

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO PROSPECTIVO DE FATORES PREDITIVOS DE QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES COM CÂNCER DE COLÓN E RETO**

**CRISTIANO PEREIRA DE OLIVEIRA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.**

Porto Alegre

Janeiro, 2015

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO PROSPECTIVO DE FATORES PREDITIVOS DE QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES COM CÂNCER DE COLÓN E RETO**

**CRISTIANO PEREIRA DE OLIVEIRA**

**ORIENTADOR: Prof(a). Dr(a) MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA.**

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica

Porto Alegre

Janeiro, 2015

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO PROSPECTIVO DE FATORES PREDITIVOS DE QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES COM CÂNCER DE COLÓN E RETO**

**CRISTIANO PEREIRA DE OLIVIERA**

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

PROF<sup>a</sup>. DRA MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

---

PROF. DR EDUARDO REMOR (UFRGS)

---

PROF<sup>a</sup>. DRA LUCIANE NASCIMENTO CRUZ (HCPA/UFRGS)

Porto Alegre  
Janeiro, 2015

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

O48            Oliveira, Cristiano Pereira de

Estudo prospectivo de fatores preditivos de qualidade de vida em pacientes com câncer de colón e reto / Cristiano Pereira de Oliveira – 2015.

82 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Psicologia / Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Lúcia Eliane Pereira de Oliveira (*in memoriam*), infelizmente, quis o tempo que ela se tornasse, ao fim desta minha etapa, imaterial, porém sempre estará presente no meu coração, pensamentos e atitudes.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são inúmeros e direcionados aos agentes sem os quais esta dissertação não seria possível:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Aperfeiçoamento de Ensino Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro que viabilizou esse mestrado.

À Faculdade de Psicologia da PUCRS que com seu compromisso de qualificar profissionais de excelência tem permitido a construção de minha trajetória profissional.

À Prof. Dra. Margareth Oliveira, minha orientadora, pelas experiências, conhecimentos e desafios compartilhados.

À Clinionco instituição que muito me orgulho de fazer parte de sua equipe técnica.

Aos membros do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva (GAAPC) em especial, a equipe do Programa de Excelência em Oncogenética do qual tive a honra de ser integrante.

À minha família, pelo apoio incondicional e união cooperativa nas horas difíceis.

Aos amigos pela amizade.

Aos pacientes que fazem tudo isso ter sentido.

## RESUMO

Esta dissertação está constituída de dois estudos empíricos, o primeiro trata-se de uma caracterização de qualidade de vida (QV), fatores físicos e psicossociais em pacientes com Câncer de colón e reto (CCR). Já o segundo trata-se da identificação de fatores que podem prever QV nesta população. Os objetivos que nortearam esta dissertação foram de caracterizar os portadores desta neoplasia e identificar fatores que estão associados à QV em pacientes com CCR. Como método realizou-se uma avaliação longitudinal na linha de base e no *follow-up* com 51 pacientes eleitos por conveniência, sendo avaliados através de autorrelato para QV além de variáveis sócio demográficas e clínicas. Por outro lado, buscaram-se informações diagnósticas e terapêuticas nos prontuários médicos. Após, realizou-se análises estatísticas descritivas e inferenciais estabelecendo as devidas comparações e correlações. Os resultados identificaram um perfil característico com distribuição relativamente homogênea 51% são homens com idade média de 60,1 ( $\pm 9,1$ ) na linha de base, como aspectos psicossociais em geral apresentaram QV superior a outros estudos com a mesma população, além de uma melhora significativa com o passar do tempo de todas as subescalas de desempenho e sintomas. Também evidenciado que os aspectos físicos influenciam na QV. Concernente aos fatores preditores, neste estudo, não se evidenciou relações entre sexo e QV, a exceção da avaliação inicial durante a quimioterapia que indica relação entre ser homem e ter mais diarreia. Outro dado relevante é em relação à escolaridade, onde ter nível superior indica maior prejuízo no apetite segundo achados na linha de base. A presença de dor no *follow-up* pode ser correlacionada com o fato de morar sozinho. Quando considerados os protocolos de tratamento, Folfiri + Bevacizumbe demonstraram estar relacionados à pior QV. Além disso, se evidenciou uma tendência da dor como preditora de pobre QV. A relação entre auto relato de QV entre os indivíduos que foram a óbito e os sobreviventes apresentaram relação mínima indicando que são independentes. No que diz respeito da presença do gene K-RAS a única relação foi este estar relacionado à perda de apetite. Por fim, os sintomas de ansiedade e depressivos demonstraram ser importantes fatores associados à QV global e subescalas no *follow-up*. Como principal conclusão dos achados deste estudo está à necessidade de cuidado multiprofissional que contemple demandas específicas a este diagnóstico.

**Palavras-Chaves:** Qualidade de Vida, Neoplasias Colorretais, Quimioterapia

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psicologia

**Sub-área conforme classificação CNPq:** 7.07.10.00 -7 Tratamento e Prevenção Psicológica

## ABSTRACT

This Master's research is composed of two empirical papers, the first one is a characterization of quality of life (QoL), physical and psychosocial factors in patients with Colorectal cancer (CRC). The second reference is to the identification of factors that can predict QoL in this population. The objectives that guided this thesis were to characterize patients with this cancer and to identify factors that predict QoL in patients with CRC . As a method carried out a longitudinal evaluation at baseline and at follow -up 51 patients elected for convenience and were assessed through self-report to QoL in addition to social demographic and clinical variables. On the other hand, if sought - diagnostic and therapeutic information in the medical records. After, there was descriptive and inferential statistics analysis establishing the necessary comparisons and correlations. The results identified a characteristic profile with relatively homogeneous distribution 51 % men with the middle age of 60.1 (  $\pm 9,1$ ) at baseline , as psychosocial aspects in general had higher QoL with other studies on the same population , and a significant improvement over time of all the subscales of performance and symptoms. Also shown that the physical aspects influence QoL. Concerning the predictors in this study there was no evidence links between gender and QoL, except for the initial assessment during chemotherapy indicating relationship between a man predicts to have more diarrhea. Another relevant fact is the relationship schooling, which have higher level indicates greater loss in appetite seconds findings at baseline. The presence of pain at follow -up can be correlated with the fact living alone. When considering the treatment protocols, FOLFIRI and Bevacizumab shown to be related to worse QoL. Also, if the trend showed a pain as a predictor of poor QoL. The relationship between self QoL l reporting among individuals who died and the survivors had minimum ratio indicating that they are independent. Regarding the presence of the mutated K-RAS gene the unique relationship was related with appetite loss. Finally, the symptoms of anxiety and depression were important predictors global QoL subscales and at follow-up. The main conclusion of the study findings is the need for multidisciplinary care that addresses the specific demands on this diagnosis.

**Key-words:** Quality of Life, Colorectal Neoplasia, Chemotherapy

**Área conforme classificação CNPq:** 7.07.00.00-1 - Psychology

**Sub-área conforme classificação CNPq:** Psychological Treatment and Prevention



## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA .....	4
AGRADECIMENTOS .....	5
RESUMO .....	6
ABSTRACT .....	7
SUMÁRIO .....	8
RELAÇÃO DE TABELAS.....	9
1. APRESENTAÇÃO .....	10
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.2 MÉTODOS.....	19
2. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	32
2.1 SEÇÃO I.....	33
2.2 SEÇÃO II.....	57
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
4. ANEXOS .....	82

**RELAÇÃO DE TABELAS**

## APRESENTAÇÃO

Tabela 1.....	22
---------------	----

## SEÇÃO I

Tabela 1.....	38
---------------	----

Tabela 2.....	42
---------------	----

Tabela 3.....	45
---------------	----

Tabela 4.....	46
---------------	----

Tabela 5.....	49
---------------	----

## SEÇÃO II

Tabela 1.....	61
---------------	----

Tabela 2.....	70
---------------	----

Tabela 3.....	71
---------------	----

## 1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação surge de uma necessidade de aprofundamento da compreensão das características que interferem na Qualidade de Vida (QV) e no cuidado do paciente oncológico. A escolha pelo diagnóstico de câncer de colón e reto (CCR) se deu pelos escassos estudos sobre esta população motivados pelas peculiaridades clínicas comuns ao tratamento destes. O referido projeto se constituiu dentro do Programa de Excelência em Oncogenética (PRONEX) parceria de pesquisa interinstitucional, da qual a Clínica de Oncologia de Porto Alegre (Clinionco) se tornou partícipe. Além disso, este projeto trata-se de um braço do projeto intitulado: “Qualidade de Vida: a Construção de uma Rotina de Avaliação pela Equipe Multiprofissional em Pacientes Oncológicos”.

O Câncer é considerado um problema de saúde pública, figurando entre as principais causas de morte no mundo e a 3ª causa no Brasil. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2015 estão previstos um total de 579.000 novos casos. Considerando, exclusivamente câncer de colón e reto (CCR) estão sendo esperados aproximadamente 33.000 novos casos. Concernente ao estado do Rio Grande do Sul (RS) há uma estimativa por 100.000 habitantes de 23,04 homens e 25,38 mulheres (INCA,2014).

As taxas de mortalidade de Câncer de colón e reto em 100.000 habitantes encontrada no período de 2010 a 2011 foram de: 9,05 e 7,11 no Brasil; 10,60 e 8,16 no mundo e 12,40 e 12,49 no RS (homens e mulheres respectivamente) (INCA, 2013).

O CCR apresenta como características uma terapêutica que pode contemplar intervenção cirúrgica, quimioterapia (QT), radioterapia (RDT) e em alguns casos o uso de anticorpos monoclonais (concomitante a QT), estes tratamentos podem ocorrer de forma separada, conjunta ou continuada (SBOC,2011).

Nesse contexto a Qualidade de Vida (QV) se destaca como sendo um importante desfecho a ser considerado no tratamento oncológico. A qual se inicia no diagnóstico e estende-se até os desdobramentos clínicos que podem ocorrer seja sobrevida, óbito ou cura (Yost, Hahn, Zaslavsky, Ayanian & West, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a QV com a assimilação do sujeito acerca de sua localização na vida, considerando o âmbito sociocultural e relacional e as inter-relações, com expectativas e padrões. Em função da amplitude conceitual pode envolver tanto saúde física, como psicológica, além de independência, relações sociais e também relações com o ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

A QV é uma definição com fundamentos multidimensionais especialmente importantes. Quando tratamos pacientes com câncer avançado esta se torna objetivo do tratamento, tanto sua manutenção, quanto sua melhoria. Fatores como QT, RDT e bem estar espiritual são potenciais interferidores que devem ser considerados quando a intenção são cuidados paliativos mais efetivos (Wong et al, 2013).

A QV se apresenta com um indicador de mortalidade e sobrevida, bem como indicador de melhoria em determinadas funções da vida do paciente, além de possibilitar a determinação de eficácia de tratamentos. (Efficace, Bottomley, Vandvoorden, & Blazeby, 2004; Meeske et al, 2007; Chou, Stewart, Wild, & Bloom, 2012).

Estudo transversal com pacientes com câncer de mama que investigava a QV e o impacto de variáveis demográficas e clínicas identificou que os sintomas depressivos estão relacionados com impactos em todos os domínios da QV (Rabin, Heldt, Hirakata, & Fleck, 2008).

A identificação de quais domínios de QV são afetados nos pacientes com CCR evidenciou-se que os escores de QV são em geral satisfatórios. Havendo indicativos de

interferências importantes em: desempenho emocional, sintomas de dor, insônia, fadiga e dificuldades financeiras; Também um desempenho inferior do gênero feminino onde alcançaram escores mais baixos de desempenho cognitivo, emocional e em sintomas tais como: dor, insônia e fadiga, constipação e perda de apetite; Exceção importante também dos pacientes em cuidados paliativos cuja condição apresenta impacto negativo na QV. Destaque ainda para os pacientes em RDT que apresentaram escores maiores de dor; Por fim, os assintomáticos foram os que obtiveram melhores escores de QV global. (Nicolussi, & Sawada 2009; Färkkilä et al, 2013).

Na Malásia, país como níveis de desenvolvimento socioeconômico semelhantes aos brasileiros, foi realizado estudo com pacientes em estadios III e IV de CCR o qual se propunha avaliar a QV através do instrumento C-30 da *European Organization for Treatment of Cancer Research* (EORTC) identificou que o desempenho emocional, cognitivo e social se deteriora com a progressão da doença. Além disso, os pacientes com doença avançada apresentam mais dor, dispnéia, diarreia, e dificuldades financeiras (Wan Puteh et al,2013).

Estes achados são semelhantes aos encontrados em estudo chinês, ainda que seja com distinto instrumento de mensuração de QV. Diferencia-se, porém na população chinesa, a identificação de que os pacientes com CCR apresentavam melhor desempenho no domínio mental que o valor estabelecido para a população geral chinesa (Wong, Lam, Wan, & Rowen, 2013).

Outro estudo sobre esta mesma população clínica evidenciou que a QV na Malásia está comparada a países desenvolvidos e destacou uma diferença de gênero, onde o sexo feminino apresenta piores escores de dor, fadiga e dispneia (Natrah, Ezat, Syed, Rizali, & Saperi, 2012).

A QV em pacientes com CCR está relacionada com *distress* independente dos parâmetros da doença. Podemos considerar também que fatores de personalidade estejam

associados com a QV de forma independente à gravidade da doença e ao *distress* (Paika et al, 2010).

O baixo nível socioeconômico está associado com a possibilidade de saúde mental positiva e/ ou negativa em sobreviventes de CCR, isso refuta a tese inicial de impacto exclusivamente negativo na saúde mental, quanto melhores as condições socioeconômicas, mais comprometida fica a saúde mental dos pacientes (Andrykowski et al, 2013).

Considerando particularidades diagnósticas, é possível que a intervenção cirúrgica resulte como consequência pós-operatória no uso temporário ou definitivo de ostomia a qual pode ser descrita como sendo uma abertura cirúrgica externa onde é colocada uma bolsa para acúmulo de material fecal. Esta possibilidade causa impactos importantes na QV dos sujeitos em que se torna uma realidade (Solomon et al, 2003).

No entanto, pacientes com diagnóstico de CCR, os quais que apresentam ostomia e foram avaliados quanto a prejuízos na QV considerando a variável ostomia, evidenciou-se que há menor desempenho em todos os domínios de QV quando comparado ao grupo de paciente sem ostomia, porém sem diferença significativa estatisticamente (Michelone & Santos, 2004).

Entre os para efeitos mais comuns à QT utilizada em pacientes com CCR está à neuropatia periférica, esta resultado do uso da Oxaliplatina, quimioterápico rotineiro no tratamento do CCR. Escores de QV são mais baixos em pacientes com neuropatia. Existe ainda uma correlação entre presença de sintomas depressivos e neuropatia periférica mais grave, bem como interferência nas atividades ocupacionais. Além disso, distúrbios do sono e insônia severa estão associados com neuropatia periférica grave. (Toftthagen, Donovan, Morgan, Shibata, & Yeh, 2013; Vicenzi et al, 2013).

Exclusivamente com os portadores de câncer retal há possíveis complicadores pós-cirúrgicos que interferem diretamente na QV tais como: incontinência fecal, necessidade de

uso de utensílios de proteção, incapacidade de controlar a saída de gases, necessidade de modificação de dieta e problemas eréteis. Além disto, em pacientes que fazem radioterapia pré-operatória há uma chance aumentada de problemas na defecação (Knowles et al, 2013).

Estudo realizado com sobreviventes com 832 pacientes com CCR e idade igual ou superior a 65 anos e com diagnóstico há mais de cinco anos evidenciou que atividades físicas estão relacionadas positivamente com saúde física e que atividades sociais apresentam uma provável relação positiva com saúde mental (Thraen-Borowski, Trentham-Dietz, Edwards, Koltyn, Colbert, 2013).

Estilos de Vida foram utilizados como indicadores de qualidade de vida entre sobreviventes com CCR avaliados com o C-30 da EORTC no Reino Unido e os achados sugerem que atividade física apresenta forte associação com QV funcional, os sujeitos que praticam atividades físicas apresentam menos sintomas de: fadiga, insônia e dor; O uso de frutas e verduras na dieta demonstrou estar associado fortemente com bons escores na QV global, física, papel funcional e função cognitiva; O estudo demonstrou uma alta proporção de sobreviventes com comportamentos de saúde inadequados e conseqüentemente pior QV (Grimett, Bridgewater, Steptoe, & Wardle, 2011).

Considerando QV e Satisfação com a Vida em sobreviventes com CCR há evidências que fatores como: menos otimismo, rede social fraca, avaliação cognitiva negativa, e menor idade estão relacionados com pior satisfação da vida; Já sobreviventes com menos de oito anos de escolaridade apresentaram maior satisfação com a vida. Houve semelhança quando se considerou QV, com exceção de nível educacional o qual não apresentou ser significativo como fator preditivo. Logo, apesar de semelhanças entre QV e satisfação com a vida estas apresentam diferenças, provavelmente em função da satisfação com a vida ser um fenômeno estável, e a qualidade de vida apresentar provável heterogeneidade o que deve ser considerada quando é estudada longitudinalmente (Dunn et al, 2013).

Estudo com sobreviventes sugere que necessidades de reabilitação não atendidas são bastante prevalente, sobretudo em pelo menos um domínio da QV e principalmente relacionadas a problemas físicos e emocionais. Houve diferenças médias significativas nos escores de QV entre aqueles com necessidades não satisfeitas, com maior prejuízo, do que aqueles sem necessidades a satisfazer (Hansen, Larsen, Rottmann, Bergholdt, & Sondergaard, 2013).

O medo de recorrência da doença pelos sobreviventes parece ser estável ao longo do tempo. No entanto, ser jovem, experienciar sintomas físicos, apresentar menor QV estão associados a um aumento do medo de recorrência. Em contrapartida, há uma consequência deste medo o qual pode resultar em comportamentos saudáveis, reações psicológicas e/ou déficits funcionais. Além disso, há evidências que os cuidadores podem apresentar mais medo de recorrência que os sobreviventes (Simard et al, 2013).

A análise de fatores preditores de mortalidade em dois anos através da QV em mulheres com câncer de mama utilizando como parâmetro as dimensões: social, psicoemocional e física. Identificou a condição social como a mais importante preditora. Após a análise da QV, houve sobrevida média de 23 meses, onde aquelas que tinham pior expectativa com relação ao futuro tiveram maior chance de morte do que aquelas que tinham melhor expectativa de futuro. Esse estudo reforça a importância de apoio social e cuidados dos aspectos psicológicos nesse contexto (De Aguiar, Bergmann, & Mattos, 2013).

A relação tomada de decisão, QV e as variáveis psicológicas foram investigadas prospectivamente em pacientes com câncer de mama e encontrou-se após um ano, uma relação entre mecanismos de defesa e tomada de decisão nos tratamentos como fatores preditores de QV (Hypantys et al, 2013).

Sobreviventes com CCR tem menor QV. Dentre os fatores preditores não passíveis de modificação estão: ser do gênero feminino, apresentar comorbidades, maior número de



metástases ao diagnóstico (fatores relacionados à pior QV); porém apresentam menor impacto. Concernente aos modificáveis, a maioria, constitui-se, sobretudo de sintomas como fadiga, anorexia, dispnéia e depressão. Além disso, as crenças acerca da doença são importantes. Em face dessas particularidades existem muitas possibilidades de intervir na QV em CCR (Gray et al, 2011).

O estado funcional do paciente com câncer, medido pela Escala *Performance Status* da *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) é amplamente utilizado na prática clínica. Há evidências de que o desempenho dos pacientes oncológicos seja um indicador prognóstico (Sorensen, Klee, Palshof, Hansen, 1993).

Na tentativa de tentar estabelecer uma relação entre obesidade e Índice de Massa Corporal (IMC) em sobreviventes de câncer de colón, verificou-se que a obesidade é independente e não serve para predizer prognóstico em sobreviventes, porém evidenciou diferenças relacionadas a essas variáveis e a questão de gênero. No entanto, sugere-se provável relação entre componentes biológicos da obesidade e resultados clínicos (Sinicrope, Foster, Sargent, O'Connell, & Rankin, 2010).

Ao avaliar a relação sofrimento psicológico e QV em Pacientes com CCR verificou-se que houve uma melhora da QV ao longo do tempo, porém identificou-se estabilidade das medidas de sofrimento psicológico cinco anos pós-diagnóstico. Evidenciaram-se condições de risco para pior QV e maior sofrimento psíquico, quais sejam: doença avançada, ostomia permanente, câncer retal, fadiga, fumo, rede social fraca, pouco otimismo, avaliação negativa da ameaça do câncer. Em contrapartida, ser mulher, ter um animal de estimação, ter um convênio de saúde, ter feito cirurgia e tratamento adjuvante, apresentaram papel protetor (Chambers et al, 2012).

Os tipos de tratamento comumente utilizados em pacientes com CCR estão relacionados a impactos como sintomas depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e

interferências na QV. Pacientes onde o tratamento foi exclusivamente cirúrgico apresentaram menores escores de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático quando comparados aqueles que fizeram cirurgia mais QT ou cirurgia mais RDT. Os sintomas depressivos e de ansiedade são preditores relevantes da QV em pacientes. Já sintomas pós-traumáticos predisseram sintomas de *distress* e dor (Graça Pereira, Figueiredo, & Fincham, 2012).

Considerando o estabelecimento de fatores preditores de QV em CCR: fadiga, dor, diarreia, dispnéia, insônia, anorexia, baixo bem estar psicológico, problemas sexuais e prejuízo em atividades ocupacionais, foi desenvolvido um estudo piloto com participação multiprofissional objetivando intervir nessas condições e os resultados indicaram a viabilidade e utilidade desta intervenção na QV e consequentemente na sobrevivência destes sujeitos (Gray et al, 2013).

O presente projeto estará inserido num estudo de seguimento do Projeto: “Qualidade de Vida: a construção de uma rotina de avaliação pela equipe multiprofissional em pacientes oncológicos” aprovado no Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento número: 2010/68.

Este estudo, coordenado pela Enf. Daiana Justo, constitui-se num estudo de avaliação da QV e foi aplicado em 197 pacientes com diversos diagnósticos oncológicos e em terapia antineoplásica na linha base, na ocasião foi utilizado o C-30 para avaliação da QV, além da EVA para mensuração da Dor, questionário sócio demográfico, ECOG, para avaliação da *performance status*. Os sobreviventes ainda em acompanhamento desde a linha de base foram reavaliados. Para tanto, foi utilizado os mesmos instrumentos de avaliação da linha de base, acrescidos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Considerado os diversos impactos biopsicossociais do diagnóstico e tratamento desta patologia, bem como sua prevalência, é que repousa a necessidade de estudos que caracterizem esta população de forma a se construir estratégias de cuidado mais efetivas.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

- Identificar fatores preditores de qualidade de vida em pacientes com Câncer de colón e reto.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar fatores em T1 que possam estar relacionados com qualidade de vida em T2 na população estudada.

- Descrever fatores preditores com a QV em T1 e T2 em pacientes com CCR.

- Verificar correlações entre QV em T1 e Sobrevida em T2.

- Estudar o valor preditivo dos fatores relacionados com QV em T1 e T2.

### **1.1.3 Hipóteses**

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

- Identificar fatores associados à qualidade de vida de pacientes com Câncer de colón e reto.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar fatores em T1 que possam estar relacionados com qualidade de vida em T2 na população estudada.

- Descrever fatores associados com a QV em T1 e T2 em pacientes com CCR.

- Verificar correlações entre QV em T1 e Sobrevida em T2.

- Estudar o valor associado aos fatores relacionados com QV em T1 e T2.

### 1.1.3 Hipóteses

- H1. Há fatores em T1 que são preditores de QV em T2.
- H0. Não há fatores em T1 que predizem QV em T2.
- H2. Existem fatores em T1 que estão relacionados com a QV em T2.
- H0. Não existem fatores no T1 que estejam relacionados com a Qv em T2.
- H3. Há correlação entre a QV observada em T1 e sobrevida em T2.
- H0. Não há correlação entre QV observada em T1 e sobrevida em T2.
- H4. Há valores nos escores obtidos pelos instrumentos de avaliação em T1 que são fatores preditivos relacionados com QV em T2.
- H0. Não há valores nos escores obtidos pelos instrumentos de avaliação em T1 que estejam relacionados com fatores preditivos relacionados com QV em T2.

## 1.2 Métodos

### 1.2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo observacional. Buscar-se-á identificar os fatores associados à QV em pacientes com CCR. As variáveis independentes foram diferenciadas enquanto associadas à variável dependente (QV) as variáveis independentes são dor, *performance status* da ECOG e dados sócio-demográficos.

Para avaliar os desfechos foram considerados os escores médios e o desvio-padrão das variáveis envolvidas, além disso, foram considerados os valores de referência estabelecidos pela EORTC considerando o diagnóstico de CCR.

### **1.2.2 Amostra**

A amostra foi de 51 participantes, eleitos por conveniência. Esse estudo se insere no *follow up* do estudo “Qualidade de Vida: a construção de uma rotina de avaliação pela equipe multiprofissional em pacientes oncológicos” no qual a amostra consistiu de 197 pacientes com variados diagnósticos. Para calcular o tamanho da amostra foi utilizado o programa de calculo amostral do Laboratório de Epidemiologia e Estatística da Universidade de São Paulo (LEE-USP) buscando a diferença entre as estimativas das médias das avaliações pré (T1) e pós (T2) sobre o escore de qualidade de vida QLQ. Considerou-se um desvio padrão de 10,0%; nível de significância de 51% ( $\alpha=0,05$ ); um poder de amostral de 80% ( $1-\beta$ ) para detectar uma diferença mínima de 7,8 na variação da escala funcional. O resultado do teste do tamanho mínimo da amostra foi de 19 indivíduos no acompanhamento.

### **1.2.3 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão compreendiam ter participado do estudo “Qualidade de Vida: A construção de uma rotina de avaliação pela equipe multiprofissional em pacientes oncológicos” e ainda ter diagnóstico de CCR.

### **1.2.4 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos os sujeitos que não estavam em condições de responder aos instrumentos em função de complicações clínicas as quais estivessem obstaculizando suas plenas capacidades cognitivas.

### **1.2.5 Instrumentos**

#### **1.2.5.1 Questionário de dados sócio-demográficos.**

O instrumento serve para traçar um perfil dos participantes. Neste questionário foram reunidos os dados como sexo, escolaridade, estado conjugal, data de nascimento, filhos, renda, endereço.

#### **1.2.5.2 Prontuário Médico.**

É onde estavam registradas todas as informações médicas que permitiram conhecer particularidades clínicas de cada paciente. Este foi utilizado para compor os dados clínicos do paciente, tais como: medicações em uso, condutas médicas e comorbidades clínicas.

#### **1.2.5.3 Questionário de Qualidade de Vida C-30 da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC)**

É uma escala que avalia QV em pacientes com câncer desenvolvida pela *EORTC*. Constitui-se por 30 itens subdivididos em subescalas de desempenho e de sintomas quais sejam: subescalas funcionais (as quais contemplam as dimensões: física, papel funcional, emocional, cognitiva e social) subescalas de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras) e uma de QV saúde global. As 28 primeiras estão dispostas em escalas do tipo *likert* de quatro pontos, onde Um= não e quatro= muito; As duas últimas são do tipo *likert* de sete pontos onde zero é péssimo e sete é ótimo. Foi adaptada e validada para a língua portuguesa do Brasil por Paiva e colaboradores. Evidencia adequada consistência interna com seus construtos apresentando alfa de Chronbach maior que 0,7 (com exceção das subescalas cognitiva=0,57; social= 0,69 e náusea e vômito 0,68). (Aaronson, Amhmedzai & Bergman, 1993; Fayer & Bottomley, 2002, Paiva et al,2014).

Os valores referência do QLQ C-30 contidos no manual de referência da EORTC apresentado por Scott e colaboradores em 2008, foi adotado como parâmetro, exclusivamente os escores correspondentes à população com CCR, os quais estão descritos na tabela abaixo:

Tabela I:

Valores de Referência para CCR do QLQ C-30 da EORTC

Subescala C-30	Média	Desvio Padrão
Status de saúde e QV global	60,7	23,4
Desempenho Físico	79,2	21,1
Desempenho Funcional	70,4	32,8
Desempenho Emocional	68,9	24,5
Desempenho Cognitivo	85,2	20,4
Desempenho Social	76,0	28,6
Fadiga	34,7	28,4
Náusea e Vômito	7,3	17,2
Dor	24	29,6
Dispneia	17,4	26,3
Insônia	30,5	32,6
Baixo Apetite	19,1	30,2
Constipação	15,8	27,9
Diarreia	16,6	27,6
Dificuldades Financeiras	13,6	26,3

<sup>a</sup> As subescalas de desempenho quanto maior o escore, melhor resultado

<sup>b</sup> As subescalas de sintoma quanto maior o escore, pior o resultado.

#### 1.2.5.4 Performance Status of Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG):

*Performance Status ECOG*, é uma escala de cinco pontos muito utilizada pela comunidade médica que tem uma pontuação que varia de 0 (totalmente ambulatorial, sem sintomas físicos); 1 ( Totalmente ambulatorial, mas com alguns sintomas); 2 (Exige < 50% do tempo acordado para descansar); 3 ( Exige>50% do tempo acordado para descansar ); 4 (Acamado). (Oken et al, 1982).

#### 1.2.5.5 Escala Visual Analógica de Dor- EVA.

Trata-se de uma escala visual analógica (EVA) a qual se constitui de uma linha de 10 cm onde a extrema esquerda está o zero (nenhuma dor) e a extrema direita o 10 (a pior dor que se poderia imaginar). O paciente é orientado a marcar onde estaria a dor que ele está sentindo no momento. A Eva é amplamente utilizada e considerada confiável para mensurar dor aguda e relacionada ao câncer (Bird & Dickson, 2001).

#### 1.2.5.6 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão- HADS.

Trata-se de uma escala que avalia sintomas depressivos e de ansiedade desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e posteriormente validada para o português do Brasil por Botega em 1995, onde apresentou consistência interna variando de 0,79 a 0,84. Constitui-se de 14 itens separados em sintomas depressivos de ansiedade tem como peculiaridade é que são considerados exclusivamente sintomas psíquicos como seus construtos. Ansiedade e depressão são consideradas em subescalas separadas  $\geq 8$  e pontuações clinicamente importantes de sintomas de ansiedade e depressão apresentam  $\geq 11$  e indicam níveis clinicamente importantes dos sintomas (Botega, Bio, Zomignani, & Pereira, 1995).

### **1.2.6 Procedimentos para Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu na Clínica de Oncologia de Porto Alegre (Clinionco) e se realizou de forma individual com o acompanhamento do pesquisador responsável pelo projeto. A coleta de dados na linha base deu-se no período entre julho de 2010 a setembro de 2011, já os dados do *follow-up* iniciaram sua coleta em outubro de 2013 estendendo-se até abril de 2014.

#### **1.2.6.1 Aspectos Éticos**

Este projeto foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento nº: 2010/068.

### **1.2.7 Análise dos Dados**

Os dados foram compilados e processados no programa estatístico SPSS 17, o nível de significância adotado foi de 5%. Foram realizadas análises descritivas para demonstração do perfil da amostra, porcentagens, frequências, médias, desvios-padrão. Para cada subescala da



QV buscou-se o cômputo do escore médio. Em relação à presença ou ausência de cada fator preditivo, ou seja, as variáveis independentes (dor, *performance status* da ECOG e dados sócio-demográficos). Na comparação das variáveis quantitativas entre dois grupos dependentes foi utilizado o *T de Student* ou de *Man Witney* (caso a variável não apresente assimetria na sua distribuição). Quando a comparação ocorreu entre três ou mais grupos independentes foi utilizada a análise de variância (*one way*) ou o teste de *Kruskal Wallis*. Para comparar as pontuações ou escores referentes à QV foram utilizados os testes *T de Student* ou então o teste de *Will Coxn* (para variáveis com distribuição assimétrica).

Em síntese, foi feita uma análise comparativa entre as QVs antes e depois, num segundo momento realizaram-se as análises de comparação das QVs em relação às demais variáveis do banco.

## REFERÊNCIAS

- Aaronson, N.K., Amhmedzai, S., Bergman, B. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ C-30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institut*, 85, pp. 365-376.
- Andrykowski, M.A, Aarts, M. J., Van de Poll-Franse, L. V, Mols, F., Slooter, G. D., & Thong, M. S. Y. (2013). Low socioeconomic status and mental health outcomes in colorectal cancer survivors: disadvantage? advantage? ... or both? *Psycho-oncology*. doi:10.1002/pon.3309
- Bird, S.B., & Dickson, E.W. (2001). Clinically significant changes in pain along the visual analog scale. *Annals Emergency Medicine* ; 38, pp. 639-43.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Jr, C. G., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD ) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, (0192), 355–363.
- Chambers, S. K., Meng, X., Youl, P., Aitken, J., Dunn, J., & Baade, P. (2012). A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21, 1551–1564. doi:10.1007/s11136-011-0067-5
- Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C., & Bloom, J. R. (2012). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21, pp. 125–133.
- De Aguiar, S. S., Bergmann, A., & Mattos, I. E. (2013). Quality of life as a predictor of overall survival after breast cancer treatment. *Quality of life research: an international*

*journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.*

doi:10.1007/s11136-013-0476-8

Dunn, J., Nig, S.K., Breibart, W., Aitken, J., Youl, P., Baade, P. D., & Chambers, S. K.

(2013). Health-related quality of life and life satisfaction in colorectal cancer survivors: trajectories of adjustment. *Health and quality of life outcomes*, pp.11- 46.

doi:10.1186/1477-7525-11-46

Efficace, F., Bottomley, A., Vandvoorden, V., & Blazeby J. (2004). Methodological issues in

assessing health-related quality of life of colorectal cancer patients in randomised controlled trials. *European Journal of Cancer*, 40(2), pp. 187–197.

doi:10.1016/j.ejca.2003.10.012

Fayer, P., & Bottomley, A. (2002). Quality of life research within the EORTC—The EORTC

QLQ-C30. *European Journal of Cancer*, 38, pp. 125–133.

Färkilä, N., Sintonen, H., Saarto, T., Järvinen, H., Hänninem, J., Taari, K., & Roine, R.P.

(2013). Health-related quality of life in colorectal cancer. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*,

15(5), pp. 215–22. doi:10.1111/codi.12143

Graça Pereira, M., Figueiredo, A.P., & Fincham, F. D. (2012). Anxiety, depression, traumatic

stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 16(3), pp. 227–232.

doi:10.1016/j.ejon.2011.06.006

Gray, N.M., Allan, J.L., Murchie, P., Browne, S., Hall, S., Hubbard, G., Campbell, N.C.

(2013). Developing a community-based intervention to improve quality of life in

- people with colorectal cancer: a complex intervention development study. *British Medical Journal*, 3(4). doi:10.1136/bmjopen-2013-002596
- Gray, N.M., Hall, S.J., Browne, S., Macleod, U., Mitchell, E., Lee, A.J., Campbell, N.C.(2011). Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *British journal of cancer*, 104(11), pp. 1697–703. doi:10.1038/bjc.2011.155
- Grimett, C., Bridgewater, J., Steptoe, A., & Wardle, J. (2011). Lifestyle and quality of life in colorectal cancer survivors. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20(8), pp. 1237–1245. doi:10.1007/s11136-011-9855-1
- Hansen, D.G., Larsen, P.V., Rottmann, N., Bergholdt, S.H., & Sondergaard, J. (2013). Association between unmet needs and quality of life of cancer patients: a population-based study. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 52(2), pp.391–399. doi:10.3109/0284186X.2012.742204
- Hyphantis, T., Almorudi, A., Paika, V., Degner, L.F., Carvalho, A.F., & Pavlidis, N. (2013). Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in non-metastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psycho-oncology*. doi:10.1002/pon.3308
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA (2014). Estimativa 2014 : incidência de câncer no Brasil. *Inca*. 118p.
- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA (2013). Atlas de Mortalidade por Câncer. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> acesso em 15/09/2013.

- Knowles, G., Haigh, R., Mclean, C., Phillips, H. A, Dunlop, M. G., & Din, F. V. N. (2013). Long term effect of surgery and radiotherapy for colorectal cancer on defecatory function and quality of life. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*. doi:10.1016/j.ejon.2013.01.010
- Meeske, K., Sith, A. W., Alfano, C. M., McGregor, B. A., Mctiernan, A., Baumgartner, K. B., et al. (2007). Fatigue in breast cancer survivors two to five years post diagnosis: A HEAL Study report. *Quality of Life Research*. doi:10.1007/s11136-007- 9215-3.
- Michelone, A.P. C., Santos, V. L. C. G. (2004). Qualidade de Vida de Adultos com Câncer Colorretal Com e Sem Ostomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), pp. 875–883.
- Natrah, M. S., Ezat, S. W. P., Syed, M. A, Rizali, A M. M., & Saperi, S. (2012). Quality of life in Malaysian colorectal cancer patients: a preliminary result. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 13(3), pp. 957–962. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22631679>
- Nicolussi, A. C., & Sawada, N. O. (2009). Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante . *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), pp. 155–161.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Torney, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone P.P.(1982) Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5, pp. 649-655,
- Paika, V., Almyroudi, A., Tomenson, B., Creed, F., Kampletsas, E. O., Siafaka, V.,Hyphantis, T. (2010). Personality variables are associated with colorectal cancer patients ' quality of life independent of psychological distress and disease severity, pp. 273–282. doi:10.1002/pon

- Paiva, C. E., Carneseca, E. C., Barroso, E. M., de Camargos, M. G., Alfano, A. C. C., Rugno, F. C., & Paiva, B. S. R. (2014). Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. *Supportive Care in Cancer*, 2151–2160. doi:10.1007/s00520-014-2206-3
- Rabin, E. G., Heldt, E., Hirakata, V. N., & Fleck, M. P. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 12(1), pp. 53–57. doi:10.1016/j.ejon.2007.06.003
- Scott N.W, Fayers P.M, Aaronson N.K, Bottomley A, Graeff A, Groenvold M, et al (2008). EORTC QLQ-C30 Reference Values. *EORTC Quality of Life Group*.
- Simard, S., Thewes, B., Humpris, S, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozankinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 7(3), pp. 300–322. doi:10.1007/s11764-013-0272-z
- Sinicrope, F. A, Foster, N. R., Sargent, D. J., O’Connell, M. J., & Rankin, C. (2010). Obesity is an independent prognostic variable in colon cancer survivors. *Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research*, 16(6), pp. 1884–1893. doi:10.1158/1078-0432.CCR-09-2636
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (2011) Manual de Condutas Clínicas. *Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.*, pp.203-223
- Solomon, M.B. ET AL (2003). What do Patients Want? Diseases of the Colon e Rectum, 46, pp. 1351-1357.

- Sorensen, J. B; Klee, M. Palshof, T. Hansen, H. H (1993). Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *British Journal of Cancer*, 67, pp. 773-775.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): position paper from The World Health Organization. *Social Science and Medicine*, V41, pp.1403-1409.
- Thraen-Borowski, K.M; Trentham-Dietz, A; Edwards, F.D; Koltyn, K.F; Colbert, L.H (2013). Dose–response relationships between physical activity, social participation, and health-related quality of life in colorectal cancer survivors. *Journal of cancer survivorship : research and practice*.7. pp. 369-378 doi:10.1007/s11764-013-0277-7
- Toftthagen, C., Donovan, K. A, Morgan, M. A., Shibata, D., & Yeh, Y. (2013). Oxaliplatin-induced peripheral neuropathy's effects on health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. doi:10.1007/s00520-013-1905-5
- Vincenzi, B., Frezza, A. M., Schiavon, G. Spoto, C., Silvestris, N., Addeo, R., Tonini, G. (2013). Identification of clinical predictive factors of oxaliplatin-induced chronic peripheral neuropathy in colorectal cancer patients treated with adjuvant Folfox IV. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(5), pp. 1313–1399. doi:10.1007/s00520-012-1667-5
- Zigmond AS, Snaith RP (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;67:361–370
- Wan Puteh, S. E., Saad, N. M., Aljunid, S. M., Abdul Manaf, M. R., Sulong, S., Sagap, I., ... Muhammad Annuar, M. A. (2013). Quality of life in Malaysian colorectal cancer

patients. *Asia-Pacific Psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5 Suppl 1, 110–7. doi:10.1111/appy.12055

- Wong, E., Chow, E., Zhang, L., Bedard, G., Lam, K., Fairchild, A., Bottomley, A. (2013). Factors influencing health related quality of life in cancer patients with bone metastases. *Journal of palliative medicine*, 16(8), pp. 915–921. doi:10.1089/jpm.2012.0623
- Wong, C. K. H., Lam, C. L. K., Wan, Y. F., & Rowen, D. (2013). Predicting SF-6D from the European Organization for Treatment and Research of Cancer Quality of Life Questionnaire scores in patients with colorectal cancer. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(2), pp. 373–384. doi:10.1016/j.jval.2012.12.004
- Yost, K. J., Hahn, E. a, Zaslavsky, A. M., Ayanian, J. Z., & West, D. W. (2008). Predictors of health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 66. doi:10.1186/1477-7525-6-66



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QV dos pacientes com CCR estudados mostrou-se satisfatória e acima do estabelecido para esta população (Scott et al, 2008). Nossos objetivos de alguma maneira foram respondidos integral ou parcialmente.

Verificou-se que há um incremento da QV com o passar do tempo em todas as dimensões que compõem o instrumento QLQ C-30. Porém a caracterização dos pacientes nos permitiu entender que os aspectos físicos influenciam a QV de forma determinante. Assim sendo pacientes com maus escores devem ser prioritariamente quanto aos seus aspectos físicos, já os aspectos psicossociais, parecem exercer papel modesto na verdadeira equação que é a QV. Relacionado à identificação dos preditores, evidenciou-se uma relação entre ser homem e ter diarreia, além de uma possível relação entre possuir nível superior e falta de apetite. A dor se consolidou como importante preditora de má qualidade de vida e no *follow-up* pode estar correlacionada com o fato de morar sozinho. Ainda identificamos que o uso de FOLFIRI com Bevacizumabe, entre os regimes de tratamento utilizados pela, é o que mais prediz pior QV. A relação entre autorrelato de QV entre os indivíduos que foram a óbito e os sobreviventes apresentaram relação mínima indicando que são independentes. Já pensando no impacto do gene K-RAS, este parece predizer mais perda de apetite e nada mais. Por fim, o identificar que sintomas depressivos e de ansiedade predizem QV e suas subescalas no *follow-up*.

Estes achados nos permitem dar algumas respostas as nossas hipóteses inicialmente levantadas. Assim sendo, há preditores que podem interferir na QV tanto de forma transversal, quanto longitudinal. Nesse contexto, existem correlações que se estabelecem resultando de forma direta ou indireta na sobrevida do paciente. A atenção oncológica precisa adequar-se as necessidades dos pacientes, tornando-se importante nesse contexto, o olhar para os diversos construtos que resultam na QV.

Como limitações principais do estudo, tivemos o tamanho amostral, o qual se reduziu ao longo do tempo devido à mortalidade da população, comprometendo assim o uso e o poder explicativo de algumas análises estatísticas. Além disso, o não uso na linha de base da Escala Hospitalar de depressão e Ansiedade impediu que se pudessem avaliar adequadamente sintomas depressivos e de ansiedade longitudinalmente.

Como a QV caracterizam-se por construtos multidimensionais os quais utilizam a subjetividade dos pacientes como mecanismo de mensuração, novos estudos devem ser feitos buscando identificar o papel das heurísticas e demais processos cognitivos os quais interferem e resultam na percepção e julgamento da QV.