

CARLOS HENRIQUE DEBENEDITO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
CÂNCER EM FASE DE DOENÇA AVANÇADA**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. SOPHIE FRANÇOISE MAURICETTE DERCHAIN

**Unicamp
2008**

CARLOS HENRIQUE DEBENEDITO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
CÂNCER EM FASE DE DOENÇA AVANÇADA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. SOPHIE FRANÇOISE MAURICETTE DERCHAIN

**Unicamp
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Si38q

Silva, Carlos Henrique Debenedito
Qualidade de vida em mulheres com câncer em fase de
doença avançada / Carlos Henrique Debenedito Silva.
Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador : Sophie Françoise Mauricette Derchain
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida. 2. Câncer. 3. Cuidados
paliativos. 4. Questionários. I. Derchain, Sophie Françoise
Mauricette. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Assessment of quality of life in Brazilian women with advanced câncer in palliative care

Keywords:

- Quality of life
- Neoplasm
- Palliative care
- Questionnaires

Titulação: Mestre em Tocoginecologia
Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Profa. Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain
Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes
Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

Data da defesa: 21 - 07- 2008

Diagramação e arte final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: CARLOS HENRIQUE DEBENEDITO SILVA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. SOPHIE FRANÇOISE MAURICETTE DERCHAIN

Membros:

1.

Sop - Der

2.

Henriques

3.

Auto

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 21/07/2008

200820781

Dedico este trabalho...

***ao meu pai Diniz (in memorian),
a minha mãe Cleiys,
aos meus irmãos Marilú e Diniz Roberto,
a minha família
e amigos.***

Agradecimentos

À Prof^ª. Dr^ª. Sophie Françoise Mauricette Derchain, meu muito obrigado pela sua orientação nesta jornada de nosso retorno à atividade acadêmica, sempre disposta a mais e mais ensinar, tanto quanto aprender.

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto, pelas críticas e sugestões no processo de qualificação.

Ao Prof. Dr. Luis Otávio Zanatta Sarian, pela avaliação na banca de qualificação e sua revisão da língua inglesa.

Aos colegas do Mestrado, pelas horas maravilhosas que passamos juntos, de gratas lembranças, muito companheirismo nas cansativas mas alegres viagens. Um convívio de mútuo respeito e estímulo, mais acertos que desacertos, com quem tenho a honra de compartilhar o ideal de estudar.

Ao Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza, pelo incentivo da nossa presença nos bancos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino, pelo apoio na realização desta especialização.

À Prof^ª. Dr^ª. Sheila Pereira da Silva e Souza, anterior responsável pela Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), uma das mentoras da reunião de duas renomadas instituições de assistência / ensino / pesquisa.

Ao Prof. Dr. Luiz Cláudio Santos Thuler, pelas aulas e incentivo em defesa da pós-graduação do INCA.

Aos Professores-Doutores José Gomes Temporão e Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, antigo e atual Diretor Geral do INCA, pelo cumprimento da política de ampliação dos quadros de mestres e doutores.

À Prof^ª Dr^ª Marisa Maria Dreyer Breitenbach, responsável pela Coordenação de Pesquisa (CPQ) do INCA, decisiva em muitos momentos.

À Profª. Drª. Eliana Cláudia de Otero Ribeiro, atual responsável pela CEDC do INCA, pelas aulas e posiccionamento de apoio na responsabilidade institucional com seus profissionais.

À Profª. Drª. Lúcia Helena Simões Costa Paiva, pelos ensinamentos transmitidos na montagem do presente projeto.

À Profª. Drª. Maria Salete Costa Gurgel, pelo deslocamento para ministrar aula no Rio de Janeiro.

À Profª. Drª. Sylvia Michelina Fernandes Brena, que, a despeito da necessidade de viajar, não se furtou em ir ao Rio para levar seu conhecimento.

Ao Prof. Dr. César Cabello dos Santos, que, igualmente deixando suas múltiplas atividades, não fugiu ao chamamento de um grupo de alunos de fora de sua cidade.

Ao Prof. Dr. Luis Guillermo Bahamondes, pela solicitude em atender aos pedidos de alunos de outras terras, na melhor forma de conciliar os interesses de todos.

À Srª. Margarete Amado de Souza Donadon, secretária da Subcomissão de Pós-Graduação do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo apoio e colaboração em tantos momentos.

À Srª Neuza Aparecida de Melo Balducci, representando as demais secretárias da Divisão de Oncologia Ginecológica e Patologia Mamária, do Departamento de Tocoginecologia da FCM da Unicamp, sempre pronta a facilitar nossa estada.

À Srª. Marisa Martins, secretária da CEDC do INCA, incumbida de viabilizar nossas idas e vindas a Campinas.

Às pacientes que, mesmo atravessando um momento crucial de suas vidas, gentilmente concordaram em participar deste estudo.

Aos Professores-Doutores Pedro Luis Fernandez, Paulo de Souza Muniz e Leandro Augusto de Oliveira Barbosa, à Mestre Luciana Amaral Cañive e à Sandra Cristina de Souza, amigos e colegas da Divisão Técnico Científica do Hospital de Câncer IV (HC IV) do INCA, pelos ensinamentos, críticas, sugestões, correções e auxílio até a conclusão do estudo.

A toda equipe multiprofissional da assistência e funcionários dos diversos setores do HC IV, pela colaboração na realização deste estudo.

A todos os amigos, demais médicos e funcionários do INCA, pelo incentivo na realização desta etapa de pós-graduação, cujos nomes deixo de citar, mas que sentir-se-ão incluídos, meu sincero agradecimento.

O Universo não é uma Idéia Minha ...

O Universo não é uma idéia minha.
A minha idéia do Universo é que é uma idéia
minha.

A noite não anoitece pelos meus olhos,
A minha idéia da noite é que anoitece por meus
olhos.

Fora de eu pensar e de haver quaisquer
pensamentos

A noite anoitece concretamente
E o fulgor das estrelas existe como se tivesse peso

Ficções do Interlúdio
Alberto Caiero
01.10.1917

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas.....	ix
Resumo.....	xi
Summary.....	xiii
1. Introdução.....	15
2. Objetivos.....	24
2.1. Objetivo geral	24
2.2. Objetivos específicos	24
3. Publicação	25
4. Conclusões	44
5. Referências Bibliográficas	45
6. Anexos.....	52
6.1. Anexo 1 – Domínios e facetas do WHOQOL–100.....	52
6.2. Anexo 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF (Fleck et al., 2000).....	54
6.3. Anexo 3 – Instrumento de Avaliação da QV do Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)	55
6.4. Anexo 4 – Ficha Sociodemográfica e da Doença.....	59
6.5. Anexo 5 – Distribuição das mulheres Incluídas no Estudo.....	61
6.6. Anexo 6 – Características da doença e escores do WHOQOL-BREF	67
6.7. Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
6.8. Anexo 8 – Parecer da Comissão Científica de Estudos Clínicos do INCA	76
6.9. Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, de 13 de abril de 2005.....	77
6.10. Anexo 10 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, de 28 de abril de 2008.....	78

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ANOVA – Análise de Variância

CARES-SF – *Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form*

CEDC – Coordenação de Ensino e Divulgação Científica

CPQ – Coordenação de Pesquisa

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group

et al. – E outro(s), e outra(s)

FACT-G – Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale

HC IV – Hospital de Câncer IV, *Cancer Hospital IV*

HQLI – *Hospice Quality-of-Life Index*

HRQL – *Health Related Quality of Life*

HSD – *Honestly Significant Difference*

INCA – Instituto Nacional de Câncer; *National Cancer Institute*

KPS – *Karnofsky Performance Status*

OMS – Organização Mundial da Saúde

p – P valor; *P value*

- PS** – *Performance Status*
- QL Index** – *Quality-of-Life Index*
- QOL** – *Quality of Life*
- QV** – *Qualidade de Vida*
- SAS** – *Statistical Analysis Software*
- UICC** – *União Internacional Contra o Câncer*
- UNICAMP** – *Universidade Estadual de Campinas, University of Campinas*
- WHO** – *World Health Organization*
- WHOQOL** – *World Health Organization Quality of Life*
- WHOQOL-BREF** – *World Health Organization Quality of Life instrument short-form*
- WHOQOL-Group** – *World Health Organization Quality of Life Group*
- WHOQOL-100** – *World Health Organization Quality of Life instrument 100-item*

Resumo

Introdução: Os instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida (QV) tem sido cada vez mais utilizados como outra forma de interpretação dos resultados obtidos na abordagem às pessoas na área da saúde. Por ser considerado um constructo multidimensional, a QV permite conferir a efetividade de tratamentos em diferentes aspectos e subsidia direcionamento para terapêuticas mais específicas, reduzindo o custo e melhorando a satisfação dos pacientes com os resultados. **Objetivo:** Avaliar a QV de mulheres com câncer avançado tratadas em um hospital de cuidados paliativos, referência em oncologia no Brasil. **Sujeitos e métodos:** Para este estudo de corte transversal, 277 mulheres com câncer avançado ou recorrente, variando de 20 a 89 anos, foram recrutadas no ambulatório da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), entre julho de 2005 e junho de 2006. A QV foi avaliada pelo Instrumento de Avaliação da QV do Grupo de QV da Organização Mundial da Saúde (OMS) na forma abreviada (WHOQOL-BREF). Para análise estatística, as medianas dos domínios do WHOQOL-BREF foram comparadas entre si com teste de Wilcoxon. Os escores de cada domínio do questionário WHOQOL-BREF, de acordo com os aspectos demográficos e clínicos das pacientes foram comparados pelo teste de Student

ou ANOVA seguido de Tukey. Em seguida foi realizada uma regressão linear em *stepwise* para identificar variáveis significativas independentes. **Resultados:** escores relativamente baixos foram observados indiferentemente aos domínios examinados: 53,6% (3,6-100) para Físico, 66,7% (12,5-100) para Psicológico, 66,7% (0-100) para Social, 62,5% (21,9-100) para Ambiente, 50% (0-100) para QV em geral e 50% (0-100) para Saúde em geral. Os escores obtidos em domínio físico e saúde em geral foram significativamente baixos quando comparados àqueles obtidos nos outros domínios ($p<0,001$). Após a regressão linear, para comparação dos escores de QV segundo as características das pacientes, mulheres de idade mais avançada tiveram melhor QV nos domínios social ($p=0,0224$) e ambiente ($p=0,0052$); mulheres com nível educacional mais graduado tiveram melhores escores nos domínios físico ($p=0,0135$), psicológico ($p=0,316$) e saúde em geral ($p=0,0008$); mulheres com cuidadores do sexo masculino no domínio psicológico ($p=0,0093$); mulheres com *performance status* (Karnofsky) =70% nos domínios físico ($p<0,0001$), psicológico ($p<0,0001$), ambiente ($p=0,0018$), QV em geral ($p=0,0005$) e saúde em geral ($p=0,0016$); e mulheres que sobreviveram além de 90 dias tiveram melhor QV em todos os domínios, exceto o social, QV em geral e saúde em geral. **Conclusão:** os resultados indicam claramente que a valorização da QV nos pacientes com doença avançada pode ser alcançada pelo alívio dos sintomas, sendo o suporte psicológico e ambiente de importância secundária.

Palavras-Chave: qualidade de vida, neoplasia, cuidados paliativos, questionários.

Summary

Background: The assessment of quality of life (QOL) has become increasingly important as a measure of outcome in health. Since it is a multidimensional construct, it allows checking the effectiveness of treatments in different aspects and provides direction for the more specific therapeutic measure, reducing the costs of treatment and improving the patient's satisfaction with the results.

Objective: To evaluate the quality of life (QOL) in women with advanced cancer treated in a Brazilian hospital dedicated to oncologic palliative care. **Patients and**

methods: For this cross-sectional study, 277 women with advanced or recurrent cancer, ranging from 20 to 89 years of age, were recruited from the outpatient clinic at the Palliative Care Unit of the National Cancer Institute (INCA), Rio de Janeiro, Brazil, between July 2005 and June 2006. QOL was assessed with the World Health Organization's QOL instrument-abbreviated version (WHOQOL-BREF). The medians of WHOQOL-BREF domains were compared with the Wilcoxon's signed rank test. The scores for each domain of the WHOQOL-BREF questionnaire according to the demographic and clinical features of the patients were compared with the Student's t-test or ANOVA followed by the Tukey's HSD Post Hoc Test. A multiple linear regression with stepwise criteria

was used to identify independently significant variables. **Results:** Relatively low scores were observed, regardless of the domain examined: 53.6% (3.6-100) for Physical capacity, 66.7% (12.5-100) for the Psychological well being, 66.7% (0-100) for Social relationship, 62.5% (21.9-100) for Environmental well-being, 50% (0-100) for the overall QOL and 50% (0-100) for the general health. The scores obtained for physical capacity and general health were significantly lower compared to those obtained for the other domains ($p<0.001$). After linear stepwise regression for the comparisons of QOL scores according to the patients characteristics, older women had better QOL in social ($p=0.0224$) and environment ($p=0.0052$) domains; women with higher education had better scores in physical ($p=0.0135$), psychological ($p=0.0316$) and general health ($p=0.0008$); women with male caregivers in psychological ($p=0.0093$); women with Karnofsky score $\geq 70\%$ in physical ($p<0.0001$), psychological ($p<0.0001$), environment ($p=0.0018$), overall QOL ($p=0.0005$) and general health ($p=0.0016$); and women that survived more than 90 days had better QOL in all domains except social and overall QOL and general health. **Conclusion:** The present results clearly indicate that the improvement of QOL of terminally-ill patients may be reached by alleviating symptoms, being the psychological and environmental support of marginal importance.

Keywords: quality of life, neoplasm, palliative care, questionnaires.

1. Introdução

Qualidade de vida (QV), conceito que na década de 80 foi incorporado à área médica, passou a ser utilizado dentro do referencial da clínica para designar o movimento direcionado à condição de vida das pessoas em situações de lesões físicas ou biológicas (Schipper et al., 1984). Trata-se de uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, conforto, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, relações interpessoais), e também objetivos, com referências no atendimento às necessidades básicas decorrentes do desenvolvimento econômico e social de sua sociedade (Minayo et al., 2000).

Segundo Adriano et al. (2000), QV é uma noção eminentemente humana, e está conceitualmente ligada à saúde, pois é um produto social resultante das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais de determinada sociedade. Essa abordagem já tinha sido apresentada na Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, quando apontou que a promoção da saúde é um processo através do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os

fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que podem estar pondo-am risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua QV. A promoção da saúde trabalha com uma idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas ou pelas soluções propostas. Estas dependem de uma combinação de estratégias entre ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, por estar associada a um conjunto de valores como: QV, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (Buss, 2000).

No campo da saúde, a relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, sendo que na maioria dos estudos é referida como condições de vida, estilo de vida, situação de vida (Minayo et al., 2000) ou condições de saúde, funcionamento social (Guyatt et al. 1993) ou status de saúde, *status* funcional (Patrick e Bergner, 1990). Também em sentido geral, Seidl e Zannon (2004) apontam essa amplitude conceitual, mais própria dos estudos sociológicos, ilustrada na definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Nos ensaios clínicos a QV já foi incorporada como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança da droga (Bech, 1995). Com isso busca-se, dentro da prática clínica, a melhoria nas condições de vida dos enfermos. Daí a importância de se pensar em QV em saúde, quando a visão medicalizada ainda se sobressai, tanto quanto a criação de indicadores é fundamentada em

custo-benefício. Dessa forma, os contextos cultural, social e a história de vida dos indivíduos focos da medição são desconsiderados por aspectos mais diretamente ligados às doenças ou intervenções (Hubert, 1997). A expressão qualidade de vida relacionada à saúde é definida por Auquier et al. (1997) como o valor atribuído à vida, com influência das deteriorações funcionais; condições sociais induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema de assistência. Segundo Giachello (1996), a versão inglesa do conceito de *health-related quality of life* (HRQL) é semelhante ao valor atribuído à duração da vida conseqüente a interferência de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos, tornando-se o principal indicador para a avaliação dos resultados das intervenções propostas.

A conceituação da QV é complexa, subjetiva e deve abranger dimensões físicas e funcionais, emocionais, sociais, psicológicas, econômicas, espirituais e de bem-estar, tendo-se em conta que a melhor fonte de informação é o próprio doente e não seu médico ou familiar. Da mesma forma, a mensuração da QV é complexa e as diferentes publicações sobre escalas de qualidade de vida relacionadas à saúde incluem medidas de capacidade funcional, de estado de saúde, de bem-estar psicológico, de satisfação e estado de ânimo, e até redes de apoio social aos pacientes (Auquier et al., 1997).

Câncer, mesmo sendo doença do grupo das doenças crônico-degenerativas, tem nas suas várias conotações a tradução de doença incurável, com sua evolução associada à dor e ao sofrimento, tanto por parte do paciente quanto de sua

família (Stehlin e Bach, 1986). Paralelamente, a maior expectativa de vida da população traz um aumento do risco de se contrair doenças crônicas, como o câncer. Entretanto, a melhoria dos meios propedêuticos e terapêuticos, com a biotecnociência (Schramm, 2005) experimentada a partir da segunda metade do século XX, trouxe para o câncer, que, *a priori*, era considerado fatal, um rótulo de doença potencialmente controlável. Considerada pelas autoridades sanitárias como problema de saúde pública (Kligerman, 1999), esta constatação desencadeou programas institucionais de prevenção e atenção primária. Na prática clínica, mesmo sendo prioridade o controle do tumor, é cada vez maior o manuseio do doente, incluindo, para tanto, sua valorização do sentido de bem-estar, ou sua QV.

No Brasil, as mulheres recebem atenção particular com programas de prevenção, orientação e esclarecimento a respeito do câncer feminino desde a criação, em 23 de abril de 1946, por Carmen Annes-Dias Prudente, da Rede Feminina de Combate ao Câncer, na então sede da Associação Comercial de São Paulo. Em 1933 foi criada a União Internacional Contra o Câncer (UICC), com sede em Paris, a partir do 1º Congresso de Luta Científica e Social contra o Câncer. No ano seguinte foi fundada a Associação Paulista de Combate ao Câncer e, em 1938, no Serviço de Assistência Hospitalar do Rio de Janeiro, o Ministério da Educação e Saúde criou o Centro de Cancerologia (Sant'anna, 1997).

As atenções da sociedade, do governo e dos serviços de saúde ultrapassaram a mensuração univariada, como sobrevivência ou tempo livre de doença, para áreas de comportamento e efeitos psicológicos. Tampouco se pode esquecer que o respeito à pessoa, portadora de direitos e deveres –

conceito marco da modernidade – após conquistas sociais e com o olhar multidisciplinar da Bioética, obtidas a partir do final da Segunda Grande Guerra, trouxe para as discussões a atenção à autonomia. Esta, como forma de livre expressão do doente, em seu pleno entendimento e participação nas decisões que lhe afetam (Brown et al., 1994).

Os estudos pioneiros da literatura médica equipararam QV com o *status* funcional, baseados na informação dos médicos, utilizando ou a *Karnofsky Performance Status Scale* – *KPS Scale* (Karnofsky et al., 1948), ou a *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale* – *ECOG Scale* (Zubrod et al., 1960). O estudo pioneiro de Karnofsky et al. (1948) trouxe uma escala de avaliação do estado funcional para pacientes com câncer de pulmão, e que ainda continua sendo adotada para pacientes com câncer em geral (Ganz et al., 1988). Já o estudo de Zubrod et al. (1960), utilizou a escala ECOG em uma análise comparativa de duas drogas para tratamento antitumoral de tumores de quatro grupos distintos.

Publicações posteriores não avaliaram QV na sua forma global, tendendo a investigar sintomas físicos específicos como náuseas, vômitos e função intestinal (Izsak e Medalie, 1971) ou alterações psicológicas (Hamilton, 1967).

Em 1976, Priestman e Baun estudando mulheres com câncer de mama começaram a desenvolver técnicas para medir a QV usando escalas multidimensionais. A partir daí muitos pesquisadores desenvolveram diferentes escalas (Spitzer, 1981; Ferrel et al., 1989; Aaronson, 1990; Cella, 1993; McMillan e

Mahon, 1994), observando que a mensuração alcançava algumas dimensões da saúde que incluem propriedades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Ware Jr, 1984, 1987; Wellisch, 1984). Essas dimensões são influenciadas pelo nível funcional do indivíduo, assim como pelos sintomas relacionados à doença, tratamento, processos adaptativos psicológicos e sociais, até distúrbios psiquiátricos (Cella et al., 1993). Considerações adicionais na avaliação da QV podem incluir redução do desejo e atividade sexual (Coates et al., 1983), imagem corporal (Silberfarb, 1984) e até a satisfação com os serviços de saúde (Derogatis et al., 1983).

Dos vários instrumentos existentes para sua medição, alguns são unidimensionais, aplicáveis para avaliar um aspecto específico (Weitzner et al., 1996). Entretanto, o entendimento do melhor conceito de QV como sendo multidimensional (Aaronson, 1988; Gill e Feinstein, 1994), determina que os instrumentos tenham esse alcance. Daí, alguns terem sido desenvolvidos para mensurações genéricas, utilizados tanto em população saudável quanto em doente. Outros, específicos para doenças ou tratamentos, se prestam à oncologia em geral, ou quando específicos, para subpopulações de pacientes oncológicos.

Quando o câncer, a despeito do esforço terapêutico empreendido, foge do tratamento até então “curativo”, a abordagem paliativa se volta para o controle dos sintomas, com a melhor qualidade de vida possível pelo tempo restante.

Em todas as etapas de um tratamento, os pacientes necessitam de cuidados. Entretanto, na fase paliativa estes são imperativos. Nessa abordagem ocorre a melhoria da QV do binômio paciente-família com um bom controle dos

principais sintomas; a afirmação que a terminalidade é um processo normal da vida; não existe intenção de apressar ou retardar a morte; os aspectos psicológicos e espirituais são integrados ao atendimento médico; a oferta de suporte tem o intuito de ajudar o paciente a se manter ativo tanto quanto possível e sua família assistida durante a enfermidade e no período de luto.

A QV, inicialmente estudada em pacientes com câncer na fase do diagnóstico e do tratamento inicial, passou a ser particularmente importante quando mensurada em pacientes na fase de doença avançada. McMillan (1998) identificou dentre nove desses instrumentos, apenas dois desenhados e validados para essa população: o *Quality-of-Life Index – QL Index*, desenvolvido por Spitzer et al. (1981) e o *Hospice Quality-of-Life Index – HQLI*, desenvolvido por McMillan e Mahon (1994). Nesse mesmo artigo, dois outros instrumentos que analisavam alguns aspectos relevantes em pacientes fora de possibilidades curativas atuais foram sugeridos úteis: o *Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form – CARES-SF* (Schag et al., 1991) e o *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale – FACT-G* (Cella et al., 1993).

No Brasil, a produção de dissertações, teses e artigos científicos focados na QV das pessoas tem acontecido ao longo dos últimos 15 anos, abrangendo as mais diversas análises conceituais (Minayo et al., 2000; Seidl e Zannon, 2004) e diferentes condições de saúde e doença, como artrite psoriática e psoríase (Ciconelli, 1993), doença renal crônica (Bittencourt, 2003), saúde mental de infartados (Siviero, 2003), idosos em hemodiálise (Souza, 2004), crianças e adolescentes submetidas ao transplante de medula óssea (Anders, 2004),

esquizofrenia (Souza, 2005), doença de Parkinson (Schestatsky et al., 2006), cuidadores de pacientes com perdas funcionais (Amendola, 2007), adultos com fissura labiopalatina (Veronez, 2007) e doença cerebrovascular isquêmica (Santos, 2007). Em uma revisão recente encontrou-se o uso de instrumentos de avaliação da QV em mulheres com câncer ginecológico, desde o início do tratamento até a etapa de palição (Silva e Derchain, 2006).

A busca de um instrumento que avaliasse QV, dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento genérico composto por 100 perguntas. Seus seis domínios abrangem 24 facetas, onde cada uma destas é avaliada por quatro perguntas, além de quatro outras de QV Global e percepção geral da saúde. (The WHOQOL Group, 1998a).

A versão curta – WHOQOL-BREF – tem as mesmas 24 facetas agrupadas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) além das facetas QV Global e Saúde em Geral. Difere do instrumento completo por ter cada faceta avaliada apenas por uma questão. A faceta do domínio *espiritualidade/religião/crenças pessoais* passou a pertencer ao domínio psicológico e as quatro facetas do domínio *nível de independência* foram acrescentadas ao domínio físico. Não demonstrou ter prejuízo das propriedades de consistência interna, fidedignidade teste-reteste e validades discriminantes, de critério e concorrente, aliando um bom desempenho psicométrico com a praticidade de seu uso, preservando a abrangência do constructo QV (The WHOQOL Group, 1998b).

As versões em português desses dois questionários foram traduzidas e validadas (Fleck et al., 1999, 2000).

A utilização dos questionários WHOQOL vem crescendo na literatura em diversas línguas, espelhada pela própria WHO (1999) ou centros colaboradores, como a *University of Melbourne* (Australian WHOQOL Field Centre, 2003) e a *University of Bath* (2006). Atualmente, ambos os instrumentos estão traduzidos para mais de 40 idiomas (Saxena et al., 2002).

Sabemos que medir QV das pessoas é importante. Para o paciente, reflete a percepção da sua realidade, considerando, para além do que indicam os testes clínicos, seu estado em relação às aptidões físicas, emocionais, sociais, ao trabalho e ao estilo de vida. Para obtenção dessa avaliação, de caráter fidedigno, o próprio deve registrar sua impressão e não tê-la registrada pelo médico ou cuidador. Cada vez mais a literatura médica valoriza a inclusão desse parâmetro, sugerindo-o, inclusive, como um adicional de “sinal vital” (Ganz, 1995).

Com esse intuito, conhecer a QV das mulheres com câncer em estágio avançado, depois de esgotados todos os tratamentos curativos atuais e ensaios clínicos, permitirá compreender melhor alguns aspectos valorizados na fase final de suas vidas. O Hospital do Câncer IV (HC IV), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), é a unidade nacional de referência em cuidados paliativos que oferece atendimento multidisciplinar a esses pacientes, conforme preconiza a OMS, no controle dos sintomas e na valorização da vida que lhes resta – com qualidade.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Mensurar a QV em uma amostra de mulheres com câncer em fase avançada atendidas em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos, pela aplicação da versão abreviada do instrumento da Organização Mundial da Saúde – WHOQOL-BREF.

2.2. Objetivos específicos

- ✍ Comparar o escore de cada domínio de QV em mulheres com câncer em fase avançada.
- ✍ Avaliar a associação entre os dados demográficos, os da doença e a QV.

3. Publicação

Assessment of quality of life in Brazilian women with advanced cancer in palliative care

Carlos Henrique Debenedito Silva ¹

Sirlei Siani Morais ²

Sophie F. M. Derchain ³

¹ MD. Scientific Division of Cancer Hospital IV
National Cancer Institute, Ministry of Health
20570-120, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

² Statistician. Center of Integral Assistance to Women Health
University of Campinas – UNICAMP
13083-970, Campinas, SP, Brazil

³ MD, PhD. Department of Obstetrics and Gynecology
Faculty of Medicine
University of Campinas – UNICAMP
13083-970, Campinas, SP, Brazil

Corresponding author:

Sophie F. M. Derchain, MD, PhD
Rua Antônio Hossri, 629 – Cidade Universitária
13083-370 – Campinas – SP, Brazil.
Phone: +55-19-35219305 / Fax: + 55-19-35215935
E-mail: derchain@supernet.com.br

Abstract

To evaluate the quality of life (QOL) of 277 women with advanced/recurrent cancer the WHOQOL-BREF was applied between July 2005 and June 2006. The scores obtained for physical capacity and general health were significantly lower compared to those obtained for the other domains ($p<0.001$). After linear stepwise regression, older women had better QOL in social ($p=0.0224$) and environment ($p=0.0052$) domains; women with higher education had better scores in physical ($p=0.0135$), psychological ($p=0.0316$) and general health ($p=0.0008$); women with male caregivers in psychological ($p=0.0093$); women with Karnofsky score $\geq 70\%$ in physical ($p<0.0001$), psychological ($p<0.0001$), environment ($p=0.0018$), overall QOL ($p=0.0005$) and general health ($p=0.0016$); and women that survived more than 90 days had better QOL in all domains except social and overall QOL. The present results clearly indicate that the improvement of QOL of terminally-ill patients may be reached by alleviating symptoms, being the psychological and environmental support of marginal importance.

Keywords: quality of life, cancer, palliative care, WHOQOL-BREF.

Introduction

Cancer is a major public health problem in both developed and developing countries. World statistics demonstrate that in the year 2000 there were 5,3 million new cancer cases in men and 4,7 million in women, and that 6,2 million people died from a malignant neoplasm (3,5 million men and 2,7 million women), accounting for 12% of the total of deaths from all causes (about 56 million) ¹. In 2005, cancer was responsible for 7,6 million of a total of 58 million deaths worldwide, representing 13% of all deaths. The number of new cases occurring annually is estimated to reach around 15 million by the year 2020 ². Parkin et al. (2001) ³ estimated that in the year 2000 the number of new cases of cancer worldwide would surpass 10 million. In Brazil, estimates for the year of 2008, valid also for the year 2009, indicate that 466,730 new cases of cancer will occur⁴.

Although cancer may be cured in some circumstances, the majority of the patients will die from their disease. In advanced stages, when a cure is most likely beyond reach, a palliative approach is the best option of care – addressing not only the body, but also mind and spirit. Following these principles, the World Health Organization (WHO) states that the goals in palliative care are the achievement of the best quality of life (QOL) for patients, along with the prevention and relief of pain and other distressing symptoms ⁵.

QOL is an important concept of caring and its improvement is one of the most desirable outcomes of healthcare policies. In oncology, the assessment of QOL is growing in importance ⁶. It has been demonstrated that patients with cancer at an early stage may frequently accept aggressive therapeutic options, even knowing that most of these therapies may be associated with important side effects. In these cases, the

deliberated sacrifice of QOL may be explained by the expectancy of a cure. By contrast, patients receiving palliative care may not be expecting to be cured, which reduces their tolerance to side effects of treatment and to the ailments caused by the disease ⁷. It is much likely, considering the perspective of a terminally ill patient, that the effects of disease symptoms and the side-effects of life-prolonging palliative treatments on QOL should not be comparable to the effects described for patients that envisage the possibility of being cured. The assessment of QOL status should therefore help formal and informal caregivers to identify the real needs of terminally ill patients.

Over the last 50 years, a variety of questionnaires have been developed and validated to measure QOL in cancer patients ^{8,9,10,11,12,13,14}. This multitude of instruments includes generic and disease-specific assessment tools. Invariably, they share the common perspective that QOL is multidimensional, including domains such as physical well-being, ability to work or perform house duties, social support, mental health and spirituality. However, the majority of the studies on QOL in cancer patients addressed populations with the disease at an early stage, neglecting terminally ill patients.

We designed the present study with the purpose of examining terminally ill patients, for which very little in terms of QOL is known. A Portuguese version of the WHOQOL-BREF questionnaire, a non-site-specific instrument to assess QOL, has been validated by Fleck et al. (2000) ¹⁵ and showed good internal consistency, discriminating validity, criterion validity, concurrent validity and test-retest reliability. In the present report, we describe the QOL measurements in a sample of Brazilian women with advanced cancer, receiving palliative care at a national reference center.

Patients and methods

Patient Selection

For this cross-sectional study, 277 consecutive women recruited between July 2005 and June 2006, with a pathologically-confirmed diagnosis of advanced or recurrent cancer were included. Eligible patients were stratified according to the primary tumor topography: 117 (42.2%) urogenital tract, 46 (16.6%) head and neck, 42 (15.2%) gastrointestinal tract, 27 (9.7%) breast, 19 (6.9%) lung, and 26 (9.4%) miscellaneous. Selection criteria included: being 18 years old or older, performance status at the time of the interview between 30% – 90%⁸, and being cognitively fit to understand the questionnaire. Those with an expected survival time of less than two weeks were excluded. Women were recruited from the outpatient clinics at Cancer Hospital IV, Palliative Care Unit of INCA, Rio de Janeiro, Brazil, where they usually receive a multidisciplinary care, including medical, nursing, physiotherapy, social worker, psychology and nutritional assistance. About 1,100 patients/month with a mean survival of 2.8 months were followed up in the outpatient (44%), inpatient clinic (17%) and home care service (39%) (data not shown).

The study was carried out in compliance with the Helsinki Declaration. The INCA's Institutional Review Board approved the study protocol and all participants gave their written informed consent. Patients who accepted were asked to read and answer the WHOQOL-BREF on their own. In case of difficulties, the questionnaire was administered with the interviewer-assistance, in a standardized manner at a convenient location, before or after the normal consultation with the multidisciplinary team.

Clinical data were retrieved from the medical records. The demographic variables consisted of age, marital status, educational level, caregiver relationship and

degree of kindred, caregiver gender, religion and race. The medical-related variables consisted of performance status, presence of local relapse or distant metastases, and survival after questionnaire application.

Instrument

The Portuguese version of the WHOQOL-BREF questionnaire was used. It is a 26-item questionnaire comprising twenty-four facets, which can be further sub-divided into four major domains, namely Physical capacity with 7 items, Psychological well-being with 6 items, Social relationship with 3 items, and Environment with 8 items. One item from each of the twenty-four facets of the original WHOQOL-100 was included, together with two additional items from the overall QOL and General Health facets. This instrument was developed for use in situations in which the burden on the respondent must be minimized, the time is restricted, or in large epidemiologic studies and clinical trials.

Statistical analysis

All questions are rated on a 5-point Likert scale and the score is calculated by multiplying the mean of all facet scores included in each domain by a factor of 4, ranging from 4-20, with a higher score indicating better QOL. The results obtained were transformed in 0-100 scale and because of its asymmetrical distribution were expressed in median and presented in box plot spans. The Cronbach's coefficient was 0.9 (data not shown).

The median, minimum and maximum values of each WHOQOL-BREF question and domain were determined. The medians of WHOQOL-BREF domains were compared with the Wilcoxon's signed rank test. The scores for each domain of the WHOQOL-BREF questionnaire according to the demographic and clinical features of the patients were

compared with the Student's t-test or ANOVA followed by the Tukey's HSD Post Hoc Test. A multiple linear regression with stepwise criteria was used to identify independently significant variables. The statistical analysis was performed using the SAS version 8.2, for Windows.

Results

Figure 1 is a graphical representation of the QOL scores at each domain of the questionnaire. Relatively low scores were observed, regardless of the domain examined: 53.6% (3.6-100) for Physical capacity, 66.7% (12.5-100) for the Psychological well being, 66.7% (0-100) for Social relationship, 62.5% (21.9-100) for Environmental well-being, 50% (0-100) for the overall QOL and 50% (0-100) for the General Health. The paired t test revealed that the scores obtained for physical capacity and general health were significantly lower compared to those obtained for the other domains ($p < 0.001$).

Table 1 presents the domain scores according to the patients' characteristics. The median age was 58 years (range 20-89 years). More than two thirds of the sample was of women that referred to have a stable marital relationship. Formal education was also relatively high. The majority (52.7%) had as her main caregiver their son/daughter, but 13.7% had as prime caregiver their husbands. However, only 27.2% of the caregivers were male. All the women reported to have religious beliefs, being 54.9% evangelists/spirits/buddhist while 45.1% were catholic. Women aged 58 years or older had a significantly better score in social and environment domains compared to their younger counterparts. A higher educational level was also significantly associated to better scores in physical and psychological domains. Women with male caregivers had better physical and

psychological scores, and the psychological score was also higher for women whose husbands were their prime caregivers.

In table 2 were presented the disease characteristics and their association with the different domains and items of the WHOQOL-BREF. The majority of patients (63.9%) showed a performance status lower than 70% (Karnofsky). The presence of local relapse was found in 213 patients (76.9%) while distant metastases in 173 patients (62.5%). Survival time after application of the questionnaire higher than 90 days was enjoyed by 190 (68.6%) of the women. Women with Karnofsky's scores above 70% presented better scores in all domains except for social, while survival time of more than 90 days was associated with better QOL in the physical, psychological and environment domains.

Table 3 displays the statistical significance after linear stepwise regression for the comparisons of QOL scores according to the patients' characteristics. Older women had better QOL in social ($p=0.0224$) and environment ($p=0.0052$) domains; women with higher education had better scores in physical ($p=0.0135$), psychological ($p=0.0316$) and general health ($p=0.0008$); women with male caregivers in psychological ($p=0.0093$); women with Karnofsky score $\geq 70\%$ in physical ($p<0.0001$), psychological ($p<0.0001$), environment ($p=0.0018$), overall QOL ($p=0.0005$) and general health ($p=0.0016$); and women that survived more than 90 days had better QOL in all domains except social and overall quality of life and general health.

Discussion

The objective of this study was to assess QOL in women with advanced/recurrent cancer after the failure of curative treatment options or clinical trials. QOL measurements, as expected, were very low regardless of the specific domain of the WHOQOL-BREF

questionnaire. Nevertheless, some characteristics of the patients seemed to contribute to even lower scores in specific questionnaire domains, showing that some of the patients' conditions may modulate QOL even in the extreme circumstances. Therefore, the information yielded by the present analysis may help palliative care providers to better understand the needs of their patients.

QOL assessment in routine practice can be accomplished in a way that facilitates communication without increasing consultation time, even in palliative setting ¹⁶. It is widely accepted that the patient is the most appropriate source of information on his/her QOL ¹⁷. WHO defined QOL as the “person’s perception of his/her position in life within the context of the culture and value systems, in which he/she lives and in relation to his/her goals, expectations, standards, and concerns. It is a broad-ranging concept, incorporating in a complex way the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship, to salient features of the environment” ⁵. The WHOQOL-BREF had been previously applied in a sample of non-hospice Brazilian outpatients and inpatients, which were compared to healthy volunteers. In these circumstances, the questionnaire showed satisfactory psychometric performance, good accessibility, was easily understood by the patients and rapidly answered in our social and cultural reality ¹⁵. Because of its cross-cultural validity ¹⁸ and non-site-specific approach, the WHOQOL was the perfect instrument for the present study ¹⁹.

QOL assessment can be a useful tool in order to raise one of the two principal goals in palliative care: to get a highest QOL for patients and their families. Various outcome measures and systems designed specifically for studies in palliative care settings have been developed in recent years, but all of them were not translated and

validated into Portuguese before. Some of these QOL instruments give emphasis only on the relief of pain and symptoms. Differently, the WHOQOL-BREF includes other factors of interest in palliative care: family or social relationships, physical health, psychological state, levels of independence, economic demands, environmental features and spirituality.

In our study, older patients had significantly better scores in both social and environment domains. This may be partially explained by the fact that these women, now challenged by the perspective of death, had already completed most of their goals in life. Elderly cancer patients tend to weight their Health-Related Quality of Life as more important than gain in survival, when compared to younger patients ²⁰. None of the dimensions of QOL were affected significantly by the marital status, religion or ethnicity of the women studied. These findings are somewhat unexpected, since several studies have demonstrated a positive contribution of religious beliefs to the overall QOL ^{21,22,23}.

The QOL scores in the domains of physical capacity, psychological well-being and General Health were also higher in women with higher educational levels. The same was true for women that had a male caregiver. The scores in the psychological domain were also higher for women whose principal caregiver was her husband and also for women who had offspring. Fisch et al. (2003) ²² obtained different results after assessing QOL with the FACT-G questionnaire in patients with advanced cancer.

We believe that the main finding of the present study was the generalized reduction of QOL in patients with lower Karnofsky scores. The Karnofsky Performance Scale is a simple and widely used numerical instrument for rapidly quantifying the performance status of an individual based on his/her level of independence. In the present study all domains and items, except the social domain, of the WHOQOL, had a

significant positive association with KPS. This is in perfect alignment with a previous study by Mohan et al. (2006)²⁴, who reported on a sample of patients with advanced lung cancer. This remarkable association leaves no doubt to the importance of symptoms relief in patients with advanced cancer. Of course, all initiatives to improve the environment of caring facilities and to provide psychological support for the dying are worthy, but their contribution to the improvement of QOL seems to be marginal compared to the treatment of symptoms and relief of the physical ailments. In close relation with the previous comment, the extended survival time after the questionnaire application was another characteristic with a significant correlation with QOL in all domains and items, except for the social domain of the WHOQOL-BREF. The Multiple Linear Regression, used in the stepwise manner, was used to verify which factors were associated with a better QOL.

Although QOL instruments have been used primarily in clinical trials, their use is not limited to research. Current assessments of QOL as essential elements of care (mostly in palliative settings), need to be stimulated. In daily practice, palliative care staff and patients must consider issues related to QOL in their decision-making. For instance, the Quality-of-Life Index (QL Index)¹⁰ was designed for use by physicians to enhance QOL in patients with terminal cancer. The tool includes topics such as activity, living, health, support, and outlook on life. McMillan and Mahon (1994)¹⁴ developed The Hospice Quality of Life Index (HQLI) for patients with cancer in home-based hospice. This tool includes physical/functional, psychological, social/spiritual, and financial categories. However, it does not cover the full range of symptoms experienced by the majority of hospice patients. Many other instruments have been devised.

To the best of our knowledge, this is the first study to assess the QOL in women with advanced stage disease under palliative oncologic care. Assessment of QOL in this situation may seem, at the first glance, senseless. However, more than prolonging survival, all medical initiatives in palliative care should be aimed at improving QOL, and the only way of assessing the efficacy of the therapeutics is by systematically examining the multiple components of QOL. The WHOQOL-BREF questionnaire performed perfectly for this purpose, because of its brevity and ease of use. The results suggest that the WHOQOL-BREF could be a reliable and valid assessment tool for evaluating the QOL in an adult population with advanced/recurrent cancer. Even more importantly, the present results clearly indicate that the improvement of QOL of terminally-ill patients may be reached by alleviating symptoms, being the psychological and environmental support of marginal importance.

Acknowledgements: we thank Prof Dr Paulo S. Muniz for their comments to the better comprehension of this paper and, Prof Dr Luis Otávio Z. Sarian for the editing. We thank the patients who participate in the study.

Contributions: study design and manuscript preparations: Silva CHD and Derchain SFM / data collection: Silva CHD / data analysis: Moraes SS.

Conflicts of interest statement: none declared.

References

1. Stewart BW and Kleihues P. (Eds): World Cancer Report. IARC Press. Lyon 2003.
2. World Health Organization. Cancer. Fact sheet nº 297. Feb 2006. Geneva: World Health Organization; c2007. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>

3. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001;37:S4-66.
4. Brazil. Ministry of Health. Secretariat for Health Assistance. National Cancer Institute. Prevention and Surveillance Coordination Unit. Estimate 2008: Brazilian cancer incidence. – Rio de Janeiro: NCI, 2007.
5. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health* 1994;23:24-56.
6. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nursing* 2006;15:1188-1195.
7. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995;22:73-81.
8. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948;1:634-656.
9. Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E., et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *J Chronic Dis* 1960;11:7-33.
10. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *J Chron Dis* 1981;34:585-597.
11. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer: Development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2:472-483.
12. Ferrell BR, Wisdom C, Wenzl C. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer* 1989;63:2321-2327.

13. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11:570-579.
14. McMillan SC, Mahon M. Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed Hospice Quality of Life. *Qual Life Res* 1994;3:437-447.
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000;34:178-183.
16. Detmar SB, Aaronson NK. Quality assessment in daily clinical oncology practice: A feasibility study, *Eur J Cancer* 1998;34:1181-1186.
17. Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred? *BMJ* 2001;322:1357-1360.
18. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
19. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Baczyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci* 2006;20:251-260.
20. Wedding U, Pientka L, Höffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: A short review. *Eur J Cancer* 2007;43:2203-2210.
21. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Qual Health Care* 1999;8:219-227.

22. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: The accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being – A Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003;21:2754-2759.
23. Higginson IJ, Donaldson N. Relationship between three palliative care outcome scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004;2:68.
24. Mohan A, Mohan C, Bhutani M, et al. Quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer in a developing country: is it important? *Eur J Cancer Care* 2006;15:293-298.

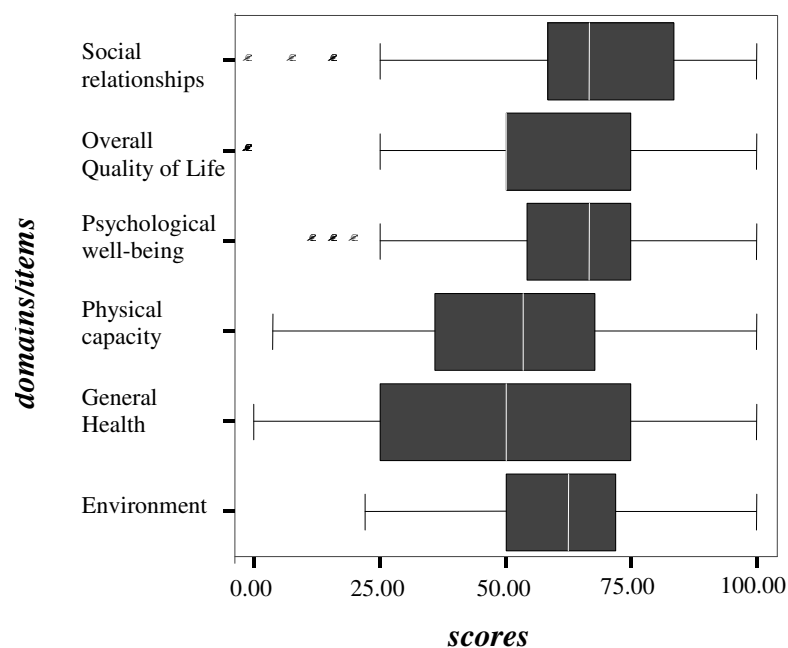


Figure 1: Graphic representation of WHOQOL-BREF scores per each of the questionnaire's domains.

NOTE: the box in each box plot spans the interquartile range, and lines indicate location of first quartile, median, and third quartile. Paired *t* test: physical domain and general health X all of each domain and items were significantly worse: $p < 0.001$

Table 1: Association between social characteristic and QOL

Characteristics	n (%)	Physical capacity	Psychological well-being	Social relationships	Environment	Quality of Life	General Health
		Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)
Age (years):							
≤58	138 (49.8)	53.6 (3.6-100.0)	64.6 (12.5-100.0)	66.7* (33.3-100.0)	65.6* (28.1-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
?58	139 (50.2)	57.1 (7.1-100.0)	66.7 (16.7-100.0)	66.7 (0.0-100.0)	59.4 (21.9-100.0)	75.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Marital status:							
living without partner	188 (67.9)	53.6 (3.6-100.0)	64.6 (12.5-100.0)	66.7 (8.3-100.0)	62.5 (21.9-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
living with partner	89 (32.1)	53.6 (7.1-89.3)	66.7 (12.5-100.0)	66.7 (0.0-100.0)	62.5 (21.9-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Educational level:							
secondary/tertiary	229 (82.7)	57.1* (3.6-100.0)	66.7* (12.5-100.0)	66.7 (16.7-100.0)	62.5 (21.9-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0* (0.0-100.0)
illiterate/primary	48 (17.3)	46.4 (7.1-85.7)	62.5 (12.5-91.7)	66.7 (0.0-91.7)	60.9 (21.9-93.8)	75.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Caregiver relationship and degrees of kindred ^b :							
husband	38 (13.7)	60.7 (7.1-100.0)	70.8* (29.2-100.0)	75.0 (0.0-100.0)	64.1 (21.9-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
son/daughter	146 (52.7)	53.6 (7.1-100.0)	62.5 (12.5-100.0)	66.7 (8.3-100.0)	62.5 (21.9-93.8)	62.5 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
mother/others ^c	93 (33.6)	50.0 (3.6-92.9)	66.7 (12.5-95.8)	66.7 (16.7-91.7)	59.4 (28.1-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Caregiver gender ^d :							
male	75 (27.2)	60.7* (14.3-100.0)	70.8* (16.7-100.0)	75.0 (0.0-100.0)	65.6 (21.9-100.0)	75.0 (0.0-100.0)	50.0* (0.0-100.0)
female	201 (72.8)	53.6 (3.6-100.0)	62.5 (12.5-100.0)	66.7 (16.7-100.0)	62.5 (21.9-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Religion:							
evangelism/others ^e	152 (54.9)	55.4 (3.6-100.0)	66.7 (12.5-100.0)	66.7 (0.0-100.0)	62.5 (21.9-100.0)	75.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
catholicism	125 (45.1)	53.6 (7.1-100.0)	62.5 (12.5-95.8)	75.0 (16.7-100.0)	62.5 (28.1-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Race ^b :							
caucasian	145 (52.3)	53.6 (3.6-100.0)	66.7 (12.5-100.0)	75.0 (8.3-100.0)	62.5 (28.1-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
brown	78 (28.2)	53.6 (3.6-89.3)	62.5 (16.7-100.0)	66.7 (16.7-100.0)	56.3 (21.9-87.5)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
black	54 (19.5)	57.1 (14.3-100.0)	66.7 (25.0-91.7)	66.7 (0.0-91.7)	62.5 (28.1-87.5)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)

* $p < 0.05$. Student's t -test. ^aR=Range (0–100). ^bANOVA followed by Tukey, husband X son/daughter and husband X mothers/others.

^cothers=sister/brother/grand daughter/friend/neighbour/no one. ^done patient does not had caregiver.

^eothers=spiritism/buddhism

Table 2: Association between disease characteristics and QOL

Characteristics	n (%)	Physical capacity	Psychological well-being	Social relationships	Environment	Quality of Life	General Health
		Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)	Median (R ^a)
KPS ^b :							
=70%	100 (36.1)	64.3* (17.9-100.0)	70.8* (16.7-100.0)	70.8 (0.0-100.0)	65.6* (21.9-100.0)	75.0* (0.0-100.0)	75.0* (0.0-100.0)
<70%	177 (63.9)	46.4 (3.6-100.0)	58.3 (12.5-91.7)	66.7 (16.7-91.7)	59.4 (21.9-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Local relapse:							
no	64 (23.1)	53.6 (7.1-85.7)	66.7 (12.5-100.0)	66.7 (25.0-91.7)	62.5 (28.1-84.4)	50.0 (0.0-75.0)	50.0 (0.0-100.0)
yes	213 (76.9)	53.6 (3.6-100.0)	66.7 (12.5-100.0)	66.7 (0.0-100.0)	62.5 (21.9-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Distant metastases:							
no	104 (37.5)	57.1* (7.1-100.0)	66.7 (16.7-91.7)	66.7 (0.0-100.0)	59.4 (21.9-93.8)	62.5 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
yes	173 (62.5)	53.6 (3.6-100.0)	62.5 (12.5-100.0)	66.7 (25.0-100.0)	62.5 (28.1-100.0)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-100.0)
Survival after questionnaire (days):							
>90	190 (68.6)	60.7* (7.1-100.0)	66.7* (16.7-100.0)	66.7 (8.3-100.0)	65.6* (21.9-100.0)	75.0* (0.0-100.0)	50.0* (0.0-100.0)
=90	87 (31.4)	39.3 (3.6-92.9)	58.3 (12.5-93.3)	66.7 (0.0-100.0)	56.3 (28.1-93.8)	50.0 (0.0-100.0)	50.0 (0.0-75.0)

**p*?0.05. Student's *t*-test. ^aR=Range (0–100). ^bKPS=Karnofsky Performance Status scale

Table 3: Factors significantly associated with a better QOL after linear stepwise regression

Characteristics	Physical capacity	Psychological well-being	Social relationships	Environment	Quality of Life	General Health
Age (years): =58	ns	ns	0.0224	0.0052	ns	ns
Educational level: secondary/tertiary	0.0135	0.0316	ns	ns	ns	0.0008
Caregiver' gender: male	ns	0.0093	ns	ns	ns	ns
KPS ^a : =70%	?0.0001	?0.0001	ns	0.0018	0.0005	0.0016
Survival after questionnaire (days): >90	?0.0001	0.0319	ns	0.0403	ns	ns

* $p \leq 0.05$. ^aKPS=Karnofsky Performance Status scale. ns=no significant.

4. Conclusões

- ✍ No domínio capacidade física, o escore obtido foi de 53,6%; no domínio de bem-estar psicológico o escore foi de 66,7%; no domínio relações sociais o escore foi de 66,7%, no domínio meio ambiente o escore foi de 62,5%, e finalmente o escore foi de 50% para QV em geral e saúde em geral. A comparação dos resultados demonstrou que os escores do domínio físico e saúde em geral foram significativamente piores do que os demais ($p<0001$).
- ✍ Pelo WHOQOL-BREF pode-se observar que ter um cuidador do sexo masculino esteve significativamente associado com melhor QV no domínio psicológico. O melhor nível de escolaridade esteve associado com melhor QV nos domínios físico, psicológico e saúde em geral. Observou-se que pacientes de maior idade apresentavam melhor QV nos domínios social e ambiente. Entretanto, o papel mais impactante do WHOQOL-BREF foi sua capacidade de identificar a piora da QV com a progressão da doença, ou seja, a QV é significativamente pior em pacientes mais próximas da data do óbito e com piores *performance status* associação encontrada na análise univariada e que se manteve após regressão linear.

5. Referências Bibliográficas

Aaronson NK. Quality of life: what is it? how should it be measured? *Oncology* 1988;2:69-74.

Aaronson NK. Quality of life research in cancer trials: a need for common rules and language. *Oncology* 1990;4(5):59-66.

Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):53-62.

Amendola F. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo Programa Saúde da Família do Município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

Anders JC. O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram. [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir* 1997;33:77-86.

Australian WHOQOL Field Centre. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. References ; 203. Disponível em <http://www.acpmh.unimelb.edu.au/whoqol/references.html>. Acesso em 20 mar. 2007.

Bech P. Quality of life measurements in the medical setting. *Euro Psychiatry* 1995;10 Suppl 3 :83-5.

Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas : estudo de um grupo de renais crônicos transplantados [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Brown D, Roberts JA, Elkins TE, Larson D, Hopkins M. Hard choice: the gynecologic cancer patient`s end-of-life preferences. *Gynecol Oncol* 1994;55:355-62.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):163-77.

Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11(3):570-9.

Ciconelli RM. Estudo clínico-laboratorial e avaliação da qualidade de vida em pacientes com artrite psoriática e psoríase [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1993.

Coates A, Abraham S, Kaye SB, Sowerbutts T, Frewin C, Fox RM, et al. On the receiving end-patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983;19(2):203-8.

Derogatis LR, Marrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Chamale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7.

Ferrel BR, Wisdom C, Wiezl C. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer* 1989;63:2321-7.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL – 100). *Rev Bras Psiquiatria* 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.

Ganz PA, Haskell CM, Figlin RA, La Soto N, Siau J. Estimating the quality of life in a clinical trial of patients with lung cancer using the Karnofsky Performance Status and the Functional Living Index-Cancer. *Cancer* 1988;61(4):849-56.

Ganz PA. Impact of quality of life outcomes on clinical practice. *Oncology* 1995;9(11 Suppl):61-5.

Giachello AL. Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems* 1996;20(5):235-54.

Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-26.

Guyatt G, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life. *Ann Int Med* 1993;118(8):622-9.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *B J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.

Hubert A. De la difficulté de définir une définition. *Revue Prevenir* 1997;33:15-8.

Izsak FC, Medalie JH. Comprehensive follow-up of carcinoma patients. J Cron Dis 1971;24:179-91.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. Cancer 1948;1:634-56.

Kligerman J. O câncer como um indicador de saúde no Brasil. Rev Bras Cancerol 1999;45(1):5-8.

McMillan SC, Mahon M. Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed Hospice Quality of Life Index. Qual Life Res 1994;3:437-47.

McMillan SC. Quality-of-life assessment in palliative care. 1998. Disponível em <http://www.moffitt.usf.edu/providers/ccj/v3n3/article4.html>. Acesso em: 09 jun. 2004.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.

Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. Annu Rev Public Health 1990;11:165-83.

Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. Lancet 1976;1:899-901.

Sant'anna DB. A mulher e o câncer da história. In: GIMENEZ, MGG. A mulher e o câncer. São Paulo; Editorial Psy; 1997,p.43-70.

Santos AS. Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

Saxena S, O'Connell K, Underwood L. A commentary: Cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life. The Gerontologist 2002;42(Special Issue III):81-5.

Schag CA, Ganz PA, Heinrich RL. Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form (CARES-SF): A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer* 1991;68(6):1406-13.

Schestatsky P, Zanatto VC, Margis R, Chachamovich E, Reche M, Batista RG et al,. Quality of life in a Brazilian sample of patients with Parkinson's disease and their caregivers. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):209-11.

Schipper H, Clinch J, McMurray A, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2(5):472-83.

Schramm FR. A moralidade da biotecnociência: A bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, org. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro; Editora UFRJ; Editora Fiocruz; 2005.p.15-28.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.

Silberfarb PM. Psychiatric problems in breast cancer. *Cancer* 1984;53:820-4.

Silva CHS, Derchain SFM. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(1):33-47.

Siviero IMPS. Saúde mental e qualidade de vida de infartados [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Souza FF. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Souza LA. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia vivendo na comunidade [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.

Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. J Chron Dis 1981;34(12):585-97.

Stehlin JS, Bach KN. Psychological aspects of cancer therapy. JAMA 1986;197:140-4.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the The World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41(10):1403-9.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998a;46(12):1569-85.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment. Psychol Med 1998b;28(3):551-8.

University of Bath. WHO Field Centre for the Study of Quality of Life. WHOQOL Publications; 2006. Disponível em <http://www.bath.ac.uk/whoqol/publications/>. Acesso em: 20 mar. 2007.

Veronez FS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina [Dissertação]. Bauru (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

Ware Jr JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. Cancer 1984;53(suppl):2316-25.

Ware Jr JE. Standards for validating health measures: definition and content. J Chron Dis 1987;40(6):473-80.

Weitzner MA, Meyers C, Byrne K. Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. J Neurosurg 1996;84:29-34.

Wellisch DK. Work, social, recreation, family, and physical status. Cancer 1984;53(suppl)(10):2290-9.

World Health Organization. Department of Mental Health. WHOQOL: Annotated bibliography. Geneva: WHO;1999 version. (WHO/MNH/MHP/98.4.Rev.2).

Zubrod CG, Schneiderman M, Frei E, Brindley C, Gold GL, Shnider B, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and thiethylene thiophosphoramide. J Chron Dis 1960;11(1):7-33.

6. Anexos

6.1. Anexo 1 – Domínios e facetas do WHOQOL–100

Domínio I – Físico	
1	Dor e desconforto
2	Energia e fadiga
3	Sono e repouso
Domínio II – e Psicológico	
4	Sentimentos positivos
5	Pensar, aprender, memória e concentração
6	Auto-estima
7	Imagem corporal e aparência
8	Sentimentos negativos
Domínio III – Nível de independência	
9	Mobilidade
10	Atividades da vida diária
11	Dependência de medicação ou de tratamentos
12	Capacidade de trabalho
Domínio IV – Relações pessoais	
13	Relações pessoais
14	Suporte (apoio) social
15	Atividade sexual

Domínio V – Ambiente	
16	Segurança física e proteção
17	Ambiente no lar
18	Recursos financeiros
19	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20	Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades
21	Participação e oportunidades de recreação / lazer
22	Ambiente físico: poluição / ruído / trânsito / clima
23	Transporte
Domínio VI – Aspectos espirituais / religião / crenças pessoais	
24	Espiritualidade / religião / crenças pessoais

(Fleck et al., 1999)

6.2. Anexo 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF (Fleck et al., 2000)

Domínio I – Físico	
1	Dor e desconforto
2	Energia e fadiga
3	Sono e repouso
9	Mobilidade
10	Atividades de vida cotidiana
11	Dependência de medicação ou de tratamentos
12	Capacidade de trabalho
Domínio II – Psicológico	
4	Sentimentos positivos
5	Pensar, aprender, memória e concentração
6	Auto-estima
7	Imagem corporal e aparência
8	Sentimentos negativos
24	Espiritualidade / religião – crenças pessoais
Domínio III – Relações sociais	
13	Relações pessoais
14	Suporte social
15	Atividade sexual
Domínio IV – Ambiente	
16	Segurança física e proteção
17	Ambiente no lar
18	Recursos financeiros
19	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20	Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades
21	Participação e oportunidades de recreação e lazer
22	Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima
23	Transporte

6.3. Anexo 3 – Instrumento de Avaliação da QV do Grupo de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

Nome: _____

Matrícula: ? ? ? ? ? ? ?

Código: ? ? ?

Rio de Janeiro: ? ? / ? ? / ? ?

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

.....

Código: ? ? ?

Rio de Janeiro: ? ? / ? ? / ? ?

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita
2	Quão satisfeita você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão segura você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita
16	Quão satisfeita você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeita você está consigo mesma?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeita você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? SIM ? NÃO ?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? ?? minutos

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

6.4. Anexo 4 – Ficha Sociodemográfica e da Doença

Nome da Paciente: _____

Matrícula: ? ? ? ? ? ? ?

Código: ? ? ?

Rio de Janeiro: ? ? / ? ? / ? ?

Endereço: _____

Telefone: (____) _____

.....
Código: ? ? ?

Rio de Janeiro: ? ? / ? ? / ? ?

a. Idade: ? ? anos (em anos completos)

b. Moradia: Município _____ Rio de Janeiro ? G^{de} Rio ? outros ?

c. Estado civil oficial: casada / amasiada ? desquitada / separada ?
divorciada ? viúva ? solteira ?

d. Vida conjugal: s/parceiro ? c/parc regular ? c/parc eventual ? outro ?

e. Cor ou raça: branca ? preta ? amarela ? parda ? indígena ?

f. Escolaridade: _____

g. Religião: católica apostólica romana ? evangélica ? espírita ? judaica ?
umbanda e candomblé ? relig orientais ? outras religiosidades ?
sem religião ? não determinadas ?

h. Alguém da casa onde mora lhe ajuda? sim ? não ?

i. Alguém de fora da casa onde mora lhe ajuda? sim ? não ?

j. Quem é seu principal cuidador (parente ou não)? _____

k. **Data do encaminhamento ao HC IV:** ? ? / ? ? / ? ?

l. **Data da matrícula no INCA:** ? ? / ? ? / ? ?

m. **Diagnóstico topográfico – 1º tumor:** ? ? ? (CID-10)

n. **Diagnóstico histopatológico:**

o. **Diagnóstico topográfico – 2º primário (qºo houver):** ? ? ? (CID-10)

p. **Diagnóstico histopatológico:**

q. **Situação atual da doença / extensão para outros órgãos:**

localmente avançada ?	fígado ?	ossos ?	linfonodos ?
pulmonar ?	pleural ?	SNC ?	
outras: _____			

r. **Karnofsky Performance Status:** ? ? %

s. **Data do óbito:** ? ? / ? ? / ? ?

6.5. Anexo 5 – Distribuição das mulheres Incluídas no Estudo

Nº no estudo	Data da entrevista	Idade	Local de moradia	Estado civil	Estado conjugal	Cor	Escolaridade	Religião	Cuidador principal
01	01/07/05	75	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filho
02	01/07/05	35	G/Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Compl	Católica	Mãe
03	04/07/05	47	G/Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Irmã(ão)
04	04/07/05	89	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Analfabeta	Católica	Filha
05	04/07/05	68	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Analfabeta	Católica	Filha
06	04/07/05	38	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
07	04/07/05	41	G/Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
08	05/07/05	49	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Med Compl	Católica	Irmã(ão)
09	05/07/05	69	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filha
10	05/07/05	46	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
11	06/07/05	77	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Analfabeta	Evangélica	Filha
12	06/07/05	70	G/Rio	Casada	S/Par	Branca	Analfabeta	Evangélica	Filha
13	06/07/05	63	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Analfabeta	Católica	Outros
14	06/07/05	63	Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
15	06/07/05	54	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
16	06/07/05	62	Outros	Casada	C/Par	Branca	Med Compl	Espírita	Marido
17	07/07/05	63	G/Rio	Separada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Outros
18	07/07/05	50	Outros	Casada	C/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Marido
19	07/07/05	43	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
20	07/07/05	44	G/Rio	Separada	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
21	08/07/05	68	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
22	08/07/05	71	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Outros
23	08/07/05	46	G/Rio	Solteira	S/Par	Preta	Analfabeta	Católica	Filha
24	08/07/05	68	Outros	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
25	11/07/05	43	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Med Incompl	Espírita	Outros
26	11/07/05	53	Rio	Viúva	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Marido
27	12/07/05	59	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
28	12/07/05	78	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
29	12/07/05	50	Outros	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Marido
30	12/07/05	71	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
31	13/07/05	58	G/Rio	Viúva	C/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
32	13/07/05	73	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Compl	Católica	Filha
33	13/07/05	61	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Compl	Evangélica	Filho
34	13/07/05	43	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Espírita	Outros
35	14/07/05	60	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
36	15/07/05	64	Outros	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
37	15/07/05	73	Rio	Casada	C/Par	Parda	Sup Compl	Católica	Outros
38	15/07/05	70	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Filho
39	15/07/05	50	G/Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Compl	Evangélica	Irmã(ão)
40	15/07/05	64	Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
41	15/07/05	80	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Filha
42	18/07/05	56	Rio	Viúva	C/Par	Parda	Alfabetizada	Católica	Filha
43	18/07/05	71	Outros	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filho
44	18/07/05	85	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Filha
45	18/07/05	38	G/Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)

46	19/07/05	50	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Incompl	Católica	Filha
47	19/07/05	49	G/Rio	Solteira	S/Par	Preta	Med Compl	Católica	Outros
48	19/07/05	46	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Espírita	Filha
49	20/07/05	64	G/Rio	Viúva	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filho
50	20/07/05	51	G/Rio	Casada	C/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filho
51	21/07/05	50	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
52	22/07/05	44	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
53	22/07/05	66	Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
54	22/07/05	48	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Filho
55	22/07/05	73	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
56	22/07/05	47	G/Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Filha
57	25/07/05	73	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Filha
58	25/07/05	58	Outros	Separada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Outros
59	25/07/05	67	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filha
60	25/07/05	60	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
61	25/07/05	49	G/Rio	Divorciada	S/Par	Parda	Fund Compl	Evangélica	Irmã(ão)
62	26/07/05	79	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Analfabeta	Evangélica	Neta
63	26/07/05	70	G/Rio	Viúva	C/Par	Preta	Fund Incompl	Espírita	Outros
64	26/07/05	53	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
65	27/07/05	59	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Irmã(ão)
66	27/07/05	35	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Espírita	Outros
67	27/07/05	46	G/Rio	Solteira	C/Par	Parda	Fund Compl	Católica	Marido
68	27/07/05	72	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
69	28/07/05	61	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
70	29/07/05	65	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filho
71	29/07/05	63	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Marido
72	29/07/05	63	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Marido
73	29/07/05	47	Rio	Casada	C/Par	Preta	Fund Compl	Evangélica	Marido
74	01/08/05	50	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
75	01/08/05	47	G/Rio	Solteira	S/Par	Branca	Sup Compl	Católica	Irmã(ão)
76	01/08/05	66	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Filho
77	02/08/05	60	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Sup Compl	Católica	Irmã(ão)
78	02/08/05	78	Rio	Casada	C/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
79	03/08/05	38	G/Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
80	03/08/05	63	G/Rio	Casada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
81	05/08/05	40	G/Rio	Separada	S/Par	Parda	Med Compl	Católica	Mãe
82	05/08/05	46	G/Rio	Separada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
83	05/08/05	82	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filho
84	05/08/05	67	Rio	Casada	C/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Marido
85	05/08/05	37	G/Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
86	08/08/05	49	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Marido
87	08/08/05	62	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Marido
88	08/08/05	78	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Outros
89	10/08/05	67	Rio	Casada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Outros
90	10/08/05	61	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Sup Compl	Católica	Irmã(ão)
91	12/08/05	73	G/Rio	Viúva	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
92	12/08/05	57	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
93	15/08/05	37	Outros	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
94	15/08/05	46	G/Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
95	15/08/05	47	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
96	16/08/05	60	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filho
97	16/08/05	88	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
98	16/08/05	56	Rio	Casada	C/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
99	17/08/05	83	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Analfabeta	Evangélica	Filha

100	17/08/05	77	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Incompl	Católica	Outros
101	19/08/05	66	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
102	19/08/05	60	Rio	Casada	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filho
103	19/08/05	56	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
104	24/08/05	63	Rio	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Marido
105	26/08/05	72	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
106	26/08/05	65	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filho
107	26/08/05	66	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Med Compl	Católica	Filha
108	29/08/05	71	Rio	Separada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
109	29/08/05	24	Outros	Solteira	S/Par	Parda	Med Incompl	Evangélica	Mãe
110	29/08/05	77	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Neta
111	29/08/05	51	Outros	Separada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
112	30/08/05	39	Rio	Solteira	C/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
113	30/08/05	56	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
114	05/09/05	59	Outros	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
115	05/09/05	37	Outros	Casada	C/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Marido
116	06/09/05	46	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Marido
117	09/09/05	77	G/Rio	Viúva	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
118	09/09/05	77	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filho
119	09/09/05	56	G/Rio	Viúva	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
120	09/09/05	63	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Filha
121	09/09/05	62	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
122	12/09/05	30	Outros	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Outros
123	13/09/05	55	G/Rio	Divorciada	S/Par	Parda	Med Compl	Católica	Irmã(ão)
124	16/09/05	70	Outros	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Filha
125	16/09/05	59	G/Rio	Casada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
126	16/09/05	41	G/Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
127	16/09/05	42	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Alfabetizada	Evangélica	Marido
128	19/09/05	55	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
129	19/09/05	68	Outros	Solteira	S/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Filha
130	20/09/05	81	Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
131	23/09/05	63	Outros	Viúva	C/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
132	26/09/05	63	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
133	27/09/05	63	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filho
134	27/09/05	69	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Espírita	Filha
135	27/09/05	53	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Outros
136	30/09/05	59	G/Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
137	30/09/05	71	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
138	30/09/05	67	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
139	30/09/05	67	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Outros
140	03/10/05	47	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Med Compl	Católica	Marido
141	03/10/05	37	Outros	Solteira	C/Par	Parda	Fund Compl	Católica	Marido
142	10/10/05	78	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Alfabetizada	Católica	Outros
143	10/10/05	66	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Filha
144	10/10/05	43	Outros	Solteira	S/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Outros
145	14/10/05	70	Outros	Casada	C/Par	Preta	Analfabeta	Católica	Filha
146	14/10/05	56	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Alfabetizada	Evangélica	Filha
147	14/10/05	89	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Alfabetizada	Católica	Filha
148	14/10/05	53	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Sup Incompl	Evangélica	Marido
149	14/10/05	80	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
150	17/10/05	38	Rio	Casada	C/Par	Branca	Med Compl	Católica	Mãe
151	21/10/05	44	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Med Incompl	Evangélica	Filha
152	21/10/05	58	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Filha
153	21/10/05	20	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Med Compl	Espírita	Mãe

154	24/10/05	78	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Analfabeta	Evangélica	Filha
155	24/10/05	56	G/Rio	Separada	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
156	04/11/05	60	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
157	04/11/05	48	G/Rio	Solteira	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Mãe
158	04/11/05	56	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Alfabetizada	Católica	Filho
159	08/11/05	62	G/Rio	Casada	S/Par	Branca	Analfabeta	Evangélica	Filha
160	08/11/05	73	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Outros
161	09/11/05	50	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Mãe
162	11/11/05	55	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
163	11/11/05	35	Outros	Solteira	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
164	11/11/05	81	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Irmã(ão)
165	16/11/05	54	Outros	Casada	C/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Outros
166	16/11/05	55	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Irmã(ão)
167	21/11/05	65	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
168	21/11/05	39	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Analfabeta	Católica	Filha
169	25/11/05	54	Outros	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
170	25/11/05	44	G/Rio	Casada	C/Par	Preta	Med Compl	Evangélica	Marido
171	25/11/05	64	Rio	Casada	S/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Outros
172	28/11/05	26	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
173	28/11/05	53	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
174	28/11/05	55	Outros	Casada	C/Par	Parda	Analfabeta	Católica	Outros
175	28/11/05	61	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Analfabeta	Evangélica	Outros
176	28/11/05	50	Outros	Divorciada	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filho
177	29/11/05	43	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Marido
178	29/11/05	72	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filho
179	29/11/05	46	G/Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Marido
180	02/12/05	75	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Outros
181	02/12/05	71	Outros	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
182	05/12/05	58	G/Rio	Casada	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
183	05/12/05	48	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Irmã(ão)
184	05/12/05	55	G/Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Compl	Católica	Filha
185	06/12/05	80	Rio	Viúva	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Filha
186	06/12/05	72	G/Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
187	07/12/05	72	G/Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
188	12/12/05	59	G/Rio	Viúva	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
189	15/12/05	65	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Analfabeta	Evangélica	Filha
190	15/12/05	50	Rio	Casada	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
191	19/12/05	46	Rio	Casada	C/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Marido
192	20/12/05	45	G/Rio	Solteira	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Outros
193	20/12/05	46	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
194	20/12/05	47	G/Rio	Casada	C/Par	Preta	Med Incompl	Evangélica	Filha
195	21/12/05	49	Rio	Casada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filho
196	21/12/05	72	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Filha
197	28/12/05	53	G/Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
198	28/12/05	47	G/Rio	Divorciada	S/Par	Parda	Sup Incompl	Evangélica	Filha
199	02/01/06	48	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Marido
200	02/01/06	35	Rio	Separada	S/Par	Parda	Med Incompl	Evangélica	Outros
201	Excluída – extravio da ficha								
202	03/01/06	27	Rio	Casada	C/Par	Branca	Sup Incompl	Evangélica	Mãe
203	03/01/06	54	Rio	Casada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
204	04/01/06	51	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Filha
205	04/01/06	67	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Sup Incompl	Católica	Outros
206	05/01/06	32	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
207	05/01/06	70	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filha

208	06/01/06	63	Outros	Separada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Outros
209	06/01/06	33	Outros	Casada	C/Par	Branca	Med Compl	Evangélica	Irmã(ão)
210	10/01/06	68	Rio	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Outros
211	12/01/06	66	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
212	13/01/06	49	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Marido
213	07/02/06	65	Outros	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
214	07/02/06	77	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Neta
215	07/02/06	36	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Med Compl	Católica	Mãe
216	09/02/06	76	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
217	09/02/06	42	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Outros
218	09/02/06	68	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Analfabeta	Evangélica	Filha
219	09/02/06	72	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
220	17/02/06	68	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
221	17/02/06	47	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
222	17/02/06	68	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
223	17/02/06	61	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
224	20/02/06	43	Outros	Solteira	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filho
225	23/02/06	46	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Mãe
226	23/02/06	66	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Marido
227	16/03/06	59	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
228	16/03/06	64	Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Marido
229	17/03/06	56	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
230	21/03/06	52	Outros	Viúva	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
231	21/03/06	58	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Analfabeta	Evangélica	Filha
232	21/03/05	47	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Sup Compl	Evangélica	Mãe
233	21/03/06	48	G/Rio	Casada	C/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Filha
234	21/03/06	55	G/Rio	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filha
235	23/03/06	52	Rio	Solteira	C/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
236	24/03/06	63	Outros	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Neta
237	24/03/06	50	Outros	Viúva	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
238	28/03/06	76	Outros	Solteira	S/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Outros
239	28/03/06	34	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Med Incompl	Evangélica	Ninguém
240	28/03/06	41	G/Rio	Solteira	C/Par	Parda	Med Incompl	Evangélica	Filha
241	31/03/06	53	Outros	Casada	C/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Marido
242	31/03/06	45	Rio	Casada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Espírita	Filho
243	31/03/06	78	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
244	31/03/06	56	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
245	03/04/06	67	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
246	04/04/06	60	G/Rio	Solteira	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filho
247	04/04/06	61	Rio	Divorciada	C/Par	Branca	Med Incompl	Católica	Outros
248	06/04/06	39	G/Rio	Solteira	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
249	07/04/06	43	Outros	Casada	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Irmã(ão)
250	07/04/06	62	Outros	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Marido
251	18/05/06	52	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Filha
252	18/05/06	46	Rio	Separada	S/Par	Preta	Med Compl	Espírita	Filho
253	18/05/06	71	Rio	Viúva	S/Par	Parda	Alfabetizada	Católica	Filha
254	18/05/06	49	Outros	Solteira	C/Par	Parda	Fund Incompl	Católica	Filha
255	18/05/06	53	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Med Compl	Católica	Outros
256	18/05/06	78	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Irmã(ão)
257	19/05/06	51	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Irmã(ão)
258	19/05/06	68	Outros	Viúva	S/Par	Preta	Alfabetizada	Evangélica	Outros
259	19/05/06	81	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha
260	19/05/06	81	Rio	Viúva	S/Par	Preta	Fund Incompl	Católica	Filha
261	19/05/06	89	G/Rio	Viúva	C/Par	Parda	Analfabeta	Católica	Neta

262	22/05/06	56	Rio	Solteira	S/Par	Parda	Fund Incompl	Evangélica	Filha
263	23/05/06	50	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Filho
264	23/05/06	54	Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Filha
265	23/05/06	66	G/Rio	Casada	C/Par	Branca	Fund Compl	Evangélica	Filho
266	23/05/06	60	G/Rio	Solteira	S/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Irmã(ão)
267	24/05/06	54	G/Rio	Solteira	C/Par	Parda	Alfabetizada	Católica	Marido
268	24/05/06	47	Outros	Casada	C/Par	Parda	Fund Compl	Evangélica	Filha
269	25/05/06	51	Rio	Divorciada	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
270	25/05/06	43	Rio	Solteira	S/Par	Branca	Sup Compl	Oriental	Mãe
271	25/05/06	77	G/Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
272	25/05/06	53	Rio	Casada	S/Par	Preta	Fund Incompl	Evangélica	Marido
273	26/05/06	62	Outros	Casada	C/Par	Branca	Fund Incompl	Evangélica	Filha
274	26/05/06	38	Outros	Casada	C/Par	Branca	Alfabetizada	Evangélica	Marido
275	02/06/06	76	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Filha
276	05/06/06	70	Rio	Viúva	C/Par	Branca	Med Compl	Católica	Filha
277	09/06/06	61	Rio	Casada	S/Par	Branca	Fund Compl	Católica	Filha
278	09/06/06	56	Rio	Viúva	S/Par	Branca	Fund Incompl	Católica	Filha

6.6. Anexo 6 – Características da doença e escores do WHOQOL-BREF

Nº no estudo	Topografia do tumor	Tipo histológico	Progressão da doença*	KPS %	Escores do WHOQOL-BREF					
					QV Global	Saúde Geral	Dom. Físico	Dom. Psicol	Dom. Social	Dom. Ambiental
01	Reto	Adenoc	1	70	4,0	4,0	16,6	14,7	14,7	16,0
02	Colo útero	Ca epid	1	60	3,0	2,0	11,4	10,7	17,3	14,0
03	Mama	Adenoc	1,4	70	3,0	2,0	8,0	10,7	16,0	15,5
04	Boca	Ca epid	1	60	4,0	4,0	15,4	15,3	13,3	17,0
05	Fígado	Adenoc	1,4	60	3,0	3,0	12,6	12,7	18,7	13,0
06	Colo útero	Ca epid	1	70	5,0	1,0	18,3	15,3	13,3	16,5
07	Colo útero	Ca epid	1,4	40	3,0	4,0	6,9	14,0	14,7	11,5
08	Ovário	Adenoc	6,7,8	60	3,0	3,0	9,7	15,3	14,7	11,5
09	Estômago	Adenoc	1,2,8	50	4,0	3,0	12,0	10,7	13,3	16,0
10	Orofaringe	Ca epid	1,4	70	4,0	2,0	13,1	14,7	8,0	11,0
11	Seio face	Adeno cist	1	60	3,0	4,0	17,7	14,7	13,3	15,0
12	Mama	Adenoc	2,3	40	3,0	5,0	9,1	14,7	14,7	14,0
13	Cav nasal	Melanoma	1	70	1,0	1,0	14,3	14,0	16,0	10,0
14	Colo útero	Ca epid	1	70	4,0	4,0	18,3	15,3	17,3	18,0
15	Laringe	Adeno cist	5	70	4,0	4,0	15,4	16,7	17,3	13,5
16	Cólon	Adenoc	1,3	50	4,0	4,0	17,7	18,7	17,3	19,0
17	Tec conjun	Sarcoma	5	60	4,0	3,0	13,7	15,3	13,3	14,5
18	Pulmão	Adenoc	7	70	3,0	5,0	15,4	16,7	16,0	15,5
19	Colo útero	Ca epid	1	50	5,0	2,0	12,6	17,3	18,7	13,5
20	Colo útero	Ca epid	1	70	3,0	2,0	11,4	13,3	8,0	12,0
21	Linfoma	Linfoma	1,4	30	1,0	1,0	8,0	8,0	14,7	12,0
22	Pele	Baso	1	70	4,0	4,0	17,1	15,3	14,7	17,0
23	Colo útero	Ca epid	1	70	2,0	3,0	6,3	8,7	9,3	8,5
24	Cólon	Adenoc	2	90	2,0	2,0	8,6	14,7	17,3	15,0
25	Canal anal	Ca epid	2	70	4,0	3,0	11,4	15,3	16,0	14,5
26	Mama	Adenoc	2,3,8	70	4,0	4,0	17,1	16,7	18,7	16,0
27	Pele	Baso	1	70	3,0	4,0	16,6	14,7	14,7	16,0
28	Colo útero	Ca epid	1	40	5,0	3,0	9,7	16,7	17,3	14,5
29	Colo útero	Ca epid	1	60	4,0	4,0	17,1	17,3	18,7	17,5
30	Cólon	Adenoc	1,2	50	4,0	3,0	9,1	15,3	17,3	17,5
31	Tireóide	Medular	1,4	70	4,0	4,0	13,7	12,7	14,7	13,5
32	Estômago	Adenoc	1,4,8	70	5,0	4,0	15,4	12,7	17,3	16,0
33	Orofaringe	Ca epid	1,8	70	4,0	4,0	8,6	11,3	17,3	15,0
34	Colo útero	Adenoc	1	70	4,0	5,0	17,1	18,7	17,3	14,0
35	Estômago	Adenoc	1	70	3,0	3,0	14,3	13,3	16,0	14,5
36	Colo útero	Sarcoma	1	90	4,0	5,0	18,3	18,7	20,0	19,0
37	Estômago	Adenoc	1	60	3,0	2,0	12,6	11,3	17,3	13,0
38	Colo útero	Ca epid	1	80	3,0	1,0	17,1	15,3	17,3	12,5
39	Colo útero	Ca epid	1,8	80	4,0	4,0	18,9	16,7	14,7	14,0
40	Cólon	Adenoc	1,2,8	80	3,0	3,0	13,1	12,0	14,7	14,5
41	Olho	Melanoma	2	60	3,0	3,0	14,3	12,7	16,0	16,0
42	Colo útero	Ca epid	1	90	5,0	4,0	16,6	14,7	12,0	14,0
43	Colo útero	Ca epid	3,4,8	80	4,0	4,0	15,4	16,7	17,3	17,5
44	Cólon	Adenoc	2	50	4,0	3,0	10,9	14,0	16,0	15,5
45	Colo útero	Ca epid	1,8	50	2,0	2,0	9,1	13,3	14,7	13,0
46	Colo útero	Adeno esc	1	60	4,0	4,0	14,9	16,7	16,0	13,0

47	Vulva	Ca epid	1,4,8	50	3,0	3,0	10,3	16,7	17,3	14,5
48	Colo útero	Ca epid	1	90	5,0	5,0	15,4	16,0	14,7	11,0
49	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	3,0	18,3	16,0	16,0	14,5
50	Pulmão	Adenoc	5,7	70	4,0	4,0	17,7	17,3	16,0	15,5
51	Cólon	Adenoc	2	70	3,0	2,0	12,6	8,0	12,0	14,5
52	Pulmão	Adenoc	1,7	50	5,0	5,0	14,3	17,3	16,0	13,0
53	Estômago	Adenoc	1,4,8	50	3,0	3,0	8,0	10,7	17,3	14,5
54	Colo útero	Ca epid	1	80	3,0	3,0	11,4	9,3	5,3	8,5
55	Amígdala	Sarcoma	1,4	60	4,0	3,0	11,4	16,0	17,3	15,5
56	Colo útero	Adenoc	1	80	3,0	4,0	13,7	14,7	17,3	12,5
57	Colo útero	Ca pco dif	4	60	4,0	4,0	12,6	16,0	17,3	14,5
58	Pulmão	Adenoc	7	50	3,0	3,0	13,1	14,7	13,3	12,0
59	Estômago	Adenoc	4	80	4,0	4,0	16,6	13,3	18,7	15,5
60	Rim	Cel claras	2	70	4,0	4,0	15,4	14,0	16,0	16,0
61	Orofaringe	Ca epid	1	60	4,0	3,0	12,6	14,0	12,0	15,5
62	Tec conjun	Sarcoma	5,8	70	4,0	5,0	16,0	15,3	13,3	14,5
63	Estômago	Adenoc	1	90	4,0	4,0	17,1	14,7	14,7	17,5
64	Rim	Cel claras	1,4	70	3,0	2,0	14,3	12,7	12,0	11,5
65	Ovário	Adenoc	1,2	50	3,0	2,0	8,6	11,3	17,3	13,5
66	Lábio	Adeno cist	1	70	4,0	4,0	16,0	15,3	14,7	14,0
67	N especif	Adenoc	1,3,8	90	4,0	4,0	15,4	17,3	20,0	16,5
68	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	3,0	14,9	14,0	16,0	15,0
69	Tec conjun	Tu glômico	1	60	3,0	2,0	12,6	13,3	14,7	14,5
70	Cólon	Adenoc	3,5	80	4,0	4,0	16,0	16,0	14,7	15,5
71	Mama	Adenoc	1,8	90	3,0	3,0	13,1	15,3	17,3	15,5
72	Colo útero	Adenoc	1,4	80	3,0	4,0	14,3	16,0	14,7	12,5
73	Colo útero	Ca epid	1	80	2,0	2,0	12,0	14,7	13,3	10,5
74	Ovário	Adenoc	1	80	4,0	3,0	12,6	14,7	18,7	13,5
75	Gengiva	Ca epid	1,4	70	4,0	2,0	13,1	14,0	17,3	15,0
76	Colo útero	Ca epid	1	70	4,0	5,0	16,0	16,7	16,0	16,0
77	Tireóide	Medular	1,4	60	3,0	2,0	10,9	11,3	14,7	13,5
78	Estômago	Adenoc	1	60	3,0	4,0	9,7	16,7	14,7	15,5
79	N especif	Adenoc	1,4	70	3,0	4,0	17,7	14,7	17,3	14,5
80	Pulmão	Ca epid	1,3	90	4,0	4,0	17,1	18,0	20,0	17,0
81	Mama	Adenoc	2,3,5,8	50	2,0	1,0	8,0	8,7	13,3	12,5
82	Mama	Adenoc	1,8	80	5,0	4,0	20,0	19,3	18,7	17,5
83	Cólon	Adenoc	1	50	3,0	3,0	12,0	14,7	13,3	13,5
84	Estômago	Adenoc	1,8	50	2,0	3,0	10,3	8,7	14,7	12,0
85	Mandíbula	Sarcoma	1	80	3,0	5,0	14,3	14,7	16,0	15,0
86	Colo útero	Adenoc	1	80	3,0	3,0	14,9	15,3	10,7	17,0
87	Colo útero	Ca epid	1,3	90	2,0	5,0	20,0	20,0	20,0	14,0
88	Ovário	Adenoc	1	70	4,0	3,0	17,7	14,7	17,3	16,0
89	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	3,0	13,1	16,0	17,3	15,0
90	Corp útero	Adenoc	1,8	70	5,0	4,0	11,4	14,0	17,3	17,0
91	Corp útero	Adenoc	1,2,6	70	3,0	2,0	11,4	12,0	13,3	12,5
92	Colo útero	Ca epid	1	70	3,0	2,0	13,1	17,3	14,7	10,0
93	N especif	Adenoc	1,8	80	4,0	4,0	13,7	17,3	16,0	14,0
94	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	4,0	16,0	16,0	16,0	9,0
95	Língua	Ca epid	1,8	80	5,0	5,0	16,0	20,0	20,0	20,0
96	Linfoma	Linfoma	1,2,4,8	60	4,0	4,0	15,4	14,0	14,7	14,5
97	Mama	Adenoc	1	60	3,0	2,0	10,3	10,7	16,0	9,0
98	Pulmão	Adenoc	1,5	60	2,0	2,0	12,0	11,3	18,7	13,0
99	Colo útero	Ca epid	1	40	3,0	2,0	5,7	14,0	14,7	11,5
100	Mieloma	Mieloma	3	60	1,0	3,0	8,6	9,3	14,7	10,5

101	Mama	Adenoc	1,4	50	4,0	2,0	10,3	15,3	14,7	12,0
102	Pulmão	Ca epid	1,3,4	60	2,0	2,0	8,6	12,0	14,7	11,5
103	Mama	Adenoc	2,3,7	80	4,0	4,0	13,1	14,7	14,7	15,0
104	Rim	Cel claras	2	80	2,0	4,0	13,7	17,3	14,7	17,5
105	Pele	Melanoma	1,4	50	2,0	2,0	9,7	12,7	17,3	14,0
106	Pulmão	Adenoc	4	80	3,0	4,0	13,7	17,3	17,3	17,0
107	Língua	Ca epid	1	70	3,0	3,0	14,3	16,0	14,7	17,0
108	Olho	Ca epid	1,3	60	3,0	1,0	8,0	9,3	12,0	9,0
109	Tec conjun	Sarcoma	1,8	80	5,0	4,0	13,7	14,7	17,3	13,5
110	Colo útero	Ca epid	4	70	2,0	2,0	8,6	14,7	14,7	8,5
111	Gl salivar	Adeno cist	5	90	4,0	1,0	17,1	19,3	17,3	17,5
112	Colo útero	Ca epid	1,4	90	3,0	3,0	16,6	16,7	18,7	14,0
113	Rim	Cel claras	1,2,4,5,6	50	3,0	2,0	12,6	11,3	10,7	14,0
114	Reto	Adenoc	1,5	50	3,0	3,0	7,4	10,0	13,3	9,5
115	N especif	Tu glômico	1,7	90	4,0	3,0	12,6	17,3	17,3	16,5
116	Nasofaring	Ca epid	1	80	3,0	2,0	10,9	12,0	13,3	7,5
117	Palato	Ca epid	1	50	3,0	3,0	9,7	12,7	13,3	11,0
118	Colo útero	Ca epid	1	50	4,0	2,0	12,0	13,3	14,7	13,5
119	Colo útero	Adenoc	1	40	4,0	3,0	9,1	14,7	16,0	12,5
120	Corp útero	Adenoc	1,2,4	60	3,0	3,0	9,1	10,0	14,7	11,0
121	Estômago	Adenoc	1,4,8	60	4,0	4,0	12,0	15,3	14,7	16,0
122	Tec conjun	Sarcoma	5	80	4,0	4,0	16,6	15,3	17,3	14,0
123	Orofaringe	Ca epid	1	80	3,0	2,0	13,1	12,0	12,0	10,0
124	Pele	Ca epid	1,4	80	4,0	2,0	15,4	12,7	14,7	14,0
125	Nasofaring	Ca epid	1	60	3,0	3,0	10,9	12,0	17,3	13,5
126	Cav nasal	Neuroblast	1	90	5,0	3,0	18,9	18,7	13,3	17,0
127	Ovário	Adenoc	1,6,8	80	4,0	4,0	15,4	16,7	14,7	16,5
128	Canal anal	Ca epid	1,4	60	3,0	3,0	10,3	12,0	14,7	12,5
129	Colo útero	Ca epid	1,4	80	4,0	4,0	13,1	16,7	17,3	19,0
130	Reto	Adenoc	2	70	3,0	4,0	14,3	13,3	14,7	16,0
131	Seio face	Ca epid	1	60	3,0	4,0	12,0	14,7	14,7	12,0
132	Reto	Adenoc	2,4	50	4,0	4,0	10,9	13,3	16,0	12,0
133	Lábio	Adeno cist	1	80	3,0	4,0	13,1	16,0	16,0	13,0
134	Mama	Adenoc	1,4,8	90	5,0	5,0	13,1	16,7	14,7	17,0
135	Colo útero	Ca epid	1	70	3,0	2,0	12,0	12,0	13,3	10,5
136	Mieloma	Mieloma	1	80	3,0	2,0	12,6	16,0	12,0	11,5
137	Pulmão	Ca epid	4,5,6	60	3,0	3,0	12,6	16,7	17,3	16,5
138	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	3,0	10,9	14,7	16,0	14,0
139	Palato	Ca epid	1	80	4,0	2,0	11,4	14,7	14,7	12,5
140	Colo útero	Ca epid	1	90	5,0	5,0	16,0	18,0	18,7	17,0
141	Colo útero	Ca epid	1,2	80	3,0	2,0	8,6	11,3	14,7	11,0
142	Ovário	Adenoc	1,2,6	40	3,0	3,0	13,7	12,7	14,7	13,0
143	Laringe	Ca epid	1	80	4,0	3,0	13,1	16,7	16,0	15,5
144	Colo útero	Sarcoma	1,4	80	5,0	5,0	17,1	16,7	17,3	16,5
145	Pele	Melanoma	1,4	70	3,0	4,0	14,3	14,0	13,3	14,0
146	Mama	Adenoc	2,3,5,6	40	2,0	1,0	6,9	12,7	12,0	11,0
147	Ovário	Adenoc	1,8	50	3,0	3,0	13,7	15,3	14,7	17,0
148	N especif	Adenoc	6	50	3,0	2,0	11,4	15,3	16,0	15,0
149	Cólon	Adenoc	4,8	70	4,0	4,0	13,1	16,7	13,3	15,5
150	Mama	Adenoc	1	60	4,0	2,0	8,6	14,7	17,3	14,0
151	Colo útero	Ca epid	1	50	3,0	3,0	11,4	10,7	13,3	11,0
152	Mama	Adenoc	1,2,4	70	2,0	3,0	10,9	13,3	12,0	10,5
153	Encéfalo	Glioma	1	70	4,0	3,0	15,4	16,0	18,7	18,5
154	Reto	Adenoc	2	50	3,0	3,0	14,3	14,0	16,0	14,5

155	Pulmão	Ca pco dif	1,4,5	70	4,0	3,0	8,0	12,7	14,7	9,0
156	Mama	Adenoc	3,8	80	3,0	2,0	13,1	16,0	16,0	17,0
157	Pele	Melanoma	1,2,4	60	4,0	3,0	13,1	16,0	16,0	12,0
158	Língua	Ca epid	1,8	60	1,0	2,0	13,1	8,0	17,3	11,0
159	Esôfago	Adenoc	1	80	3,0	3,0	13,1	14,7	14,7	15,5
160	Estômago	Adenoc	1,8	80	4,0	2,0	16,6	18,0	17,3	19,0
161	Colo útero	Ca epid	1,4	90	3,0	1,0	13,1	8,0	13,3	10,5
162	Colo útero	Ca epid	4	80	3,0	3,0	6,9	12,7	14,7	11,0
163	Colo útero	Ca epid	1,3	50	3,0	3,0	10,3	13,3	14,7	13,5
164	Ovário	Adenoc	1,8	80	2,0	2,0	8,0	6,7	10,7	11,5
165	Colo útero	Ca epid	1,3,4,5	80	4,0	4,0	13,7	16,7	14,7	14,5
166	Lábio	Ca epid	1	60	2,0	1,0	10,9	14,0	17,3	14,5
167	Lábio	Ca epid	1	70	3,0	1,0	14,3	11,3	14,7	14,0
168	Gl salivar	Adeno cist	1,5	80	5,0	4,0	18,9	18,0	16,0	16,0
169	Estômago	Adenoc	1,2	90	4,0	4,0	17,1	18,0	20,0	17,5
170	Colo útero	Adenoc	1	90	4,0	1,0	7,4	11,3	4,0	12,0
171	Colo útero	Ca epid	1	80	3,0	3,0	10,9	15,3	14,7	9,5
172	Encéfalo	Glioma	1	70	4,0	4,0	15,4	16,7	14,7	12,0
173	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	3,0	15,4	14,7	17,3	17,0
174	Colo útero	Ca epid	1	70	1,0	4,0	12,0	6,7	13,3	11,0
175	Colo útero	Ca epid	1,4	80	4,0	4,0	16,6	17,3	14,7	15,5
176	Mama	Adenoc	1,4	70	3,0	2,0	9,7	10,0	14,7	11,0
177	Colo útero	Adenoc	8	60	3,0	3,0	10,9	13,3	8,0	12,0
178	Palato	Adenoc	1	90	3,0	5,0	20,0	18,7	12,0	17,5
179	Colo útero	Ca epid	1	60	4,0	3,0	9,1	15,3	16,0	12,0
180	Pele	Tricoblas	1	80	5,0	4,0	17,1	17,3	14,7	16,0
181	Mama	Adenoc	1,3	40	4,0	3,0	4,6	10,0	17,3	12,5
182	Colo útero	Ca epid	1	80	3,0	3,0	13,7	14,0	10,7	10,5
183	Mama	Adenoc	3,5,6	40	4,0	2,0	9,7	10,7	14,7	10,5
184	Colo útero	Ca epid	1	50	3,0	3,0	10,3	14,0	16,0	15,0
185	Reto	Adenoc	5	80	4,0	4,0	14,3	14,0	16,0	14,0
186	Mama	Adenoc	1,3,5	60	2,0	2,0	11,4	14,0	16,0	14,0
187	Canal anal	Ca epid	1	60	5,0	2,0	11,4	18,7	17,3	13,5
188	Colo útero	Ca epid	1	80	5,0	4,0	16,0	17,3	16,0	12,0
189	Hipofaring	Ca epid	1	70	3,0	2,0	12,6	15,3	16,0	10,5
190	Mama	Adenoc	1,8	60	2,0	1,0	7,4	7,3	13,3	15,5
191	Mama	Sarcoma	1,2,3,5,6	70	4,0	2,0	6,9	12,0	16,0	14,5
192	Colo útero	Ca epid	1	90	3,0	3,0	13,1	12,7	14,7	11,5
193	Vulva	Ca epid	1,3	80	4,0	2,0	12,0	16,7	12,0	14,0
194	Colo útero	Adenoc	1	90	4,0	3,0	11,4	11,3	12,0	11,5
195	Colo útero	Ca epid	3	90	4,0	4,0	14,3	14,0	13,3	11,0
196	Corp útero	Sarcoma	4	50	2,0	2,0	5,1	6,0	12,0	12,0
197	Mama	Adenoc	1,4,8	60	3,0	3,0	10,9	12,0	14,7	13,0
198	Ves biliar	Adenoc	1,2,4	90	5,0	4,0	16,6	15,3	14,7	13,0
199	Mama	Adenoc	1,3	40	2,0	1,0	13,7	13,3	16,0	12,0
200	Colo útero	Ca epid	1	50	4,0	4,0	8,6	10,7	10,7	11,0
201	Excluída – extravio da ficha									
202	Linfoma	Linfoma	4	80	4,0	2,0	13,1	14,7	14,7	12,5
203	Colo útero	Ca epid	3,5	50	2,0	2,0	7,4	16,0	17,3	12,5
204	Colo útero	Ca epid	1,4,8	60	5,0	4,0	12,0	16,0	16,0	13,5
205	Corp útero	Sarcoma	1,2,8	80	3,0	2,0	10,9	18,0	17,3	15,0
206	Bexiga	Adenoc	1,4	90	2,0	2,0	14,9	16,7	17,3	11,5
207	Hipofaring	Ca epid	1,5,7	60	3,0	3,0	12,0	14,0	18,7	13,5
208	Estômago	Adenoc	1,2	30	3,0	2,0	4,6	11,3	9,3	9,0

209	Colo útero	Ca epid	1,3	50	4,0	1,0	6,9	15,3	14,7	18,0
210	Pulmão	Adenoc	1,3,5	40	3,0	4,0	12,6	15,3	16,0	14,5
211	Colo útero	Ca epid	1,4	40	3,0	4,0	10,3	12,7	14,7	13,5
212	Seio face	Ca epid	1	90	4,0	3,0	15,4	14,7	16,0	14,5
213	Colo útero	Ca epid	1	40	4,0	3,0	10,3	13,3	13,3	12,5
214	Colo útero	Ca epid	1	50	4,0	4,0	8,6	9,3	17,3	13,5
215	Mama	Adenoc	5,7	50	4,0	3,0	8,6	13,3	14,7	12,5
216	Orofaringe	Ca epid	1,4	70	4,0	2,0	20,0	14,0	13,3	17,0
217	Língua	Ca epid	1	90	3,0	4,0	10,9	15,3	16,0	15,0
218	Colo útero	Ca epid	1	70	4,0	4,0	14,3	15,3	17,3	15,5
219	Colo útero	Ca epid	1	70	3,0	2,0	10,9	12,7	14,7	13,5
220	Mama	Indiferen	1,3,4,5	60	4,0	3,0	13,7	16,0	13,3	18,0
221	Vulva	Ca epid	1,4	60	3,0	3,0	12,0	13,3	17,3	15,0
222	Esôfago	Ca epid	1,2,6	70	5,0	3,0	10,9	13,3	16,0	14,5
223	Colo útero	Ca epid	1,3	70	4,0	3,0	8,6	9,3	12,0	12,5
224	Colo útero	Ca epid	1	70	4,0	3,0	12,6	14,0	9,3	12,0
225	Colo útero	Ca epid	1,2,5	60	3,0	3,0	6,3	9,3	13,3	11,0
226	Ovário	Adenoc	1,6	70	3,0	3,0	14,3	14,7	17,3	15,0
227	Estômago	Adenoc	2,8	40	2,0	3,0	9,1	10,7	16,0	11,0
228	Colo útero	Adenoc	1	90	4,0	4,0	17,7	18,0	18,7	16,5
229	Tec conjun	Sarcoma	1	80	3,0	3,0	9,7	14,7	16,0	17,0
230	Colo útero	Adenoc	1	90	3,0	2,0	13,7	14,0	6,7	10,5
231	Lábio	Ca epid	1,4	60	3,0	3,0	8,0	13,3	10,7	13,0
232	Reto	Adenoc	1,2,4,8	70	3,0	3,0	10,3	12,0	12,0	14,5
233	Colo útero	Ca epid	1,8	80	4,0	4,0	14,3	14,7	16,0	16,0
234	Mama	Adenoc	1,3	80	2,0	4,0	13,1	14,7	14,7	15,5
235	Colo útero	Ca epid	1	50	4,0	1,0	6,9	10,0	6,7	15,0
236	Pulmão	Adenoc	1,3	60	3,0	3,0	13,7	14,0	17,3	16,0
237	Colo útero	Ca epid	8	90	4,0	4,0	17,1	20,0	17,3	15,0
238	Osso	Sarcoma	6	40	3,0	3,0	6,9	10,7	10,7	10,5
239	Colo útero	Adenoc	1,4	90	4,0	4,0	17,7	16,7	14,7	15,0
240	Colo útero	Adenoc	1	60	3,0	2,0	13,7	8,7	12,0	7,5
241	Ovário	Adenoc	1,4	60	2,0	2,0	6,3	12,7	13,3	14,0
242	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	4,0	17,1	18,7	13,3	15,5
243	Orofaringe	Ca epid	1,4	70	3,0	2,0	5,1	6,0	10,7	9,5
244	Colo útero	Ca epid	1,4	80	4,0	3,0	14,9	16,7	16,0	14,5
245	Ovário	Adenoc	1,2,4	50	2,0	2,0	8,6	12,0	16,0	11,5
246	Laringe	Ca epid	1	80	4,0	4,0	15,4	15,3	13,3	13,5
247	Língua	Ca epid	1,4	80	3,0	2,0	9,1	11,3	13,3	11,5
248	Colo útero	Ca epid	1	40	1,0	1,0	5,1	6,7	9,3	8,5
249	Pulmão	Ca epid	1,8	80	2,0	4,0	13,7	16,0	16,0	12,5
250	Cólon	Adenoc	2,4	70	3,0	4,0	8,6	14,0	13,3	12,5
251	Pulmão	Adenoc	3,7	80	4,0	3,0	13,7	13,3	13,3	12,5
252	Mama	Adenoc	1,4,8	80	4,0	4,0	14,3	16,7	14,7	15,5
253	Colo útero	Ca epid	1	60	3,0	3,0	9,1	12,7	14,7	13,0
254	Colo útero	Ca epid	4	50	3,0	4,0	9,1	10,0	16,0	12,5
255	Língua	Ca epid	1,4	70	4,0	3,0	10,9	15,3	16,0	14,0
256	Língua	Ca epid	1	80	1,0	2,0	10,3	10,0	13,3	11,5
257	Mama	Adenoc	2,3	50	2,0	2,0	11,4	13,3	17,3	13,5
258	Mieloma	Mieloma	3	40	3,0	4,0	10,3	17,3	14,7	14,0
259	Pulmão	Ca pco dif	1	40	2,0	2,0	12,0	12,7	18,7	15,0
260	Colo útero	Adenoc	3	70	4,0	3,0	16,0	17,3	17,3	14,5
261	Canal anal	Ca epid	3,5	50	3,0	3,0	6,9	16,0	17,3	11,0
262	Linfoma	Linfoma	3,4	40	1,0	1,0	6,3	8,0	14,7	9,0

263	Pulmão	Ca epid	5	70	4,0	3,0	16,0	15,3	18,7	14,5
264	Corp útero	Adenoc	1,3,8	60	2,0	2,0	6,3	11,3	14,7	14,5
265	Vulva	Ca epid	1	60	2,0	3,0	10,9	13,3	17,3	13,0
266	Colo útero	Ca epid	1	60	3,0	2,0	6,9	13,3	16,0	12,5
267	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	5,0	17,1	14,0	6,7	12,0
268	Colo útero	Ca epid	1	80	4,0	4,0	14,3	15,3	16,0	15,0
269	Pulmão	Ca epid	1,2,3,5,8	70	3,0	3,0	8,6	14,7	14,7	14,0
270	Sigmóide	Adenoc	4	60	3,0	2,0	6,3	10,0	10,7	8,5
271	Língua	Adeno cist	5	80	4,0	4,0	14,3	18,0	14,7	16,0
272	Colo útero	Ca epid	1	70	1,0	1,0	9,1	9,3	13,3	12,5
273	Reto	Adenoc	5	70	3,0	2,0	8,0	9,3	12,0	11,5
274	Colo útero	Sarcoma	5	40	2,0	3,0	5,1	10,7	13,3	14,0
275	Rim	Cel claras	3,4,5	50	3,0	2,0	6,9	9,3	14,7	10,5
276	Cólon	Adenoc	8	70	4,0	3,0	12,0	16,0	16,0	16,5
277	Pulmão	Adenoc	3,8	80	2,0	2,0	12,6	14,0	16,0	13,0
278	Pulmão	Ca pco dif	3	80	2,0	2,0	13,1	8,7	10,7	8,5

*Progressão da doença: 1=localmente avançada/ 2=fígado/ 3=ossos/ 4=linfonodos/ 5=pulmão/ 6=pleura/ 7=SNC/ 8=outros sítios ou órgãos adrenal, amígdala, baço, coluna vertebral, diafragma, duodeno, esôfago, glúteo, mediastino, medula óssea, mesentério, ovário, pâncreas, parede abdominal, parótida, pele, peritôneo, perna, reto, retroperitôneo, subcutâneo, vagina).

6.7. Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INCA		MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER		

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer em fase de doença avançada.**

Pesquisador responsável: **Dr. Carlos Henrique Debenedito Silva**

Divisão Técnico Científica / Hospital do Câncer IV / INCA

Nome da Paciente: _____

Matrícula:

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: - Telefone:

Código:

.....

Código:

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo que faz parte do programa de Mestrado Interinstitucional entre o INCA e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com o título: **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer em fase de doença avançada**, sob a responsabilidade do médico Dr. Carlos Henrique Debenedito Silva, da Divisão Técnico Científica do Hospital de Câncer IV, do Instituto Nacional de Câncer / INCA.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar a qualidade de vida para um grupo de mulheres portadoras de câncer, em fase avançada da doença, atendidas no HC IV / INCA, assim como o seu entendimento sobre o significado de “conforto”.

Luis Otávio Olivatto
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UNICAMP
CEP/INCA

nº 01



Caso você aceite participar desta pesquisa, responderá a dois questionários. Se houver necessidade, terá ajuda do pesquisador, que poderá reler as perguntas, para, então, responde-las.

O tempo gasto nas respostas aos dois questionários não será superior a 20 minutos e você necessitará apenas de marcar as opções que melhor corresponderem ao seu entendimento das perguntas formuladas. O teor dessas perguntas é relacionado a questões pessoais, mas que não vão lhe trazer embaraço ao responde-las.

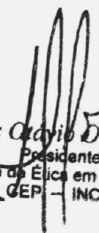
Os benefícios esperados após a conclusão do estudo são que seu tratamento, e de outras pacientes, se faça de modo a trazer melhor qualidade para todas. Você poderá fazer qualquer pergunta antes, durante ou depois da apresentação do questionário, para que possa estar o mais possível sem dúvidas ao responde-lo.

Os questionários serão identificados somente por um número e ninguém, além do pesquisador, saberá a pessoa correspondente. As respostas serão guardadas com todo o sigilo e a ética de pesquisa, e profissional, que rege as relações médico-paciente, e apenas serão utilizados nesta pesquisa.

Você poderá ser uma das escolhida novamente para responder a apenas um dos questionários, aproximadamente quinze dias depois do primeiro. Da mesma forma que da primeira vez, o pesquisador garante que terá os mesmos cuidados quanto à sua não identificação e ao sigilo das informações nele contido. Quando a fase inicial de coleta dos questionários terminar, todos serão analisados em conjunto, ficando assegurado o respeito ao sigilo global das informações.

Você não terá nenhum prejuízo no seu atendimento caso não aceite participar desta pesquisa ou vier a desistir em qualquer momento.

Caso aceite participar, será pedido para assinar, juntamente com o pesquisador, que estará com sua identificação funcional, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo que um ficará com você. Se em algum momento desejar, poderá retirar seu consentimento, a qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete prejuízo no seu atendimento.


Luis Odval Olivalte
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa
GEP - INCA



Nenhum tipo de remuneração ou compensação será fornecido pelo MS / INCA, pela sua participação na pesquisa, bem como não haverá nenhum custo adicional para você, pois não haverá marcação especial de atendimento para participar dessa pesquisa, já que se respeitará marcação de consulta ambulatorial.

Ao final da pesquisa o resultado poderá ser revelado a você, caso seja do seu interesse.

Considerações éticas: o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do INCA para aprovação, atendendo à Resolução nº 196/96 do CNS / CONEP.

Caso você tenha dúvidas ou problemas a respeito da seleção, do estudo ou de seus direitos por ser paciente do INCA, por favor, ligue para o Dr. Luis Otávio Olivatto, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, no telefone (21) 32331410.

Eu li as informações acima no presente formulário original de consentimento livre e esclarecido. Compreendo o objetivo do estudo e tive oportunidade de fazer perguntas, que me foram esclarecidas de modo que pudesse entendê-las.

Rio de Janeiro, //.

Paciente: _____

Pesquisador principal: Dr. Carlos Henrique Debenedito Silva

Tel.: 25774242 ramal 4292

Matrícula: MS 6242301 / MS 0242301

Luis Otávio Olivatto
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP - INCA

nº 01

6.8. Anexo 8 – Parecer da Comissão Científica de Estudos Clínicos do INCA



COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Serviço de Pesquisa Clínica - SPC-DPQ
Comissão Científica de Estudos Clínicos

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2005

Memo. 011/05 – CCEC

Da: CCEC

Para: Carlos Henrique Debenedito Silva

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que a Comissão Científica de Estudos Clínicos **aprovou** em sua reunião de 04/02/2005, o projeto de pesquisa nº **004/05** – Título: Conforto e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Mulheres com Câncer em Fase de Doença Avançada, do qual o(a) Sr.(a) é o(a) Pesquisador(a) Principal, quanto ao mérito, entretanto não está claro no projeto apresentado se o questionário que serão aplicado tem a aprovação dos autores originais.

Informamos que os projetos de pesquisa aprovados pela CCEC deverão ser objeto de: 1. Relatórios semestrais, a partir da data de assinatura do contrato com a FAF, ou no caso de estudos internos, a partir da data da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. 2. Apresentações anuais em reuniões marcadas pela CPQ especificamente para este fim.

De acordo com o fluxograma vigente, o protocolo está sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Marisa Maria Dreyer Breitenbach

C/C – Dr. Luis Otávio Olivatto
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexos para o CEP:

- 1 – Protocolo Clínico
- 2 – Folha de Rosto
- 3 – Curriculum Vitae
- 4 – Formulário da Pesquisa

6.9. Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, de 13 de abril de 2005



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa-INCA

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2005

Dr. Carlos Henrique Debenedito Silva
Pesquisador Principal

Ref. Prot. nº 04/05 – Conforto e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Mulheres com Câncer em Fase de Doença Avançada

Prezado Doutor,

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer após re-análise **aprovou** o Protocolo intitulado: Conforto e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Mulheres com Câncer em Fase de Doença Avançada, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*versão de 21 de março de 2005*) em 13 de abril de 2005.

Estamos encaminhando a documentação pertinente para o CONEP, com vistas a registro e arquivamento.

Atenciosamente,

Dr. Luis Otávio Olivatto
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

6.10. Anexo 10 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, de 28 de abril de 2008



A (o) Dr: Carlos Henrique D. Silva

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2008

Registro CEP nº 004/05 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)
Título do projeto: Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com Câncer em fase de doença avançada

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **tomou conhecimento e aprovou o relatório semestral do estudo**, em sua Reunião de 28 de abril de 2008.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Adriana Scheliga'.

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA