tratamento interferem na vida diária (KARIMI; BRAZIER, 2016). A QVRS retrata a percepção do indivíduo

sobre como o seu estado de saúde ou de doença interfere nos aspectos físicos, mentais (psicológico/emocional), sociais, financeiros e ocupacionais da sua vida, podendo ainda estar associada às enfermidades e aos tratamentos adotados (KARIMI; BRAZIER, 2016).

Em oncologia, avaliar a QVRS em pacientes durante o tratamento consiste em investigar os efeitos do câncer e seu tratamento em conjunto na percepção subjetiva do paciente e de seu bem-estar. Pesquisas de QVRS em pacientes com malignidades hematológicas podem complementar os resultados primários usuais de tratamento, como a taxa de resposta e a sobrevida (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

Estudos de QVRS são escassos no Brasil, especialmente no setor privado e na região centro-oeste. De acordo com busca feita em bancos de dados de publicações científicas, esta é a primeira pesquisa sobre QVRS em pacientes com malignidades hematológicas, em tratamento quimioterápico realizada no centro oeste do Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para se iniciar a discussão teórica da temática em questão, é importante destacar e traçar reflexões sobre temas que serão discutidos e entrelaçados nesta dissertação de mestrado. Para a presente revisão da literatura, optou-se por privilegiar periódicos de divulgação científica. Foram consultados os Periódicos CAPES, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o PubMed.

2.1 Malignidades Hematológicas

As malignidades hematológicas formam um grupo heterogêneo de cânceres que afetam o sangue, a medula óssea e o sistema linfático e as mais comuns incluem as leucemias, os linfomas e os MM, que variam na origem das células, na prevalência, incidência, comportamento da doença, dos sintomas e da taxa de sobrevivência (SNOWDEN et al., 2017).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no triênio 2020 - 2022, foram estimados 10.810 novos casos de leucemias por ano no Brasil, sendo 5.920 em homens e 4.890 em mulheres. A estimativa para linfomas foi de 14.670 novos casos, sendo 8.170 em homens e 6.500 em mulheres. Estimativas de novos casos de mieloma múltiplo não foram disponibilizadas no período avaliado (INCA, 2019).

Em relação a mortalidade por malignidades hematológicas, os dados mais recentes referem-se ao ano de 2017, quando foram registradas 9.196 mortes por leucemias, sendo 4.795 em homens e 4.401 em mulheres; 4.514 óbitos foram registrados em decorrência de LNH, sendo 2.498 em homens e 2.016 em mulheres; os LH foram responsáveis por 609 óbitos, sendo 355 em homens e 254 em mulheres

(INCA, 2019). Dados de mortalidade relativos ao MM no Brasil não foram disponibilizados no período avaliado.

2.1.1 Malignidades Hematológicas – Leucemias

As leucemias consistem em um grupo de doenças hematológicas que surgem a partir da proliferação desorganizada de leucócitos e seus precursores. Com base no estágio da célula progenitora que sofre a transformação maligna e a velocidade da proliferação, as leucemias podem ser classificadas como agudas ou crônicas, e com base na linhagem de célula envolvida podem ser mieloides ou linfoides (CHENNAMADHAVUNI; LYENGAR; SHIMANOVSKY, 2022).

Os subtipos predominantes são a leucemia mieloide aguda (LMA) e a leucemia mieloide crônica (LMC), ambas envolvendo as células da linhagem mieloide. A leucemia linfoblástica aguda (LLA) e a leucemia linfocítica crônica (LLC) envolvem células de linhagem linfóide. Outras variantes menos comuns, como leucemias de células B e T maduras, leucemias relacionadas as células *Natural Killer* (NK), surgem de células leucocitárias maduras (SWERDLOW et al. 2016).

As LMA são as leucemias mais comuns dos adultos, caracterizadas pela presença de mais de 20% de blastos mieloides, ou seja, células imaturas não funcionais, com alta capacidade de proliferação, provenientes da medula óssea. São consideradas as leucemias mais agressivas e o prognóstico é variável dependendo do subtipo molecular. As ferramentas moleculares de diagnóstico, como análise de translocações gênicas e os marcadores imunofenotípicos, analisados pela citometria de fluxo, são essenciais para a conclusão do diagnóstico, a definição da modalidade

terapêutica e o prognóstico das LMA (CHENNAMADHAVUNI; LYENGAR; SHIMANOVSKY, 2022).

As LMC apresentam tipicamente uma translocação gênica entre o cromossomo 22 e o cromossomo 9, resultando na fusão entre dois genes (BCR-ABL1). Este gene de fusão resulta na expressão desregulada de uma tirosina quinase, responsável pela proliferação não funcional de granulócitos, com predominância de neutrófilos, basófilos e eosinófilos. Como se trata de uma leucemia crônica as células malignas são maduras, não funcionam efetivamente e não sofrem divisão rápida. Entretanto, essas células se acumulam no sangue periférico e nos órgãos linfoides, podendo resultar em anemia, trombocitopenia e leucopenia (SWERDLOW et al., 2016).

As LLA ocorrem a partir da transformação de células progenitoras B ou T. São as leucemias mais comuns da infância, correspondendo a 80% dos casos em crianças e 20% dos casos em adultos. O diagnóstico das LLA também requer análise molecular de translocações e mutações específicas, necessárias também para definição dos protocolos terapêuticos disponíveis. Por outro lado, as LLC resultam da proliferação monoclonal de células linfoides em estágios mais avançados de desenvolvimento, que não se dividem tão rapidamente. A maioria das LLC é diagnosticada em indivíduos entre 60 e 70 anos e o prognóstico para esse tipo de doença é mais favorável (SWERDLOW et al., 2016; CHENNAMADHAVUNI; LYENGAR; SHIMANOVSKY, 2022).

2.1.2 Malignidades Hematológicas – Linfomas

Os linfomas são as neoplasias do sistema linfoide e se iniciam nos tecidos linfoides periféricos, principalmente, nos linfonodos. Formam um grupo heterogêneo

de doenças sob o ponto de vista genético, fisiopatológico e molecular. Os linfomas surgem da proliferação clonal de células B, células T e subconjuntos de células NK em diferentes estágios de maturação e compreendem aproximadamente 5% das malignidades humanas (JAMIL; MUKKAMALLA, 2021).

São classificados em linfomas de Hodgkin (LH) e linfomas não-Hodgkin (LNH). Os LH são definidos pela presença de células anormais, denominadas células de Reed-Sternberg (RS), que se originam de células da linhagem B. O LH clássico é dividido em quatro tipos diferentes, incluindo LH esclerosante nodular, LH celularidade mista, LH rico em linfócitos e LH depletado em linfócitos. O LH não clássico é de um único tipo, com predominância de linfócitos nodulares (JAMIL; MUKKAMALLA, 2021).

Já os LNH podem ter origem tanto em células T como em células B precursoras e incluem o linfoma difuso de grandes células B, o linfoma folicular, linfoma da zona marginal, linfoma de células do manto, linfomas de Burkitt, entre outros (JAMIL; MUKKAMALLA, 2021).

O estadiamento dos linfomas é feito a partir do sistema de Ann Arbor (AA), e classifica a doença em estágios I, II, III e IV. O estágio I descreve a doença localizada em uma única região, ou um único linfonodo, ou uma única região extranodal; o estágio II envolve duas regiões linfonoidais contíguas ou não, de um mesmo lado do diafragma; o estágio III compromete linfonodos isolados ou contíguas em ambos os lados do diafragma, podendo comprometer também o baço; e o estágio IV que corresponde à doença disseminada e envolve o comprometimento de um ou mais órgãos ou tecidos extranodais, com ou sem envolvimento de linfonodos (JAMIL; MUKKAMALLA, 2021).

Os linfomas geralmente se apresentam como uma adenopatia indolor, que pode aumentar e diminuir ao longo dos anos de forma indolente, ou uma adenopatia

progressiva, que evolui rapidamente e corresponde aos tipos mais agressivos da doença. O LH geralmente aparece nos linfonodos supradiaphragmáticos e o LNH pode se originar em qualquer parte do corpo, com subtipos específicos originados no trato gastrointestinal, pele ou sistema nervoso central. Sintomas como febre, perda de peso inexplicável e sudorese noturna ocorrem em um subgrupo de pacientes com doença mais avançada, que se espalha para locais extranodais por invasão direta ou por disseminação hematogênica para o baço, fígado, pulmões ou medula óssea (LEWIS; LILY; JONES, 2020).

O diagnóstico do linfoma é feito por biópsia do linfonodo aberto, com base na morfologia, imuno-histoquímica e citometria de fluxo. Nos casos de LH, o diagnóstico requer a verificação de células de Reed-Sternberg (JAMIL; MUKKAMALLA, 2021).

2.1.3. Malignidades Hematológicas – Mieloma Múltiplo

O mieloma múltiplo (MM) é uma doença proliferativa clonal de células plasmocitárias, associadas ao aumento anormal da produção de imunoglobulinas monoclonais. O excesso descontrolado de produção das células plasmocitárias pode levar a danos específicos em órgãos-alvo, comumente associados às seguintes manifestações clínicas: hipercalcemia, disfunção renal, anemia ou dor óssea acompanhada de lesões líticas (ALBAGOUSH; SHUMWAY; AZEVEDO, 2022).

O MM é relativamente raro e representa cerca de 1,8 % de todos os casos de câncer. Ocorre predominantemente na população geriátrica, na faixa de 60 a 70 anos ao diagnóstico, sendo ligeiramente mais comum em homens do que em mulheres (ALBAGOUSH; SHUMWAY; AZEVEDO, 2022).

Acredita-se que o MM represente um estágio do espectro da gamopatia monoclonal, uma condição pré-maligna de fase assintomática do crescimento clonal de células plasmocitárias, chamada gamopatia monoclonal, de causa indeterminada, definida pela detecção de imunoglobulinas monoclonais no sangue ou na urina sem evidência de lesão de órgão-alvo. As gamopatias são bastante comuns e são detectáveis em mais de 3% das pessoas acima de 50 anos. Representam uma condição tipicamente benigna, embora apresentem risco de progressão para MM de cerca de 1% ao ano (ALBAGOUSH; SHUMWAY; AZEVEDO, 2022).

A causa exata do MM é desconhecida, no entanto, alterações e translocações frequentes em genes desencadeadores, como os genes que codificam imunoglobulinas, são comumente encontrados no MM e provavelmente desempenham um papel importante no desenvolvimento da doença (HEIDER, M. et al., 2021).

Pequenos clones de plasmócitos e produtos resultantes de degradação de imunoglobulinas são facilmente encontrados no soro e na urina, podem ser detectados por exames laboratoriais de rotina em pacientes saudáveis e provavelmente nunca vão evoluir para lesão orgânica secundária. Porém, a deposição de cadeias pesadas ou leves de imunoglobulinas secretadas nos tecidos pode ocorrer na presença de um clone de plasmócitos muito pequeno, com danos nos órgãos devido aos depósitos (CAMPOS et al., 2011). A combinação dos sintomas descritos deve ser investigada por meio de uma avaliação imediata para a confirmação de MM e o diagnóstico deve ser feito por exames de sangue ou exames radiológicos (ESLICK; TAULALIKAR, 2013).

O diagnóstico do MM requer $\geq 10\%$ de plasmócitos clonais na medula óssea ou um plasmocitoma comprovado por biópsia, um ou mais eventos de hipercalcemia,

insuficiência renal, anemia ou lesões ósseas líticas, atribuível ao distúrbio de células plasmáticas, plasmocitose clonal da medula óssea ≥ 60 ou ainda, lesão focal na ressonância magnética (RAJUKMAR,2022).

2.2. Quimioterapia

A quimioterapia é a principal modalidade de tratamento usada em pacientes com malignidades hematológicas. A evolução da quimioterapia no tratamento do câncer possibilitou a transformação de uma doença temível e com resultados catastróficos em uma doença tratável e muitas vezes curável, desde que abordada de forma adequada (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

Os agentes quimioterápicos clássicos são classificados de acordo com o mecanismo de ação e os mais usados para o tratamento das malignidades hematológicas são os agentes alquilantes, os antimetabolitos (azacitidina) indicados principalmente para o tratamento de LMA, LNH, LH, os inibidores do folato (metotrexato, pemetrexedo), indicados para o tratamento de LLA e LNH, os análogos de purinas (cladribine, clofarabine, nelarabine), usados no tratamento das LLC, LLA, LMA, LNH, os alcalóides da Vinca (vinblastina, vincristina, vinorelbina), usados no tratamento das LLA, LNH, LH e os inibidores de proteassoma (bortezomibe), usados no MM (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

À medida em que os conhecimentos sobre a biologia do câncer evoluíram, estratégias baseadas em anticorpos monoclonais e em inibidores enzimáticos altamente específicos tornaram-se viáveis, possibilitando novas abordagens terapêuticas, especialmente no tratamento das malignidades hematológicas. Nas últimas décadas, vários agentes foram aprovados pelos sistemas regulatórios

internacionais, tornando-se disponíveis para o tratamento de uma grande variedade de doenças (ATKINS; HE, 2019).

O objetivo da quimioterapia é inibir a proliferação celular e o crescimento tumoral, evitando assim a multiplicação das células tumorais e a disseminação da doença. Os agentes quimioterápicos convencionais interferem com a síntese e o funcionamento de macromoléculas, bloqueando as vias celulares de replicação do DNA, transcrição gênica e induzindo a apoptose. Como em um dado momento, as células de um tumor estão em fases distintas de replicação, a fim de que todas as células tumorais morram, o tratamento quimioterápico deve ser repetido algumas vezes, o que acarreta uma alta toxicidade não só para as células tumorais, mas também para as células normais em divisão (LIVSHITS; RAO; SMITH, 2014).

A combinação de estratégias quimioterápicas distintas é uma escolha comum no tratamento de diferentes malignidades hematológicas, a fim de que a resposta completa seja atingida. Dessa maneira, os efeitos citotóxicos da quimioterapia são sentidos por todas as células com capacidade de divisão, incluindo as células normais ou não-tumorais. Essa citotoxicidade não-seletiva traz inúmeros efeitos indesejáveis ao paciente e geralmente esses efeitos refletem o mecanismo de ação do agente quimioterápico, de maneira que o equilíbrio entre o índice terapêutico e a toxicidade do agente é difícil de ser controlado (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

As células não-tumorais, que também apresentam altos índices de proliferação, incluem as células normais da medula óssea, as células do epitélio digestivo, os folículos pilosos, dentre outras. Conseqüentemente, os efeitos adversos mais comuns no tratamento das malignidades hematológicas compreendem mielossupressão com anemia, leucopenia e queda na imunidade, náuseas, vômitos, mucosites, alopecia,

cansaço, complicações venosas e até complicações cardíacas (BENNETT et al., 2007).

Os agentes quimioterápicos podem ser administrados por via oral intravenosa subcutânea, intramuscular, intratecal, podendo causar reações à infusão, como reações de hipersensibilidade (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

Avaliações obtidas diretamente do paciente com malignidade hematológica, durante o tratamento quimioterápico sobre o seu estado de sua saúde, sem influência ou interpretação de um clínico ou qualquer outra pessoa, são relevantes e têm sido usados nos últimos anos como métodos de avaliação, projetados para fornecer a perspectiva do paciente sobre os resultados funcionais, os eventos adversos e os sintomas ao longo do tempo, as preferências de tratamento, beneficiando assim sua qualidade de vida durante o tratamento (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

2.3 Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

A QV é um termo popular que transmite uma sensação geral de bem-estar, incluindo os aspectos de felicidade e satisfação com a vida como um todo, é um conceito amplo, por isso é tão difícil medir QV. Embora o termo QV tenha significado para todas as áreas, o que ele realmente significa depende de cada indivíduo ou grupo (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

A OMS já há tempos vem compreendendo a QV por meio de uma visão subjetiva do próprio indivíduo e sua condição. Por isso, preocupa-se nos estudos de QV a identificação objetiva da percepção do indivíduo e, esta, relacionada a todos os aspectos da vida e do processo saúde-doença (WHOQOL GROUP, 1995).

Dessa forma, reafirma o compromisso com a promoção da abordagem holística do processo saúde-doença e dos cuidados relacionados ao paciente. Preocupa-se com a relação entre o paciente e o profissional que o assiste e o bem-estar que é o objetivo principal para avaliação da QV (WHOQOL GROUP, 1995).

Já o conceito de QVRS e seus determinantes evoluíram desde a década de 1980 para abranger os aspectos da QV geral que podem ser relacionados à saúde, seja física ou mental, as percepções de saúde e suas relações, incluindo riscos à saúde, estado funcional, apoio social e condição socioeconômica (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

A QVRS inclui recursos, condições, políticas e práticas que influenciam as percepções de saúde e status de uma população. Além disso, a QVRS está rapidamente ganhando aceitação como um resultado mensurável (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

Diversos conceitos de QVRS podem ser encontrados na literatura, entre eles o quão bem uma pessoa funciona em sua vida e sua percepção de bem-estar nos domínios físico, mental e social. Também incorpora todos os fatores que afetam a vida de um indivíduo, relacionando a saúde com qualidade de vida. Outra perspectiva se refere ao bem-estar, concentra-se nos aspectos de QV que são afetadas pela saúde ou como os aspectos do bem-estar autopercebidos que estão relacionados ou afetados pela presença de doença ou tratamento'. Por fim, tem-se a QVRS centrada no valor da saúde ou nos valores atribuídos a diferentes estados de saúde (KARIMI; BRAZIER, 2016).

Existem vários projetos importantes para traduzir a QV de forma padronizada para uso em diferentes contextos culturais. No entanto, esses projetos tendem a ser feitos principalmente nas línguas europeias e norte americanas, embora já existam

argumentamos para a atenção com a tradução, como um alerta em relação a distorção dos resultados, conseqüentemente o uso inadequado do termo QVRS (KARIMI; BRAZIER, 2016).

Além disso, as medidas de QVRS permitem demonstrar o impacto da qualidade de vida na saúde, nos aspectos sociológicos, psicológicos, de envelhecimento, deficiências, sustentabilidade, meio ambiente, planejamentos econômicos urbano e rural. Também está relacionada às doenças crônicas como diabetes, câncer de mama, artrite e hipertensão, bem como seus fatores de risco (índice de massa corporal, inatividade física e tabagismo). Medi-la pode ajudar determinar a carga de doenças evitáveis, lesões e deficiência e ainda fornece novos *insights* entre QVRS e fatores de risco e também monitorar e alcançar os objetivos de saúde da sociedade (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000).

O objetivo de avaliar a QVRS em pacientes durante o tratamento do câncer consiste em investigar os efeitos do câncer e seu tratamento em conjunto na percepção subjetiva do paciente e de seu bem-estar. Os resultados obtidos podem complementar os resultados primários usuais, como a taxa de resposta e a sobrevida (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

2.4 Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com malignidades hematológicas

A avaliação da qualidade de vida em oncologia começou a ser discutida em 1940, com um trabalho que desenvolveu uma escala para avaliar a função física e as condições de desempenho do paciente. É usada para mensurar os efeitos colaterais causados pela quimioterapia, sendo uma forma de avaliar a tolerância do paciente e

a toxicidade das células tumorais frente ao tratamento (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO, 2013).

Para avaliação da QVRS, diversos são os instrumentos utilizados, como os Formulários Curtos do Estudo de Resultados Médico (SF-12 e SF-36), o Perfil de Impacto da Doença e a Escala de Qualidade de Bem-Estar (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000). Um outro método são as avaliações obtidas diretamente de um paciente com malignidade hematológica, durante o tratamento quimioterápico sobre o seu estado de saúde, sem influência ou interpretação de um clínico ou qualquer outra pessoa, são denominados resultados reportados pelo paciente (RRP), do inglês, *patient-reported outcomes* (PRO). Os RRP são usados como métodos de avaliação, projetados para fornecer a perspectiva do paciente sobre os resultados funcionais, os eventos adversos e os sintomas ao longo do tempo, as preferências de tratamento, entre outros (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a QVRS, entre eles o SF-36, trata-se de um questionário genérico, desenvolvido e validado para mensurar a QVRS. Foi amplamente aplicado para avaliar domínios importantes da QV no *Medical Outcomes Study* (Estudos de resultados médicos). O SF-36 é composto por oito domínios de QV: funcionamento físico; desempenho de papel, dor, estado de saúde geral, vitalidade, funcionamento social, função emocional e saúde mental; com dois componentes de resumo sendo construídos para resumir os componentes físico e mental (WEE; DAVIS; HAMEL, 2008).

Já o SF 12, foi desenvolvido a partir do SF-36 como um instrumento mais curto, de 12 itens, que reproduz pontuações resumidas de componentes de saúde física e mental. Tendo menos itens, o SF-12 pode ser preenchido pela maioria dos

participantes em menos de um terço do tempo necessário para completar o SF-36. Desta forma, pode ser usado por pesquisadores e profissionais que desejam reduzir a carga dos participantes (LIN et al., 2020).

Outro instrumento de avaliação da QVRS é o The World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL-100), que engloba 24 facetas universalmente consideradas importantes na avaliação da QV e quatro questões gerais que abordam a qualidade de vida e a saúde em geral (HARPER; POWER, 1998). O questionário possui 100 questões e suas perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000).

Instrumentos que avaliam a QVRS são comumente considerados como ferramentas importantes para avaliar o impacto da doença no paciente, entre estes destaca-se o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) que busca explorar os sintomas específicos das malignidades hematológicas, os efeitos colaterais da doença e do tratamento, o sofrimento psicológico, o funcionamento físico, a integração social, a sexualidade, a imagem corporal, a saúde global, a interação social, a satisfação com cuidado médico e a qualidade de vida de maneira global (ZANDONAI et. al., 2010).

Além disso, o uso da avaliação da QVRS como complemento ao tratamento clínico tradicional nas pesquisas sobre as malignidades hematológicas fornece informações valiosas que permitem inferir e orientar a tomada de decisões clínicas. Tanto a equipe clínica como os pacientes geralmente enfrentam escolhas desafiadoras entre tratamentos que são semelhantes em eficácia, no que diz respeito ao controle da doença e o prolongamento da sobrevida. Assim, diferenças no estado de saúde dos pacientes durante o período de sobrevida tornaram-se variáveis críticas

na escolha final e individualizada do tratamento e no desenvolvimento de novas terapias. Vários estudos descrevem como os resultados de QVRS têm contribuído para um melhor manejo dos pacientes (EFFICACE et al., 2019; EFFICACE et al., 2021; EL-JAWAHRI et al., 2020)

Outro estudo mostra que o objetivo de avaliar a QVRS em pacientes durante o tratamento das malignidades hematológicas, consiste em investigar os efeitos da doença e seu tratamento em conjunto na percepção subjetiva do paciente e de seu bem-estar. Os resultados obtidos podem complementar os resultados primários usuais, como a taxa de resposta e a sobrevida (POPHALI; THANARAJASINGAM, 2020).

Estudos de QVRS apresentam múltiplas funções e benefícios para a oncologia. Entre elas, ampliar o foco do tempo de sobrevida, que durante muito tempo foi o único parâmetro usado para a avaliar o sucesso do tratamento oncológico (EFFICACE et al., 2019).

Além disso, avaliar a QVRS oferece melhores chances de julgamento para o paciente em relação ao curso da doença (com e sem tratamento), e ao impacto de complicações médicas e tensões sobre o estado subjetivo do paciente. Possibilita ainda sensibilizar a percepção dos cuidadores, fornecendo a base para uma abordagem mais centrada no cuidado com o paciente, auxiliar na resolução de conflitos de decisão entre diferentes tratamentos, particularmente entre diferentes protocolos de quimioterapia, e ajudar na orientação e ênfase nos cuidados psicossociais do paciente oncológico, com base nos aspectos positivos e negativos obtidos na pesquisa de qualidade de vida (EFFICACE et al., 2019).

O EORTC QLQ-C30 é o questionário de escolha para avaliação da QVRS de pacientes com câncer, é composto por escalas de vários itens e medidas de item

único, estes incluem cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, uma escala global de estado de saúde e seis itens únicos (AARONSON et al., 1993).

Todas as escalas e medidas de item único variam em pontuação de 0 a 100. Uma pontuação alta para uma escala funcional, representa um nível de funcionamento alto, uma pontuação alta para o estado de saúde global representa uma alta QV. Assim como uma pontuação alta para uma escala de sintomas, representa um alto nível de sintomas (AARONSON et al., 1993).

Para validação do EORTC QLQ C 30 no Brasil, foi realizado um estudo observacional, prospectivo, no qual foram incluídos 30 pacientes com diagnóstico de neoplasia de pulmão em acompanhamento no Ambulatório de Oncopneumologia da Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo (SP). Os entrevistados eram maiores de 18 anos, diagnosticados com câncer de pulmão e com sintomas estáveis, em acompanhamento ambulatorial ou internados (FRANCESCHINI et al., 2010).

A reprodutibilidade do EORTC QLQ-C30 foi determinada após aplicação do teste por duas vezes, com intervalo de 15 dias. Os escores médios obtidos nas diferentes escalas do questionário foram comparados aos valores de referência estabelecidos pelo grupo de QV da EORTC. A reprodutibilidade do teste foi baseada na diferença mínima clinicamente significativa que, para esse instrumento, varia de 5 a 10 pontos (FRANCESCHINI et al., 2010).

Como foram realizadas comparações com outros estudos de reprodutibilidade em outros idiomas, o protocolo utilizou a versão em português do EORTC QLQ-C30, fornecida pelo próprio EORTC, responsável pela elaboração do questionário e seguiu os métodos utilizados na avaliação de reprodutibilidade e adaptação cultural de outros instrumentos no Brasil (FRANCESCHINI et al., 2010).

2.5 Pesquisas com EORTC QLQ-C30 em pacientes com malignidades hematológicas

Os resultados obtidos através do EORTC QLQ-C30 permitem ações ou intervenções mais precisas que podem ser desenvolvidas e executadas para melhorar a qualidade de vida e o tratamento de pacientes com câncer (SOUZA et al., 2018). Além disso, diversos estudos vêm sendo desenvolvidos em diferentes regiões geográficas em relação às malignidades hematológicas e qualidade de vida dos pacientes.

Um estudo realizado na Turquia avaliou 140 pacientes com doenças hematológicas com objetivo de investigar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão autorrelatados pelos pacientes e determinar a associação entre esses distúrbios e a QVRS usando o EORTC QLQ-C30. Pacientes com escores de ansiedade mais altos foram mais frequentemente internados, tiveram escores de sintomas gerais (EORTC) mais altos e tiveram escores cognitivos, emocionais, de funcionamento social e de qualidade de vida global (QoL) mais baixos. Pacientes com escores de depressão mais altos tinham doença ativa com maior frequência e eram pacientes internados. Esses pacientes tiveram maiores pontuações médias de sintomas gastrointestinais e sintomas gerais, e escores significativamente mais baixo sv de desempenho físico, desempenho de papel, funcionamento emocional, social e cognitivo e escores de QV global ($p < 0,01$). Durante o seguimento, observou-se que as curvas de sobrevida dos pacientes com doença ativa que apresentavam maiores escores de depressão tendiam a ser menores do que aqueles com escores mais baixos. Concluíram que ansiedade e depressão são frequentes em pacientes com malignidades hematológicas e estão associadas à baixa QV e desempenho e que a

presença de depressão autorreferida pode ter um valor preditivo de mau prognóstico (PAMUK et al., 2008).

Um estudo português, realizado na cidade de Braga, avaliou a QVRS de pacientes com malignidades hematológicas e sua relação com aspectos sociodemográficos e clínicos. O estudo demonstrou que idade mais avançada esteve associada a pior função física e que doentes casados apresentaram menor fadiga. O ensino superior associou-se à melhor função física, social e desempenho de papel. Os pacientes de classes socioeconômicas mais altas obtiveram maior pontuação na função física, função emocional e impacto financeiro, enquanto os de classes socioeconômicas mais baixas apresentaram maiores escores de dor. O estudo demonstrou que pacientes com LNH apresentaram melhor função social do que as demais patologias e que doentes com uma ou mais recidivas apresentaram níveis superiores de anorexia. Os pacientes sob quimioterapia apresentaram pior desempenho, pior função social e maior escore de constipação. Os pacientes submetidos a tratamentos citotóxicos apresentaram níveis mais elevados de dor, e níveis de hemoglobina mais baixos associaram-se a piores resultados nas escalas funcionais. Concluíram que fatores sociodemográficos e clínicos afetam os domínios da QVRS dos doentes com malignidades hematológicas e alertaram para a necessidade de maior conhecimento e compreensão das repercussões advindas das malignidades hematológicas nos diferentes aspectos da QVRS (QUEIROZ.; SOUSA; MARQUES, 2010).

Um estudo realizado na Malásia investigou os escores de QVRS de 105 pacientes com malignidades hematológicas em um grande hospital, comparando-os com os diferentes aspectos sociodemográficos e clínicos. O domínio mais afetado foi o de desempenho de papéis, seguido pelo funcionamento social, funcionamento

emocional, funcionamento físico e funcionamento cognitivo. Os pacientes com câncer hematológico tiveram prejuízo no desempenho de papel e funcionamento social e 50% apresentavam comprometimento no funcionamento físico. O funcionamento cognitivo também foi prejudicado em 50% dos pacientes com câncer hematológico e o funcionamento emocional foi prejudicado em 56% dos pacientes. Com relação aos sintomas, os mais graves foram dificuldades financeiras, seguido de fadiga, constipação, perda de apetite, dor, insônia, náuseas e vômitos, dispneia e diarreia. O número médio de “sintomas/problemas” detectados no estudo foi de 7,8, enquanto o número médio de “sintomas/problemas graves” foi de 4,1. Os achados apontaram que 100% dos pacientes apresentavam pelo menos um “sintoma/problema” e todos os pacientes apresentavam pelo menos um “sintoma/problema grave”. No geral, com MM apresentaram mais sintomas/problemas (PRISCILLA et al., 2011).

Um estudo brasileiro avaliou 32 pacientes com malignidades hematológicas submetidos à quimioterapia em um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais. O estudo demonstrou que o estado de saúde global para o grupo de pacientes foi de 82,38, com média de 41,18 para função emocional, 54,81 para função física, 51,40 para desempenho de papel, 47,15 para função cognitiva e 53,00 para função social. As maiores preocupações reportadas pelos pacientes eram com seus familiares e amigos (78,12%), com os efeitos colaterais do tratamento (68,75%), com seu estado de saúde (65,62%) e com as decisões a serem tomadas com relação ao tratamento (65,62%). Quanto aos efeitos colaterais da quimioterapia, fraqueza e insônia foram seguidas por cansaço, feridas na boca e dor ou desconforto. Nas escalas de sintomas, houve predomínio de fadiga, seguida de insônia, perda de apetite, dispneia, náuseas e vômitos e diarreia. O estudo sugeriu que os sintomas observados interferiram com as funções físicas, emocionais e cognitivas dos

pacientes. Além disso, demonstrou que dificuldades financeiras foram reportadas pelos pacientes (51,68%), demonstrando que, apesar do atendimento do SUS proporcionar cobertura total para o tratamento, a quimioterapia consiste em um tratamento complexo e oneroso para o paciente. Correlações entre os escores de funções e os sintomas mostraram que a fadiga esteve correlacionada às funções físicas, desempenho de papel e funções cognitivas. A presença de dor foi correlacionada ao desempenho de papel, função cognitiva e função social. A dispneia foi correlacionada às funções físicas e cognitivas. A insônia foi correlacionada à função física e emocional, enquanto a perda de apetite foi o único sintoma que apresentou correlação com o estado global de saúde (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO, 2013).

Uma pesquisa na Malásia teve como objetivo investigar a prevalência de ansiedade e depressão em 319 pacientes com câncer hematológico e a possível associação desses sintomas psicológicos com a QVRS. Os pacientes eram atendidos em dois grandes hospitais e os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), enquanto a QVRS foi avaliada pelo EORTC QLQ C30. Da amostra 33,0% apresentavam sintomas de ansiedade e 23,5% sintomas de depressão. O escore de qualidade de vida global foi menor em pacientes com escores mais altos para depressão e ansiedade. Pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade eram mais frequentemente do sexo feminino, ainda em tratamento, enquanto os pacientes que apresentaram maiores escores de depressão eram mais velhos e tinham leucemias agudas ou neoplasias mieloproliferativas. A depressão esteve associada a um maior escore de dificuldade financeira. Concluíram que a baixa qualidade de vida em pacientes que apresentavam

ansiedade e depressão devem conscientizar os profissionais de saúde que os tratam para que o apoio adicional possa ser fornecido (GAN et al., 2019).

Pesquisadores na Índia avaliaram a QVRS em pacientes com LLC de diferentes etnias, comparando-os com controles saudáveis, pareados por idade. Foram recrutados 127 pacientes, sendo 92 do sexo masculino e 35 do sexo feminino, com diagnóstico confirmado de LLC. Os autores observaram que esses pacientes tiveram a QVRS significativamente prejudicada em todos os domínios funcionais, incluindo a saúde global e apresentaram os escores de sintomas significativamente mais altos em relação a população controle. Diferenças na QVRS em relação à idade e sexo não foram observadas. Pacientes de nível socioeconômico mais baixo tiveram mais dificuldades financeiras. Concluíram que a qualidade de vida é severamente afetada em pacientes com LLC e as principais preocupações reportadas eram associadas com a saúde e a eficácia do tratamento (YOURON et al., 2020).

Um estudo mexicano avaliou as experiências de atendimento e a QVRS de pacientes com malignidades hematológicas em instituições de saúde pública no México. Avaliou 515 pacientes com doenças hematológicas, sendo que 46,6% tinham linfoma, 34% leucemia e 19,4% mieloma múltiplo; 70,9% estavam em estágios avançados da doença e destes pacientes, 15,1% apresentavam ansiedade e 12,8% depressão. O escore médio do QLQ-C30 foi de 71,9 pontos. Atendimento oportuno, informações claras e atendimento que abordava necessidades biopsicossociais foram associadas aos maiores escores de QVRS. Desta forma, os autores concluíram que os serviços de saúde para pacientes com neoplasias hematológicas em hospitais públicos de oncologia no México precisam ser melhorados e que os serviços que ofereçam cuidados adequados, informações claras e que atendam às necessidades biopsicossociais dos pacientes podem melhorar a QVRS dos pacientes. Os autores

destacaram ainda que profissionais de saúde devem aperfeiçoar suas experiências e cuidados no atendimento aos pacientes com doenças hematológicas (DOUBOVA et al., 2020).

Um estudo no Departamento de Hematologia do *Odense University Hospital*, na Dinamarca, foi realizado durante a pandemia da COVID-19. Teve como objetivo investigar a QVRS em pacientes com malignidades hematológicas durante a fase inicial da pandemia, bem como a aceitação do atendimento na forma de tele saúde. O estudo avaliou a QVRS de 4.420 pacientes com câncer hematológico e 80% dos pacientes entrevistados apresentaram preocupação em contrair COVID-19, uma vez eram imunossuprimidos em decorrência da quimioterapia. O estudo demonstrou que o distanciamento social gerou maior ansiedade, depressão e sentimento de solidão. As consultas presenciais foram limitadas e a implantação de soluções em tele saúde se mostrou útil para o gerenciamento de sintomas, melhoramento dos cuidados paliativos e acompanhamento remoto da administração de quimioterapia. Concluíram que a qualidade de vida global desses pacientes não era pior que a da população dinamarquesa com câncer antes da pandemia, embora tenham constado que os pacientes apresentaram maior ansiedade (ELLEHUUS et al., 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em um grupo de pacientes com malignidades hematológicas em um serviço privado de quimioterapia de Goiânia-GO.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos pacientes com malignidades hematológicas.
- Mensurar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos pacientes com malignidades hematológicas.
- Analisar as associações entre os aspectos sociodemográficos e os domínios de qualidade de vida relacionados a saúde dos pacientes com malignidades hematológicas.
- Analisar as associações entre os aspectos clínicos e os domínios de qualidade de vida relacionados a saúde dos pacientes com malignidades hematológicas.
- Correlacionar o número de sintomas no tratamento e o número de preocupações no tratamento de quimioterapia em relação às escalas funcional, sintomas e saúde global dos pacientes com malignidades hematológicas.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, como se tirasse uma fotografia do momento histórico que se está investigando o fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2005).

4.2 População e amostra

O grupo de estudo foi formado por pacientes selecionados em um serviço privado de Hematologia e Oncologia, em Goiânia-GO, que atende e trata cerca de 250 pacientes com neoplasias hematológicas a cada ano.

O Serviço é referência para o tratamento de malignidades hematológicas, de acordo com perfil epidemiológico da instituição. O Mieloma Múltiplo é a principal neoplasia tratada no serviço.

A clínica possui três leitos para internação e dez leitos para tratamento ambulatorial/dia, sendo uma sala de quimioterapia infantil com três leitos e uma sala de quimioterapia adulto com sete leitos.

Além do serviço de Hematologia e Oncologia, o serviço possui um banco de sangue, que atende hospitais conveniados e a própria clínica, além de oferecer um serviço de banco de células de cordão umbilical e nutricionista para acompanhamento dos pacientes e colaboradores.

A instituição é certificada Organização Nacional de Acreditação (ONA), nível II, pela Associação dos Hospitais do Estado de Goiás. A amostra foi definida como de conveniência, pois dependeu da concordância dos pacientes abordados e de suas livres decisões em participar do estudo.

Foram incluídos 56 pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com câncer hematológico e em tratamento com quimioterapia e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Os critérios de exclusão foram pacientes menores de 18 anos e com outras doenças crônicas incapacitantes além do câncer hematológico.

4.3 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram um questionário contendo dados clínicos e sociodemográficos para caracterizar a amostra e obter as características sociais e clínicas dos sujeitos. Foi elaborado com as variáveis (idade, sexo, profissão religião, procedência, renda mensal, estado civil, estado civil, sintomatologia, preocupações durante o tratamento, tipo de malignidade hematológica, entre outros (Apêndice A).

O segundo foi um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, o *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire Core* (EORTC QLQ-C30) (Anexo B), desenvolvido e validado para pacientes com câncer hematológico no Brasil (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013).

Em 1980, a *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) desenvolveu o EORTC QLQ-C30, um instrumento de qualidade de vida

específico para pacientes oncológicos (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013). O EORTC QLQ-C30 foi desenvolvido inicialmente como uma medida quantitativa da QVRS para uso em ensaios clínicos de pacientes com câncer, mas o instrumento sofreu várias adaptações ao longo do tempo (MCLACHLAN; DEVINS; GOODWIN, 1998).

Os módulos do EORTC QLQ-C30 são medidos por relatos do paciente, o resultado pode ser medido em termos absolutos (por exemplo, gravidade de um sintoma, sinal ou estado de uma doença) ou como uma alteração de uma medida anterior e tem como objetivo geral melhorar a sensibilidade e especificidade das avaliações de QVRS em grupos específicos de pacientes. Isso permite que a experiência do paciente seja avaliada de forma mais precisa, pode avaliar também as necessidades ou experiências psicológicas dos pacientes (QUALITY OF LIFE GROUP, 2020).

Todas as escalas e medidas de item único variam em pontuação de 0 a 100, uma pontuação alta representa um nível de resposta mais alto, assim, uma pontuação alta para uma escala funcional representa melhor QVRS e uma pontuação alta para o estado de saúde global representa uma alta QVRS, já uma pontuação alta para uma escala de sintomas representa pior QVRS (QUALITY OF LIFE GROUP, 2020).

O princípio para pontuar as escalas é estimar a média dos itens que contribuem para a escala; esta é a pontuação bruta e a transformação linear deve ser usada para padronizar a pontuação, de modo que as pontuações variem de 0 a 100; uma pontuação mais alta representa um nível mais alto ("melhor") de funcionamento, ou um nível mais alto ("pior") de sintomas (AARONSON et al., 1993).

O alcance é a diferença entre o valor máximo possível de escore bruto e o valor mínimo possível. O QLQ-C30 foi projetado para que todos os itens em qualquer escala

tenham o mesmo intervalo de valores. Portanto, o intervalo de escore bruto é igual ao intervalo dos valores do item. A maioria dos itens são pontuados de 1 a 4, dando intervalo = 3. As exceções são os itens que contribuem para o estado global de saúde/ QV que são questões de 7 pontos com alcance = 6, e os itens iniciais sim/não nas versões anteriores do QLQ-C30 que têm alcance = 1 (AARONSON et al., 1993).

Para o cálculo das escalas, o escore bruto é a média dos itens componentes.

$$\text{Escore bruto} = EB = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Escala funcional:

$$\text{Escore} = \left\{ 1 - \frac{(EB-1)}{\text{alcance}} \right\} \times 100$$

Escalas/itens de sintomas e estado de saúde global/ QV:

$$\text{Escore} = \{(EB - 1) / \text{alcance}\} \times 100$$

4.4 Coleta e tabulação dos dados

As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022. Os pacientes foram abordados durante o ciclo de quimioterapia, quando foram informados sobre o estudo e convidados para participar da pesquisa. Nesse momento cada paciente foi informado sobre os objetivos do estudo, seus riscos e benefícios e convidados a assinar o TCLE.

Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE, responderam a um questionário sobre os dados clínicos e sociodemográfico, bem como o instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (EORTC) QLQ-C-30, por meio de entrevista individual, com duração de aproximadamente 20 minutos.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em planilhas apropriadas (Excel), independentemente por dois pesquisadores, e os bancos de dados comparados e analisados para possíveis inconsistências. As inconsistências foram resolvidas mediante discussão com um terceiro pesquisador.

A caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi analisada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

A comparação das escalas funcional, sintomas e saúde global com o perfil sociodemográfico e clínico foi realizada aplicando-se os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis seguido do teste de Nemenyi. A análise de correlação de Spearman foi realizada entre o número de sintomas e preocupações durante o tratamento com as escalas funcional, sintomas e saúde global. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que emitiu Parecer Consubstanciado de aprovação de número 4.612.508 em 25 de março de 2021 (Anexo A).

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 56 pacientes com malignidades hematológicas, em tratamento com quimioterapia, em um serviço privado na cidade de Goiânia-GO. Os pacientes apresentaram idade entre 22 e 88 anos, sendo que 50% eram idosos acima de 60 anos; 53,6% eram do sexo masculino e 46,4% do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 66,1% relataram que tinham companheiro. Entre os participantes, 53,6% eram de Goiânia, 67,9% eram católicos, 37,5% tinham 2º grau completo e 42,9% tinham renda mensal de 5 ou mais salários-mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos 56 pacientes com malignidades hematológicas entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Perfil sociodemográfico	n	%
Faixa etária		
22 a 59	28	50.0
60 a 88	28	50.0
Sexo		
Feminino	26	46.4
Masculino	30	53.6
Procedência		
Goiânia	30	53.6
Outra	26	46.4
Religião		
Católica	38	67.9
Evangélica	11	19.6
Não tem	3	5.4
Outra	4	7.1
Jornada de trabalho		
Aposentado	18	32.1
Desempregado/afastado	15	26.8
Do lar	6	10.7
Integral	13	23.2
Meio período	4	7.1
Renda mensal		
< 1 salário mínimo	10	17.9
1 a 4 salários mínimos	22	39.3
5 a 10 salários mínimos	24	42.9

Perfil sociodemográfico	n	%
Escolaridade		
1ª grau	11	19.6
2º grau	21	37.5
3º grau	19	33.9
Pós-graduação	5	8.9
Situação conjugal		
Com companheiro	37	66.1
Sem companheiro	19	33.9

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

O perfil clínico dos pacientes apontou que 46,4% apresentaram de 2 a 5 sintomas clínicos e 32,1% relataram de 3 a 5 preocupações durante o tratamento com quimioterapia. Em relação ao diagnóstico, 30,4% tinham diagnóstico de Mieloma Múltiplo, 39,3% faziam quimioterapia há mais de um ano, 96,4% não faziam terapia complementar e 71,4% não fizeram transplante (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do perfil clínico dos 56 pacientes com malignidades hematológicas entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Perfil clínico	n	%
Nº de sintomas no tratamento		
1	7	12.5
2 a 5	26	46.4
6 a 11	23	41.1
Nº de preocupações no tratamento		
0	6	10.7
1 a 2	15	26.8
3 a 5	18	32.1
6 a 10	17	30.4
Doença		
LH	9	16.1
LLA	4	7.1
LLC	3	5.4
LMA	5	8.9
LMC	5	8.9
LNH	13	23.2
MM	17	30.4
Tempo de quimioterapia		
1 mês	12	21.4
2 a 3 meses	14	25.0
4 a 11 meses	8	14.3

Perfil clínico	n	%
Acima de 1 ano	22	39.3
Cirurgia/ transplante		
Não	40	71.4
Sim	16	28.6
Terapia complementar		
Não	54	96.4
Sim	2	3.6

n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Com relação aos sinais e sintomas durante o tratamento com quimioterapia, os mais prevalentes foram fraqueza (58,9%), boca seca (39,3%), constipação intestinal (33,9%) e dor ou desconforto (33,9%) (Figura 1).

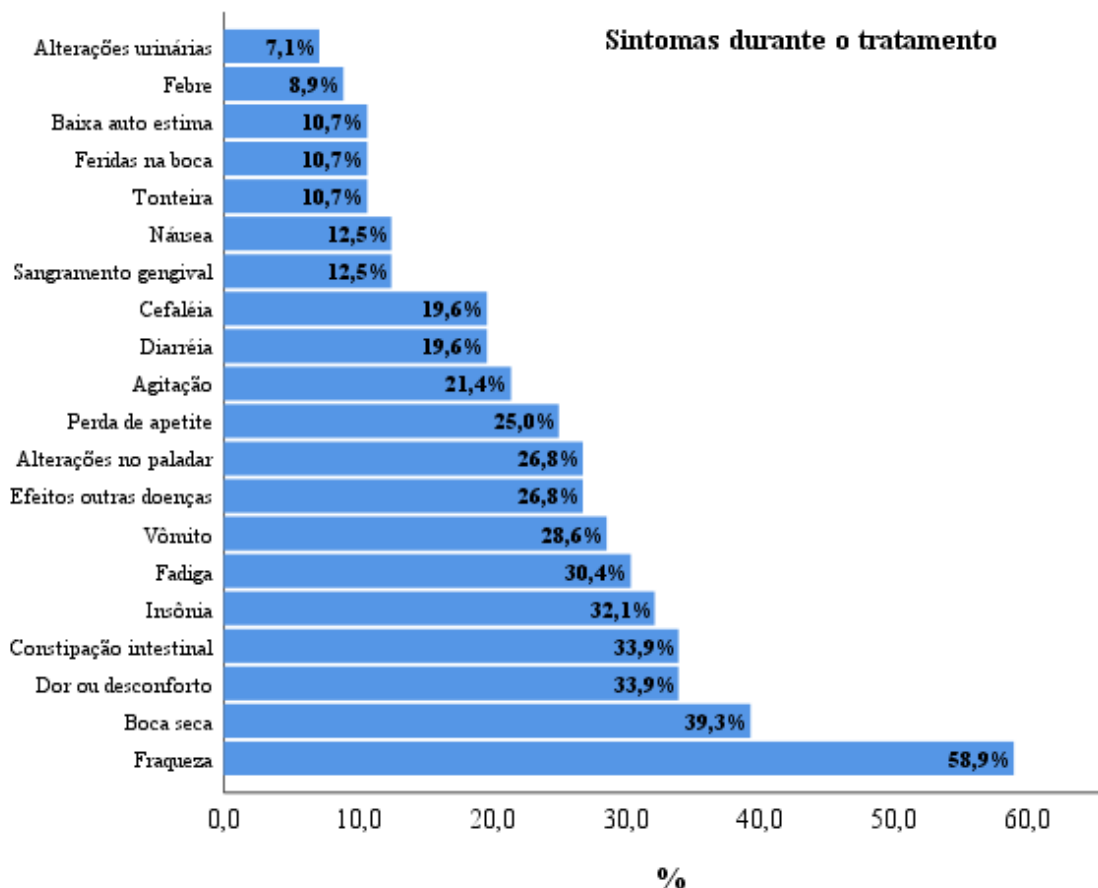


Figura 1. Gráfico de barras demonstrando a prevalência de sinais e sintomas dos pacientes com malignidades hematológicas durante o tratamento com quimioterapia (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Em relação às preocupações relatadas pelos pacientes, preocupações com o estado de saúde foi a mais frequente (58,9%), seguida de preocupação com família e amigos (50,0%) e com efeitos colaterais associados ao tratamento (44,6 %) (Figura 2).

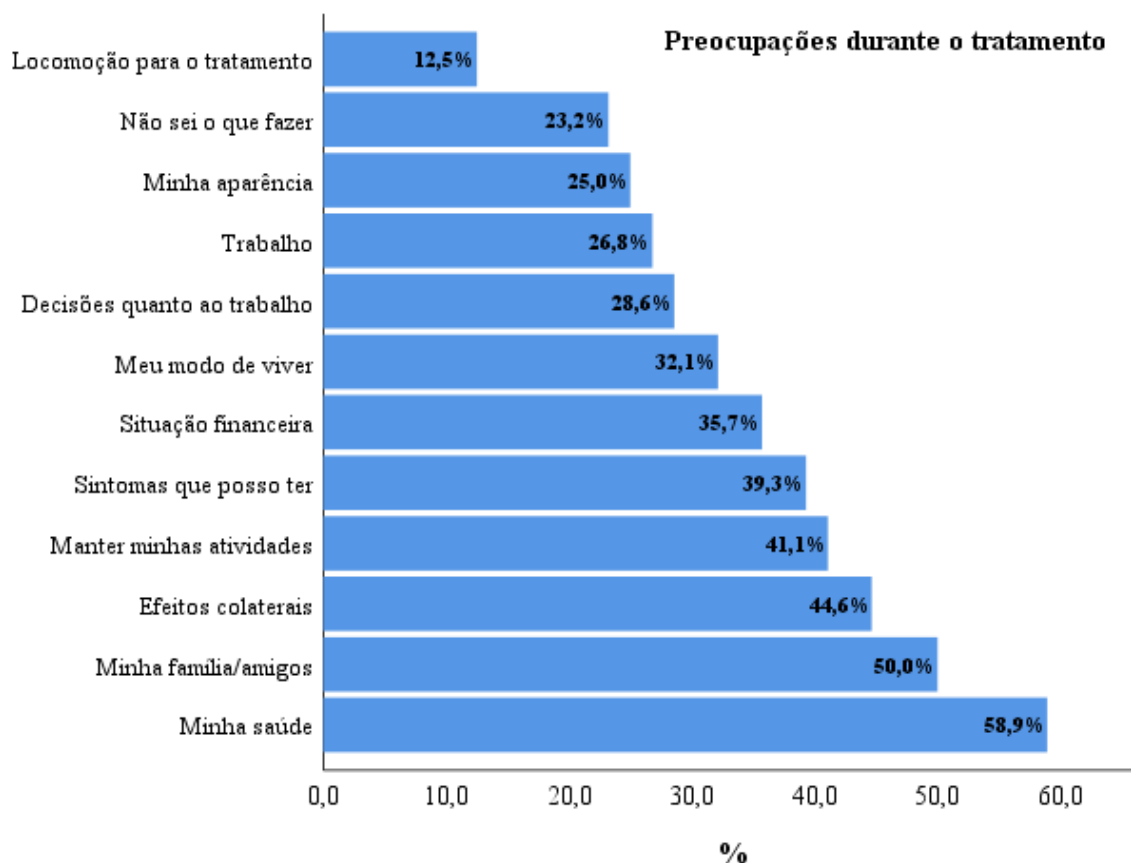


Figura 2. Gráfico de barras demonstrando a prevalência de preocupações relatadas pelos pacientes com malignidades hematológicas durante o tratamento com quimioterapia (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação da QVRS QLQ C-30 apresentaram um escore geral de saúde global para o grupo de 74,0. Quanto à análise descritiva da escala funcionai, maiores escores foram identificados, respectivamente, na função cognitiva (59,6), social (54,5) e emocional (54,2). Já na escala de sintomas, maiores escores foram identificados na insônia (50,4), fadiga (48,1) e dor (46,9) (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas das escalas funcional, de sintomas e de saúde global de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Escalas	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Escala funcional					
Física	51.0	21.1	55.0	0.0	75.0
Desempenho	49.6	27.1	56.3	0.0	75.0
Emocional	54.2	19.6	62.5	12.5	75.0
Cognitivo	59.6	18.5	62.5	0.0	75.0
Social	54.5	23.5	62.5	0.0	75.0
Escala de sintomas					
Fadiga	48.1	21.3	41.7	25.0	100.0
Náusea e vômito	37.1	21.7	25.0	25.0	100.0
Dor	46.9	27.5	37.5	25.0	100.0
Dispneia	35.7	20.7	25.0	25.0	100.0
Insônia	50.4	29.2	50.0	25.0	100.0
Perda do apetite	39.3	24.2	25.0	25.0	100.0
Constipação	38.4	24.3	25.0	25.0	100.0
Diarreia	35.7	20.7	25.0	25.0	100.0
Dificuldades financeiras	37.5	22.9	25.0	25.0	100.0
Saúde global	74.0	17.3	71.4	35.7	100.0

Em relação aos aspectos sociodemográficos e as escalas de QVRS, o domínio físico teve pior escore em pacientes do sexo feminino em relação aos pacientes do sexo masculino ($p < 0,01$). Pacientes aposentados apresentaram pior escore no domínio físico em relação aos pacientes com outras jornadas de trabalho ($p = 0,03$) (Tabela 4).

Tabela 4. Resultado da comparação das escalas funcionais e de saúde global com o perfil sociodemográfico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Perfil sociodemográfico	Física	Desempenho	Emocional	Cognitivo	Social	Saúde global
Faixa etária*	p = 0,27	p = 0,78	p = 0,48	p = 0,35	p = 0,30	p = 0,56
22 a 59	53,9 ± 19,7	50,9 ± 25,4	52,0 ± 20,7	61,6 ± 17,7	53,1 ± 22,5	72,4 ± 18,4
60 a 88	48,0 ± 22,3	48,2 ± 29,0	56,5 ± 18,6	57,6 ± 19,3	55,8 ± 24,9	75,5 ± 16,2
Sexo*	p < 0,01	p = 0,21	p = 0,75	p = 0,41	p = 0,94	p = 0,40
Feminino	43,7 ± 20,5	45,7 ± 26,2	53,4 ± 20,1	57,7 ± 19,4	52,9 ± 25,6	71,7 ± 19,4
Masculino	57,3 ± 19,7	52,9 ± 27,8	55,0 ± 19,5	61,3 ± 17,8	55,8 ± 22,0	76,0 ± 15,2
Jornada de trabalho**	p = 0,03	p = 0,15	p = 0,49	p = 0,05	p = 0,29	p = 0,34
Aposentado	43,3 ± 24,5b	43,1 ± 31,6	51,0 ± 20,6	56,9 ± 20,7	59,0 ± 22,6	73,4 ± 18,8
Desempregado/afastado	44,0 ± 19,4b	39,2 ± 29,1	48,8 ± 21,9	50,8 ± 21,9	43,3 ± 30,2	70,0 ± 15,8
Do lar	55,0 ± 17,6b	58,3 ± 18,8	57,3 ± 22,9	60,4 ± 14,6	60,4 ± 25,5	76,2 ± 17,3
Integral	64,6 ± 13,1a	63,5 ± 17,3	60,1 ± 14,6	70,2 ± 6,3	57,7 ± 15,8	73,6 ± 18,3
Meio período	61,3 ± 13,8a	59,4 ± 12,0	65,6 ± 12,0	68,8 ± 7,2	56,3 ± 7,2	89,3 ± 7,1
Renda mensal**	p = 0,21	p = 0,53	p = 0,41	p = 0,67	p = 0,88	p = 0,47
< 1 salário mínimo	43,5 ± 17,0	46,3 ± 27,0	54,4 ± 17,4	60,0 ± 23,4	52,5 ± 29,3	78,6 ± 21,8
1 a 4 salários mínimos	48,9 ± 24,4	46,0 ± 29,7	51,4 ± 18,2	58,0 ± 17,5	56,8 ± 21,4	71,4 ± 16,2
5 a 10 salários mínimos	56,0 ± 18,6	54,2 ± 24,9	56,8 ± 22,0	60,9 ± 17,8	53,1 ± 23,7	74,4 ± 16,4
Escolaridade**	p = 0,33	p = 0,48	p = 0,56	p = 0,31	p = 0,52	p = 0,40
1ª grau	40,9 ± 24,0	38,6 ± 29,3	58,5 ± 15,4	60,2 ± 22,9	59,1 ± 25,1	79,2 ± 16,4
2º grau	51,2 ± 20,2	53,6 ± 23,8	50,6 ± 17,6	59,5 ± 12,4	54,8 ± 23,5	70,7 ± 17,5
3º grau	56,1 ± 19,0	52,6 ± 25,5	55,9 ± 23,3	62,5 ± 18,6	54,6 ± 22,9	76,3 ± 17,0
Pós-graduação	53,0 ± 24,1	45,0 ± 41,1	53,8 ± 24,0	47,5 ± 28,5	42,5 ± 25,9	67,1 ± 19,3
Situação conjugal*	p = 0,46	p = 0,31	p = 0,23	p = 0,31	p = 0,51	p = 0,32
Com companheiro	52,4 ± 20,8	52,0 ± 26,4	52,2 ± 19,6	61,1 ± 17,9	53,0 ± 24,0	75,5 ± 17,3
Sem companheiro	48,2 ± 21,8	44,7 ± 28,4	58,2 ± 19,5	56,6 ± 19,7	57,2 ± 22,9	71,1 ± 17,2

*Teste de Mann-Whitney; **Kruskal-Wallis seguido do teste de Nemenyi representado pelas letras

Em relação aos sintomas avaliados e a associação com os dados sociodemográficos evidenciou-se que pacientes do sexo feminino apresentaram mais náuseas e vômito comparados aos pacientes do sexo masculino ($p < 0,01$) e pacientes na faixa etária dos 60 a 88 anos de idade apresentaram mais diarreia em relação aos pacientes não idosos ($p = 0,03$). Quanto ao estado civil, pacientes com companheiro relataram ter menos dispneia que os pacientes sem companheiro ($p = 0,04$) (Tabela 5).

Tabela 5. Resultado da comparação da escala de sintomas com o perfil sociodemográfico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Perfil sociodemográfico	Fadiga	Náusea e vômito	Dor	Dispneia	Insônia	Perda do apetite	Constipação	Diarreia	Dificuldades financeiras
Faixa etária	p = 0,38	p = 0,17	p = 0,16	p = 0,31	p = 0,47	p = 0,36	p = 0,99	p = 0,03	p = 0,15
22 a 59	44,9 ± 19,3	30,8 ± 10,5	42,0 ± 24,3	32,1 ± 15,0	47,3 ± 27,5	34,8 ± 18,4	36,6 ± 21,0	29,5 ± 11,9	32,1 ± 16,5
60 a 88	51,2 ± 23,1	43,3 ± 27,7	51,8 ± 30,0	39,3 ± 24,9	53,6 ± 31,0	43,8 ± 28,6	40,2 ± 27,5	42,0 ± 25,5	42,9 ± 27,1
Sexo	p = 0,22	p < 0,01	p = 0,74	p = 0,46	p = 0,08	p = 0,58	p = 0,59	p = 0,05	p = 0,19
Feminino	52,6 ± 23,8	46,6 ± 27,5	48,1 ± 27,5	38,5 ± 23,7	57,7 ± 30,6	42,3 ± 28,1	39,4 ± 24,7	42,3 ± 26,2	40,4 ± 23,5
Masculino	44,2 ± 18,5	28,8 ± 9,4	45,8 ± 27,9	33,3 ± 17,8	44,2 ± 26,8	36,7 ± 20,5	37,5 ± 24,3	30,0 ± 12,1	35,0 ± 22,4
Jornada de trabalho	p = 0,55	p = 0,33	p = 0,39	p = 0,41	p = 0,09	p = 0,95	p = 0,53	p = 0,27	p = 0,16
Aposentado	56,5 ± 28,1	44,4 ± 30,1	55,6 ± 32,7	38,9 ± 24,6	65,3 ± 34,4	41,7 ± 29,7	47,2 ± 32,0	43,1 ± 29,5	47,2 ± 29,6
Desempregado/afastado	46,1 ± 16,3	31,7 ± 11,4	47,5 ± 28,8	40,0 ± 22,8	46,7 ± 28,1	41,7 ± 24,4	36,7 ± 20,8	28,3 ± 8,8	36,7 ± 22,9
Do lar	48,6 ± 17,0	50,0 ± 28,5	47,9 ± 21,5	33,3 ± 20,4	54,2 ± 18,8	41,7 ± 30,3	33,3 ± 12,9	41,7 ± 20,4	25,0 ± 0,0
Integral	40,4 ± 17,6	29,8 ± 9,6	35,6 ± 19,7	30,8 ± 15,0	38,5 ± 21,9	34,6 ± 16,3	34,6 ± 21,7	34,6 ± 16,3	30,8 ± 15,0
Meio período	41,7 ± 11,8	28,1 ± 6,3	40,6 ± 23,7	25,0 ± 0,0	31,3 ± 12,5	31,3 ± 12,5	25,0 ± 0,0	25,0 ± 0,0	37,5 ± 14,4
Renda mensal	p = 0,48	p = 0,69	p = 0,33	p = 0,28	p = 0,25	p = 0,27	p = 0,84	p = 0,50	p = 0,52
< 1 salário mínimo	45,0 ± 21,6	38,8 ± 23,2	51,3 ± 30,3	40,0 ± 26,9	47,5 ± 29,9	45,0 ± 23,0	40,0 ± 24,2	40,0 ± 24,2	45,0 ± 30,7
1 a 4 salários mínimos	51,5 ± 20,8	37,5 ± 21,5	51,7 ± 29,2	39,8 ± 24,0	59,1 ± 32,3	39,8 ± 27,5	38,6 ± 26,4	34,1 ± 22,6	36,4 ± 18,5
5 a 10 salários mínimos	46,2 ± 22,1	35,9 ± 22,2	40,6 ± 24,5	30,2 ± 12,7	43,8 ± 24,7	36,5 ± 22,1	37,5 ± 23,3	35,4 ± 17,9	35,4 ± 23,2
Escolaridade	p = 0,26	p = 0,37	p = 0,15	p = 0,83	p = 0,88	p = 0,78	p = 0,89	p = 0,30	p = 0,76
1ª grau	52,3 ± 23,9	42,0 ± 24,5	61,4 ± 31,4	36,4 ± 23,4	54,5 ± 31,3	43,2 ± 29,8	40,9 ± 30,2	45,5 ± 29,2	40,9 ± 30,2
2º grau	51,2 ± 18,1	38,1 ± 24,2	42,9 ± 23,2	38,1 ± 21,8	51,2 ± 29,0	41,7 ± 25,4	35,7 ± 18,7	36,9 ± 21,8	35,7 ± 18,7
3º grau	40,4 ± 17,2	36,2 ± 19,9	40,1 ± 24,5	34,2 ± 20,8	48,7 ± 31,7	35,5 ± 20,9	36,8 ± 24,1	28,9 ± 9,4	32,9 ± 14,6
Pós-graduação	55,0 ± 37,5	25,0 ± 0,0	57,5 ± 39,1	30,0 ± 11,2	45,0 ± 20,9	35,0 ± 22,4	50,0 ± 35,4	35,0 ± 22,4	55,0 ± 41,1
Situação conjugal	p = 0,94	p = 0,31	p = 0,70	p = 0,04	p = 0,90	p = 0,19	p = 0,09	p = 0,62	p = 0,13
Com companheiro	48,0 ± 21,8	34,8 ± 19,4	46,6 ± 28,1	31,1 ± 14,9	50,7 ± 30,3	35,8 ± 20,9	41,9 ± 26,4	35,1 ± 20,8	40,5 ± 24,5
Sem companheiro	48,2 ± 20,9	41,4 ± 25,7	47,4 ± 27,2	44,7 ± 27,1	50,0 ± 27,6	46,1 ± 29,2	31,6 ± 18,3	36,8 ± 21,0	31,6 ± 18,3

*Teste de Mann-Whitney; **Kruskal-Wallis

Na associação entre os escores da escala funcional e de saúde global do EORTC-QLQ C-30 em relação às características clínicas dos pacientes identificou-se que pacientes diagnosticados com LMC, LH, LMA apresentaram pior desempenho da função cognitiva ($p=0,02$) (Tabela 6).

Tabela 6. Resultado da comparação da escala funcional e saúde global com o perfil clínico de pacientes com malignidades hematológicas ($n = 56$) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Física	Desempenho	Emocional	Cognitivo	Social	Saúde global
Doença	$p = 0,61$	$p = 0,60$	$p = 0,28$	$p = 0,02$	$p = 0,96$	$p = 0,55$
LH	$57,8 \pm 17,0$	$51,4 \pm 19,2$	$62,5 \pm 12,1$	$66,7 \pm 8,8a$	$56,9 \pm 11,0$	$81,0 \pm 19,2$
LLA	$58,8 \pm 14,4$	$53,1 \pm 25,8$	$54,7 \pm 29,5$	$75,0 \pm 0,0a$	$53,1 \pm 27,7$	$69,6 \pm 14,7$
LLC	$61,7 \pm 10,4$	$75,0 \pm 0,0$	$62,5 \pm 12,5$	$37,5 \pm 21,7b$	$50,0 \pm 33,1$	$81,0 \pm 8,2$
LMA	$57,0 \pm 23,1$	$45,0 \pm 32,6$	$60,0 \pm 16,9$	$57,5 \pm 32,6b$	$47,5 \pm 29,8$	$78,6 \pm 17,5$
LMC	$56,0 \pm 19,8$	$52,5 \pm 20,5$	$57,5 \pm 20,9$	$70,0 \pm 6,8a$	$52,5 \pm 25,6$	$65,7 \pm 15,5$
LNH	$47,7 \pm 19,8$	$51,0 \pm 29,1$	$56,3 \pm 22,4$	$59,6 \pm 17,0b$	$59,6 \pm 19,2$	$76,4 \pm 11,8$
MM	$42,9 \pm 25,4$	$42,6 \pm 31,9$	$44,1 \pm 18,3$	$53,7 \pm 18,1b$	$52,9 \pm 29,2$	$69,3 \pm 21,2$
Tempo de quimioterapia	$p = 0,31$	$p = 0,80$	$p = 0,66$	$p = 0,68$	$p = 0,72$	$p = 0,38$
1 mês	$57,5 \pm 22,7$	$52,1 \pm 21,2$	$51,0 \pm 21,5$	$61,5 \pm 14,6$	$60,4 \pm 19,8$	$75,6 \pm 16,0$
2 a 3 meses	$53,9 \pm 20,7$	$49,1 \pm 26,2$	$57,1 \pm 22,3$	$64,3 \pm 14,6$	$51,8 \pm 21,3$	$69,4 \pm 16,4$
4 a 11 meses	$51,3 \pm 15,8$	$57,8 \pm 25,8$	$59,4 \pm 14,6$	$56,3 \pm 25,0$	$51,6 \pm 28,7$	$82,1 \pm 13,2$
Acima de 1 ano	$45,5 \pm 21,9$	$45,5 \pm 31,5$	$52,3 \pm 19,0$	$56,8 \pm 20,3$	$54,0 \pm 25,7$	$73,1 \pm 19,5$

*Teste de Mann-Whitney; **Kruskal-Wallis seguido do teste de Nemenyi representado pelas letras

Na comparação dos escores da escala de sintomas com os aspectos clínicos, identificou-se que os pacientes com maior tempo de tratamento com quimioterapia, acima de quatro meses, apresentaram maior dificuldade financeira ($p=0,04$) (Tabela 7).

Tabela 7. Resultado da associação da escala de sintomas com o perfil clínico de pacientes com malignidades hematológicas (n = 56) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Fadiga	Náusea e vômito	Dor	Dispneia	Insônia	Perda do apetite	Constipação	Diarreia	Dificuldades financeiras
Doença	p = 0,23	p = 0,79	p = 0,37	p = 0,49	p = 0,19	p = 0,98	p = 0,46	p = 0,13	p = 0,39
LH	38,9 ± 12,5	29,2 ± 8,8	37,5 ± 17,7	30,6 ± 16,7	41,7 ± 25,0	33,3 ± 12,5	27,8 ± 8,3	27,8 ± 8,3	30,6 ± 11,0
LLA	50,0 ± 11,8	34,4 ± 12,0	56,3 ± 29,8	37,5 ± 14,4	43,8 ± 23,9	37,5 ± 14,4	37,5 ± 14,4	25,0 ± 0,0	25,0 ± 0,0
LLC	27,8 ± 4,8	50,0 ± 43,3	33,3 ± 14,4	33,3 ± 14,4	91,7 ± 14,4	41,7 ± 28,9	25,0 ± 0,0	25,0 ± 0,0	50,0 ± 25,0
LMA	40,0 ± 14,9	27,5 ± 5,6	50,0 ± 31,9	30,0 ± 11,2	30,0 ± 11,2	30,0 ± 11,2	30,0 ± 11,2	30,0 ± 11,2	40,0 ± 33,5
LMC	48,3 ± 25,3	30,0 ± 11,2	47,5 ± 27,1	25,0 ± 0,0	50,0 ± 30,6	45,0 ± 27,4	45,0 ± 32,6	55,0 ± 32,6	35,0 ± 13,7
LNH	48,1 ± 17,1	40,4 ± 22,9	37,5 ± 25,5	36,5 ± 24,2	51,9 ± 31,4	40,4 ± 24,0	48,1 ± 31,4	30,8 ± 11,0	32,7 ± 18,8
MM	58,3 ± 27,6	41,9 ± 27,2	58,1 ± 31,9	42,6 ± 26,2	54,4 ± 30,9	42,6 ± 32,8	39,7 ± 26,6	44,1 ± 27,3	45,6 ± 29,6
Tempo de quimioterapia	p = 0,88	p = 0,96	p = 0,54	p = 0,84	p = 0,12	p = 0,15	p = 0,94	p = 0,32	p = 0,04
1 mês	47,2 ± 18,9	39,6 ± 24,3	39,6 ± 18,3	33,3 ± 19,5	56,3 ± 28,5	41,7 ± 28,9	35,4 ± 22,5	29,2 ± 14,4	25,0 ± 0,0b
2 a 3 meses	49,4 ± 22,3	34,8 ± 14,9	42,9 ± 28,9	37,5 ± 27,3	39,3 ± 21,3	48,2 ± 24,9	41,1 ± 27,0	41,1 ± 23,2	32,1 ± 15,3b
4 a 11 meses	40,6 ± 12,1	29,7 ± 6,5	51,6 ± 27,9	34,4 ± 12,9	34,4 ± 12,9	31,3 ± 11,6	34,4 ± 12,9	31,3 ± 11,6	43,8 ± 29,1a
Acima de 1 ano	50,4 ± 24,9	39,8 ± 27,2	51,7 ± 30,9	36,4 ± 20,0	60,2 ± 34,2	35,2 ± 24,0	39,8 ± 27,5	37,5 ± 24,1	45,5 ± 27,4a

*Teste de Mann-Whitney; **Kruskal-Wallis seguido do teste de Nemenyi representado pelas letras

A análise de correlação evidenciou que quanto maior o número de sintomas, pior é a QV em relação às dimensões física ($p=0,01$) e desempenho ($p=0,01$) da escala funcional. Além disso, quanto maior o número de preocupações no tratamento, pior é a QV em relação às dimensões cognitivo ($p=0,01$) e social ($p=0,02$) também da escala funcional (Tabela 8).

Nessa perspectiva, também foi identificado que quanto maior o número de sintomas no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga ($p=0,01$), dor ($p=0,04$), dispneia ($p=0,01$) e perda de apetite ($p=0,01$). Também nesse contexto, foi observado que quanto maior o número de preocupações no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga ($p=0,04$) e de constipação ($p=0,01$) (Tabela 8).

Tabela 8. Correlação de Spearman entre o número de sintomas e preocupações no tratamento com quimioterapia em relação às escalas funcional, de sintomas e saúde global ($n=56$) entrevistados em serviço privado na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Escalas	N ^a de sintomas no tratamento		N ^a de preocupações no tratamento	
	<i>r</i> ô	<i>p</i>	<i>r</i> ô	<i>p</i>
Escala funcional				
Física	-0,54	0,01	-0,13	0,35
Desempenho	-0,33	0,01	-0,12	0,39
Emocional	-0,18	0,18	-0,44	0,01
Cognitivo	-0,10	0,45	-0,26	0,05
Social	-0,15	0,27	-0,32	0,02
Escala de sintomas				
Fadiga	0,40	0,01	0,27	0,04
Náusea e vômito	0,12	0,39	-0,05	0,70
Dor	0,28	0,04	0,11	0,40
Dispneia	0,37	0,01	0,06	0,68
Insônia	0,03	0,84	0,11	0,44
Perda do apetite	0,34	0,01	-0,08	0,58
Constipação	0,22	0,10	0,34	0,01
Diarreia	0,12	0,39	0,12	0,36
Dificuldades financeiras	0,20	0,13	0,22	0,11
Saúde global	-0,18	0,19	-0,24	0,07

r = correlação de Spearman

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que metade dos pacientes entrevistados eram idosos, conforme o estudo de (SILVA et al., 2009), com idade mediana de 63 anos . O envelhecimento é um processo natural de cada indivíduo e tem características particulares, uma vez que a própria vida o expõe a eventos que comprometem as funções físicas, cognitivo-comportamentais, emocionais, de saúde e a qualidade de vida. Da mesma forma, os indivíduos em fases avançadas do processo de envelhecimento são mais propensos a desequilíbrios na sua saúde, e embora as doenças crônicas possam não ser fatais, possivelmente a qualidade de vida dos idosos é afetada em diferentes graus (SILVA; HANSEL; SILVA, 2016).

Em relação à prevalência de malignidades hematológicas, o estudo de (DOUBOVA et al., 2020) demonstrou similaridade com os resultados encontrados, haja vista que a maioria dos pacientes entrevistados apresentaram ter MM e linfoma.

As malignidades hematológicas mais prevalentes do nosso estudo foram LNH e MM e a maioria dos pacientes entrevistados faziam quimioterapia há mais de um ano. O MM é uma neoplasia progressiva e incurável e teve sua incidência aumentada nos últimos anos por causa do maior conhecimento da doença, de melhores recursos laboratoriais, e do aumento da expectativa de vida mundial e também da maior exposição crônica aos agentes poluentes (SILVA et al., 2009).

Já o LNH é um grupo de doenças linfoides responsáveis pelas malignidades hematológicas mais comuns em países ocidentais e asiáticos, esses distúrbios são clinicamente classificados como agressivo e indolente, de

acordo com o curso clínico e o desfecho. Entretanto, os resultados de sobrevida de pacientes com LNH melhoraram devido aos avanços no tratamento (KANG et. Al., 2018), o que explica a alta prevalência desta malignidade hematológica no presente estudo.

Identificou-se que durante a quimioterapia os sintomas mais prevalentes foram: fraqueza, boca seca, constipação intestinal e dor ou desconforto. Os efeitos colaterais da quimioterapia dependem do seu mecanismo de ação. A maioria dos medicamentos quimioterápicos atua sobre as células que se multiplicam rapidamente, o que tende a afetar prioritariamente as células da medula óssea, do trato gastrointestinal e folículos pilosos. As toxicidades mais comuns associadas a esses agentes incluem mielossupressão, náuseas, vômitos, efeitos colaterais gastrointestinais, mucosite, alopecia, esterilidade, infertilidade e reações à infusão. Além disso, há um risco aumentado de infecções devido à imunossupressão, todos esses fatores refletem no resultado do presente estudo, pois os sinais e sintomas mais prevalentes nos pacientes entrevistados foram fraqueza, boca seca, constipação intestinal e dor ou desconforto. Esses sinais e sintomas certamente refletem o tratamento quimioterápico, que é comumente associado aos efeitos colaterais (AMJAD; CHIDHARLA; KASI, 2022).

No que tange às preocupações mais prevalentes encontradas no estudo, destacam -se o estado de saúde, a família e os amigos , além dos efeitos colaterais associados ao tratamento, semelhante ao estudo de (KANG et al.,2018), cujos pacientes da amostra apresentaram maior sofrimento com tratamento de LNH, maior preocupação com o tratamento e medo de haver metástase ou recidiva da doença. Além disso, as preocupações encontradas corroboram o estudo de (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO,2013), pois a maioria dos pacientes

relataram ter maior preocupação em relação aos efeitos colaterais do tratamento, preocupação com estado de saúde e com as decisões a serem tomadas em relação ao tratamento.

O presente estudo demonstrou que o escore obtido (74,0) na avaliação da QV global dos pacientes com neoplasias hematológicas foram semelhantes a dois estudos que obtiveram escore de 63,0 (ANDRADE et al., 2013) e de 70,1 (FRANCESCHINI et al., 2010).

Evidenciou-se pior escore em relação ao domínio físico nas mulheres, nos aposentados e que tinham náuseas e vômitos. Estudo semelhante (CONDE et al., 2006) identificou que as pacientes com câncer de mama sofrem influência da idade sobre a reação psicológica ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico. Tal fato remete-nos ao conceito de QV, uma vez que essa reação representa, ao menos parcialmente, o grau de amadurecimento em que a mulher se encontra. Além disso, foi observado pior escore nas escalas de sintomas, estado geral de saúde, nos domínios físicos e de função. Esses dados representam alterações sugestivas do processo de envelhecimento, que pode associar-se ao comprometimento do componente físico e à melhora do componente mental.

Um outro estudo demonstrou que pacientes femininas são as mais acometidas por náusea e vômitos, essas alterações gastrintestinais provocadas pela quimioterapia são recorrentes e as mulheres demonstram maior suscetibilidade a estes sintomas, sendo mais difícil o distanciamento destas das funções relacionadas ao preparo dos alimentos que possivelmente agravam os sintomas (BRATIBACH et al., 2013).

Em relação aos sintomas, um outro estudo acerca do câncer de mama (GOZZO et al., 2014) relatou que alguns fatores podem favorecer os eventos

eméticos, entre eles o sexo feminino, idade, peso, dose utilizada da droga, número de ciclos recebidos e baixo consumo de álcool, mesmo recebendo baixas doses de quimioterápicos, e aquelas que apresentaram história de vômito durante a gestação ou associado ao movimento têm maior tendência a apresentá-lo durante o tratamento com quimioterapia.

Embora haja avanços no controle das náuseas e dos vômitos, os tratamentos atuais disponíveis não são efetivos para todos os pacientes e é preciso otimizar os recursos disponíveis, sejam eles farmacológicos ou não, para conseguir um manejo mais adequado durante o tratamento. Além disso, pacientes do sexo feminino apresentaram mais diarreia, possivelmente pelo trato gastrointestinal das mulheres ser mais afetado durante o tratamento com quimioterapia em relação ao dos pacientes do sexo masculino (KAMEO et al., 2021).

Um estudo que avaliou o impacto do tratamento com quimioterapia em idosos apontou diversos eventos adversos em função do tratamento, como a diarreia e é semelhante ao nosso estudo, pois a quimioterapia se dá por meio de diversos mecanismos de inibição e destruição das células tumorais e essa atividade não se restringe apenas às células cancerígenas, mas pode comprometer células saudáveis dos pacientes (BARBOSA; OGAVA; MANSO, 2021).

Pacientes sem companheiro tiveram mais dispneia em relação aos pacientes com companheiro. Uma pesquisa demonstrou que a situação conjugal influencia positivamente na recuperação do paciente, pois o companheiro serve de apoio nos procedimentos realizados, além do apoio emocional e social (PÚBLIO; SILVA; VIANA, 2014).

Pacientes diagnosticados com LMA, LH e LMC tiveram pior domínio cognitivo em relação aos pacientes com outras malignidades hematológicas, semelhante ao estudo de (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO; 2013), que relacionou ansiedade, estresse, depressão e baixa pontuação nos domínios de função cognitiva e emocional. Ressalta-se que estes domínios apresentaram baixa pontuação, além disso, constataram pior desempenho funcional

Identificou-se que maior tempo de quimioterapia tem influência direta com as dificuldades financeiras. Um estudo mostrou resultado semelhante ao apresentar dificuldades financeiras, principalmente em idosos e seus familiares que precisavam se deslocar de suas cidades para as cidades vizinhas com infraestrutura necessária para o tratamento. Embora a aposentadoria proporcione a autonomia financeira do idoso, nem sempre ela é suficiente para cobrir os gastos necessários ao tratamento oncológico, o que leva o idoso a depender do auxílio familiar (TONETI et al., 2014).

O tratamento de malignidades hematológicas provoca dificuldades financeiras nos pacientes, tendo as escalas físicas e de sintomas afetadas, como depressão e diminuição da autoestima. Outras limitações estão relacionadas às atividades diárias e psicossociais, que podem levar à perda do emprego (LÔBO et al., 2014). Além disso, o câncer pode deixar as pessoas muito vulneráveis, pois é o momento que suas parcerias de vida e profissional estão iniciando e muitas vezes podem ser interrompidas pelos tratamentos muito intenso e demorado (PEREIRA et al., 2017).

Em relação aos resultados da escala funcional, o presente estudo identificou pior QV em quem apresentou mais sintomas em relação à escala física e a de desempenho. Semelhante estudo encontrou que pacientes com maior

fadiga podem gerar alterações graves na capacidade funcional e, conseqüentemente, uma diminuição da sua QV. É um sintoma causado pelo cansaço físico, emocional e cognitivo que perdura muito tempo após o término do tratamento com quimioterapia, e através desses dados pode-se concluir que tais sintomas provavelmente tiveram influência nas funções físicas, cognitivas e emocionais (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO, 2013).

Piores escores nos domínios cognitivos e sociais foram identificados nos pacientes que apresentaram mais preocupações. O câncer é uma das doenças mais temidas pelo paciente, familiares e amigos próximos e gera sentimentos negativos, como medo do diagnóstico, efeitos colaterais do tratamento, incerteza do prognóstico, sofrimento causado pela dor e possível enfrentamento da morte (ANDRADE; SAWADA; BARRICHELLO, 2013).

Em relação aos domínios da escala de sintomas, o presente estudo evidenciou que os pacientes que apresentaram maior número de sintomas, também apresentaram mais fadiga, dispnéia, perda de apetite, bem como um maior número de preocupações. Uma revisão de literatura mostrou que fadiga é um sintoma prevalente na doença oncológica, manifestando-se entre 75% e 95%, esse tem sido atribuído a diversas causas, tais como: estado hipermetabólico associado ao crescimento tumoral, competição entre o organismo e o tumor por nutrientes, efeitos deletérios da quimioterapia e da radioterapia, ingestão nutricional inadequada associada à náusea e aos vômitos decorrentes da quimioterapia, anemia, insônia e a incerteza e medo quanto ao futuro e a morte (SCHLOSSER; COELIM, 2014).

Um outro estudo que também usou o questionário EORTC QLQ C-30, relatou que a perda de apetite em pacientes com câncer pode estar relacionada

ao agravo da fadiga nas dimensões física, psicológica e podem também estar associadas à fadiga, às náuseas e aos vômitos (KORMANN; KORZ; ALLGLERI, 2021). Já em outra pesquisa, observou-se que pacientes que realizaram mais de seis sessões apresentaram pior função emocional e aumento na escala de sintomas tiveram mais dispneia (NICOLUSSI; SAWADA; 2011).

O número reduzido de participantes analisados neste estudo pode representar uma limitação importante para a análise e interpretação dos resultados obtidos. Além disso, os efeitos da pandemia da Covid-19 e o fato de tratar-se de um serviço privado de tratamento de malignidades hematológicas pode funcionar como um viés de seleção para os pacientes incluídos e desta forma influenciar os resultados apresentados.

Essas limitações devem ser consideradas no planejamento de estudos futuros de QVRS em pacientes com malignidades hematológicas, permitindo a realização de estudos com maiores casuísticas e envolvendo instituições públicas e privadas. Diante desses fatos, em decorrência da escassez de estudos acerca da QVRS em pacientes com malignidades hematológicas no Brasil, é fulcral destacar a relevância dos resultados aqui apresentados.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo acerca da QVRS de pacientes com malignidades hematológicas em tratamento quimioterápico apresentou um perfil muito bem delineado dos participantes, como sendo de idosos, acometidos de LNH e MM, com um alto período de realização de quimioterapia. São pacientes com mais sintomas de fraqueza, boca seca, constipação intestinal e dor ou desconforto, bem como, com preocupações relacionadas ao estado de saúde, família, amigos e com efeitos colaterais associados ao tratamento.

Piores escores de QVRS foram identificados nas mulheres e nos aposentados da dimensão física. Além disso, mais náuseas e vômito nas mulheres, diarreia nos idosos e dispneia em pessoas sem companheiro. Pior escore nos indivíduos diagnosticados com LMC, LH e LMA, bem como, uma maior frequência de dificuldade financeiros em que estavam com mais tempo de quimioterapia e sua influência nas dificuldades financeiras.

O presente estudo também evidenciou que quanto maior o número de sintomas, pior é a QV em relação às dimensões física e desempenho. Também quanto maior o número de preocupações no tratamento, pior é a QV em relação às dimensões cognitivo e social. Por conseguinte, quanto maior o número de sintomas no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga, dor, dispneia e perda de apetite, bem como, quanto maior o número de preocupações no tratamento, maiores são os sintomas de fadiga e de constipação.

Espera-se que este estudo sirva como ponto de partida para pesquisas futuras sobre QVRS em pacientes oncológicos e que seus resultados possam contribuir no planejamento de melhores condições de tratamento aos pacientes

com malignidades hematológicas, informando-os de forma mais clara e acessível sobre os efeitos do tratamento, bem como, reduzir os efeitos adversos da quimioterapia. Espera-se ainda que os resultados obtidos possam ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisões e ressaltar a importância das equipes multidisciplinares no tratamento desses pacientes.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONSON, N.K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 85, n. 5, p. 365-376, mar. 1993.

ALBAGOUSH, S. A.; SHUMWAY, C.; AZEVEDO, A. M. **Multiple Myeloma**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022.

ALLART-VORELLI, P. et al. Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. **Blood Cancer Journal**, v. 5, n. 4, p. 01-10, 24 abr. 2015.

AMJAD, M. T.; CHIDHARLA, A.; KASI, A. **Cancer Chemotherapy**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 355–361, abr. 2013.

ATKINS S.; HE F. Chemotherapy and beyond: Infections in the Era of Old and New Treatments for Hematologic Malignancies. **Infectious Disease Clinic of North America**, v. 33, n. 2, p. 289-309, jun. 2019.

BENNETT, C.L. et al. Adverse effects of drugs used to treat hematologic malignancies: surveillance efforts from the research on adverse drug events and reports project. **Seminars in Thrombosis and Hemostasis**, vol. 33, n. 4, p. 365-372, jun. 2007.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: factorial models to Brazilian cancer patients. **Einstein**, v. 16, n. 1, 2018.

CHENNAMADHAVUNI, A.; LYENGAR, V.; SHIMANOVSKY, A. **Leukemia**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022.

DOUBOVA, S. V. et al. Experiences with health care and health-related quality of life of patients with hematologic malignancies in Mexico. **BMC Health Services Research**, vol. 20, n. 1, p. 644, jul. 2020.

EFFICACE, F. et al. Validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 Summary Score in Patients with Hematologic Malignancies. **Value Health**, vol 22, n. 11, p. 1303-1310, 07 ago. 2019.

_____. Health-related quality of life in patients with acute promyelocytic leukemia: a systematic literature review. **Expert Review of Hematology**, vol. 14, n. 7, p. 645-654, jul. 2021.

EL-JAWAHRI, A. et. al. Palliative and End-of-Life Care for Patients with Hematologic Malignancies. **Journal of Clinical Oncology**, vol. 38, n. 9, p. 944-953, 20 mar. 2020.

ELLEHUUS, C. et al. Health-related quality of life of patients with haematologic cancer during COVID-19 and their opinions on telehealth consultations - a Danish single site cross-sectional survey. **Acta Oncologica**, vol. 60, n. 7, p. 872-880, jul. 2021.

ESLICK R.; TALAULIKAR D. Multiple myeloma: from diagnosis to treatment. **Australian Family Physician**, vol. 42, n. 10, p. 684-688, out. 2013.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRANCESCHINI, J. et al. Reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire used in conjunction with its lung cancer-specific module. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 36, n. 5, p. 595-602, set-out. 2010.

GAN, G. G. et al. Anxiety and depression in patients with haematological neoplasms in Malaysia. **Medical Journal of Malaysia**, vol. 74, n. 3, p. 191-197, jun. 2019.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 29 set. 2020.

GOZZO, T. O. et al. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 34, N. 1, p. 110-116, 2013.

HARPER, A.; POWER, M. **On behalf of the WHOQOL Group**: WHOQOL user manual (Draft). Genebra: WHO, 1998.

HEIDER, M. et al. Multiple Myeloma: Molecular Pathogenesis and Disease Evolution. **Oncology Research and Treatment**, vol. 44, n. 12, p. 672-681, 08 nov. 2021.

INCA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

JAMIL, A.; MUKKAMALLA, S. K. R. **Lymphoma**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022.

KAMEO, S. Y., R. et al. Alterações Dermatológicas Associadas Ao Tratamento Oncológico De Mulheres Com Câncer De Mama. **Revista Brasileira De Cancerologia**, vol. 67, N. 2, p. e-071133, mar. 2021.

KARIMI M.; BRAZIER J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **Pharmacoeconomics.**, vol. 34, p. 645-649, jul. 2016.

LEWIS, W.D.; LILLY, S.; JONES, K. L. Lymphoma: Diagnosis and Treatment. **American Family Physician**, vol. 101, n. 1, p. 34-41, jan. 2020.

LIN, Y. et. al. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, vol. 18, n. 360, 2020.

LIVSHITS Z.; RAO R.B.; SMITH S.W. An approach to chemotherapy-associated toxicity. **Emergency Medicine Clinics of North America**, vol. 32, n. 1, p. 167-203, fev. 2014.

MACLACHLAN, S. A.; DEVINS, G. M.; GOODWIN, P. J. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. **European Journal of Cancer**, vol. 34, n. 4, p. 510-517, mar. 1998.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

PAMUK, G. E. et al. EORTC QLQ-C30 assessment in Turkish patients with hematological malignancies: association with anxiety and depression. **Annals of Hematology**, vol. 87, n. 4, p. 305-310, abr. 2008.

POPHALI, P. A.; THANARAJASINGAM, G. Understanding Health-Related Quality of Life in Patients with Mantle Cell Lymphoma. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, v. 34, n. 5, p. 971–982, out. 2020.

PRISCILLA, D. et al. Quality of life among patients with hematological cancer in a Malaysian hospital. **Medical Journal of Malaysia**, vol. 66, n. 2, p. 117-120, jun. 2011.

QUEIROZ, L.; SOUSA, F.; MARQUES, H. Influência dos Factores Socio-Demográficos e Clínicos na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos Doentes Hemato-Oncológicos. **Arquivos de Medicina**, vol. 24, n. 3, p. 79-87, 2010.

QUALITY OF LIFE GROUP. Disponível em: <https://qol.eortc.org/>. Acesso em: 13 out. 2020.

RAJKUMAR S. V. Multiple myeloma: 2022 update on diagnosis, risk stratification, and management. **American Journal Hematology**, vol. 97, n. 8, p. 1086-1107, ago. 2022.

REBOUÇAS, C. B. A et al. Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 69, n. 1, p. 72-78, 2016.

SWERDLOW, S. H. et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. **Blood**, vol. 127, n. 20, p. 2375-2390, 19 mai. 2016.

SNOWDEN J.A. et al. Haematological cancers: improving outcomes. A summary of updated NICE service guidance in relation to Specialist Integrated Haematological Malignancy Diagnostic Services (SIHMDS). **Journal of Clinical Pathology**, vol. 70, n. 6, p. 461-468, 2017.

SOUZA, J. L. C. et al. Health-related quality of life assessment inpatients with rectal cancer treated with curative intent. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, vol. 55, n. 2, p. 154-159, abr-jun. 2018.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Measuring Healthy Days**. Atlanta: CDC, 2000.

WEE, C. C.; DAVIS, R. B.; HAMEL, M. B. Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. **Health and Quality of Life Outcomes**, vol. 6, n. 11, 2008.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YOURON, P. et al. Quality of life in patients of chronic lymphocytic leukemia using the EORTC QLQ-C30 and QLQ-CLL17 questionnaire. **European Journal of Haematology**, vol. 105, n. 6, p. 755-762, dez. 2020.

ZANDONAI, A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 12, n. 3, p. 554-561, 30 set. 2010.

9 APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e clínico

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

Mestranda Giovanna Bassi Diniz

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER
HEMATOLÓGICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Iniciais do seu nome: _____

Religião: _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Sexo: 1. () Masculino 2. Feminino ()

Procedência: _____

Profissão: _____

1- Seu trabalho é:

1. () tempo integral 2. () meio período 3. () Aposentado

4. () desempregado 5. () do lar 6. () Afastado

7. Outro: _____

2- Renda mensal:

1. () até 1 salário mínimo 2. () 1 a 2 salários mínimos 3. () 2 a 4 salários mínimos

4. () mais de 4 salários mínimos 5. () entre 10 e 20 salários mínimos 6. () mais que 20 salários mínimos

3- Escolaridade:

1. () Analfabeto 2. () 1º grau incompleto 3. () 1º grau completo

4. () 2º grau incompleto 5. () 2º grau completo 6. () 3º grau incompleto

7. () 3º grau completo 8. () Pós - graduação

4- Estado Civil:

- 9. () as decisões quanto ao meu tratamento
- 10. () locomoção para o local de tratamento
- 11. () minha saúde
- 12. () sintomas que posso vir a apresentar
- 13. () Outros

-Quando você soube que estava com câncer?

_____ mês/ano_____

- Qual tipo de câncer?

- 1. () Leucemia Aguda
- 2. () Leucemia Crônica
- 3. () Linfoma Hodgkin
- 4. () Linfoma Não- Hodgkin
- 5. () Outro_____

- Há quanto tempo iniciou a quimioterapia?

- 1. () até um mês
- 2. () 2 a 3 meses
- 3. () 4 a 5 meses
- 4. () mais de 5 meses
- 5. () 1 ano
- 6. () mais de 1 ano

- Cirurgia ou transplantes:_____

- Qual ciclo do quimioterápico é o do momento? _____

- Qual protocolo adotado no momento? _____

- Realiza terapia complementar? Se sim, qual? _____

10 APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário (a) sem qualquer tipo de remuneração, do Projeto de Pesquisa sob o título: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER HEMATOLÓGICO**.

Meu nome é **GIOVANNA BASSI DINIZ**, sou pesquisadora responsável por este projeto, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde da PUC- Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, **GIOVANNA BASSI DINIZ**, no telefone (62) 981770468 ou com a orientadora da pesquisa Professora **Dra. VERA APARECIDA SADDI**, nos telefones: (62) 982479596, ou pelos e-mails **giovannabassi@hotmail.com e verasaddi@gmail.com**. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida

relacionada à saúde em um grupo de pacientes com câncer hematológico, em um serviço de quimioterapia de Goiânia-GO.

Nossa conversa deverá levar de 10 a 20 minutos. Caso você concorde em participar, irá responder um questionário que avaliará a sua QV em saúde (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 itens - EORTC-QLQ-C30*) e um questionário sociodemográfico, após o tratamento com quimioterapia. Os riscos ou desconfortos decorrentes da participação dessa pesquisa podem incluir algum constrangimento ao relatar como é sua vida com câncer hematológico, ou cansaço, ou indisposição em responder ao questionário. Entretanto, caso apresente algum problema ou desconforto iremos interromper de imediato as respostas ao questionário e remarcar em um outro momento se houver interesse por parte do participante. Garantimos que, se houver algum dano durante a sua participação nesta pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios. Essa pesquisa não acarretará nenhuma despesa para você, pois a conversa com a pesquisadora, a assinatura do TCLE e a aplicação dos questionários serão realizados durante o seu retorno, após o tratamento com quimioterapia na Clínica Honcord em Goiânia-Goiás, que já estará previamente agendado. Assim não será fornecida nenhuma compensação financeira adicional, caso você aceite participar. Você tem total liberdade para recusar a participação na pesquisa. Essa recusa não interferirá em nada na assistência que você receberá e você não será penalizado (a) ou responsabilizado de nenhuma forma. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, em nada será prejudicado (a). Os resultados desta pesquisa se tornarão públicos, porém seu nome não aparecerá de forma alguma. As informações coletadas ficarão em poder da pesquisadora responsável, por um período de cinco anos após o término da pesquisa e depois serão

queimados. Durante esse período, lhe é assegurado a qualquer momento o acesso aos resultados do estudo. Eu, pesquisadora responsável por essa pesquisa, esclareço que cumprirei as informações acima. Você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios devido a sua participação no estudo. Suas informações serão tratadas com confidencialidade e sigilo. Se houver algum custo por participar da pesquisa, você será ressarcido, e em caso de dano decorrente do estudo, terá direito a indenização, conforme decisões judiciais que possam suceder. Eu _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora, **GIOVANNA BASSI DINIZ**, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de assistência, confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é voluntária e isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Goiânia, ____, de _____, de 202__.

11 ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER HEMATOLÓGICO

Pesquisador: GIOVANNA

BASSI DINIZ Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44669921.2.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.612.508

Apresentação do Projeto:

A qualidade de vida dos pacientes com leucemias e linfomas pode ser comprometida pelos sintomas da doença, pelas reações adversas do tratamento e também pelos aspectos financeiros relacionados ao alto custo do tratamento e à incapacidade de trabalho durante algumas fases da doença. O presente projeto visa avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer hematológico em tratamento com quimioterapia. O estudo é prospectivo, de corte transversal, observacional, de abordagem quantitativa e será realizado no Honcord-Clínica de Hematologia e Oncologia de Goiânia-GO. A amostra é de conveniência e espera-se que cerca de 50 pacientes com câncer hematológico, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estejam em tratamento com quimioterapia participem do estudo. Os instrumentos de coleta de dados serão aplicados no retorno do paciente após a quimioterapia. Dois instrumentos de avaliação serão aplicados, sendo um sobre os dados sócio demográficos e clínicos e o segundo instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (EORTC) QLQ-C-30. Espera-se que este estudo possa elucidar possíveis associações entre os aspectos sociodemográficos, clínicos e os domínios de qualidade de vida relacionados a saúde dos pacientes incluídos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em um grupo de pacientes com câncer hematológico, em um serviço de quimioterapia de Goiânia-GO.

Objetivos específicos:

- Descrever os aspectos sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo.
- Investigar a qualidade de vida dos pacientes oncohematológicos por meio do instrumento QLQ-C30. - Investigar as associações entre os aspectos sócio demográficos e clínicos e os domínios de qualidade de vida relacionados a saúde dos pacientes incluídos no estudo.
- Comparar os índices de qualidade de vida dos pacientes oncohematológicos em relação aos diferentes tipos de neoplasias hematológicas diagnosticadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são expostos no projeto de pesquisa e no TCLE de forma coerente e de acordo com resolução CNS 466 de 2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica, e atende a Resolução 466/12 do CNS. Trata-se de pesquisa do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com o recomendado pela legislação ética vigente:

1) Currículos apresentados:

VERA APARECIDA SADDI

GIOVANNA BASSI DINIZ

2) Cartas de ciência/autorização:

- TERMO DE ANUÊNCIA Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde PUC Goiás;
- Declaração de instituição coparticipante; - Folha de rosto.
- Termo de consentimento livre e esclarecido

Recomendações:

Recomendações sugeridas:

- Paginação no TCLE de acordo como apresentado no modelo disponível no link <https://sites.pucgoias.edu.br/puc/cep/wp-ontent/uploads/sites/2/2021/02/TCLE.pdf>
- Diante do grande problema de saúde pública, pandemia da COVID19, deve-se seguir recomendações de biossegurança para prevenção da transmissão do novo

Coronavírus durante a entrevista com os participantes da pesquisa, o que não foi especificado no projeto apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresenta óbices éticos. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1711768.pdf	17/03/2021 19:53:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoinvestigador.pdf	17/03/2021 19:53:08	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Outros	LattesGiovannaBassiDiniz.pdf	17/03/2021 19:47:49	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Outros	LattesVeraAparecidaSaddi.pdf	17/03/2021 19:47:01	GIOVANNA BASSI	Aceito

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
			DINIZ	
Outros	QUESTIONARIOSOCIODEMOGRAFICOECLINICO.pdf	17/03/2021 19:45:40	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Outros	EscalaQLQC30.pdf	17/03/2021 19:35:56	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Termodeanuencia.pdf	17/03/2021 19:31:11	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Folha de Rosto	QOLFOLHADEROSTO.pdf	17/03/2021 19:30:27	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Declaração de concordância	coparticipante.pdf	17/03/2021 19:26:44	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/03/2021 19:24:19	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	17/03/2021 19:13:44	GIOVANNA BASSI DINIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 25 de Março de 2021.

**Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
(Coordenador(a))**

12 ANEXO B EORTC QLQ30



EORTC QLQ-C30 (version 3)

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

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana:				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4

