



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

JÁRISON LOPES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
GERIÁTRICOS ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

JÁRISON LOPES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
GERIÁTRICOS ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Cecilma Miranda de Sousa Teixeira

Co-orientadora: Prof. Esp. Raquel Loiola Gomes Moreira

**IMPERATRIZ, MARANHÃO
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a). Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Járison Lopes da.

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Geriátricos
Oncológicos em Cuidados Paliativos / Járison Lopes da Silva. - 2021.
17 f.

Coorientador(a): Raquel Loiola Gomes Moreira. Orientador(a):
Cecilma Miranda de Sousa Teixeira. Curso de Medicina,
Universidade Federal do Maranhão,
Universidade Federal do Maranhão, 2021.

1. Geriatria. 2. Medicina paliativa. 3. Oncologia.
4. Qualidade de vida relacionada à saúde. I. Moreira,
Raquel Loiola Gomes. II. Teixeira, Cecilma Miranda de
Sousa. III. Título.

JÁRISON LOPES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES
GERIÁTRICOS ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof(a) Dra. Cecilma Miranda de Sousa Teixeira
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Co-orientadora: Prof. Esp. Raquel Loiola Gomes Moreira
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado ()

Reprovado ()

Banca examinadora:

Prof. Dra. Cecilma Miranda de Sousa Teixeira
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Prof. Esp. Melissa Marra Cesario
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Prof. Me. Marlon Lemos de Araújo
Faculdade Laboro

Imperatriz-MA, 14 de Dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Francisco e Iva, à minha querida irmã, Janaína Aliny, à minha namorada e companheira, Keily Daiane, à minha orientadora, Cecilma Miranda, à minha co-orientadora, Raquel Loiola, aos meus amigos e colegas de curso, João Pedro, Rodrigo, Felipe, Francisco, Lise e Heitor. Sem vocês o meu caminho não teria tido luz.

Ao Criador de todas as coisas, meu Salvador Yaohushua, a quem devo toda honra e toda glória. Além de toda sabedoria e agradecimento por estar no curso que representa o sentimento mais puro: a dedicação à VIDA do próximo.

Aos incrédulos do meu trabalho e do meu sacrifício, por fim. Sem vocês eu não teria o mesmo empenho todos os dias.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO.....	7
RESUMO	8
INTRODUÇÃO	9
MÉTODOS	12
RESULTADOS.....	15
DISCUSSÃO.....	20
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	28

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Título

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Geriátricos Oncológicos em Cuidados Paliativos

Autores

Járison Lopes da Silva¹, Cecilma Miranda de Sousa Teixeira² e Raquel Loiola Gomes Moreira²

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Maranhão¹, Campus Imperatriz/CCSST

² Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz/CCSST

Status

Submetido

Revista

Cadernos de Saúde Pública

Fator de impacto:

Qualis B2

RESUMO

O objetivo primário deste estudo foi analisar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de idosos oncológicos em tratamento com proposta paliativa. Além disso, buscou-se conhecer os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes e investigar os aspectos afetados da QVRS pela assistência. É um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa realizado em Imperatriz, Estado do Maranhão, Brasil. Foram feitas análise de prontuários e aplicação dos questionários EORTC QLQ C30 e o Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica. O Microsoft Excel 2016 e o SPSS foram utilizados para tabulação e análise dos dados. Realizaram-se os testes Kolmogorov-Smirnov, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. O nível de confiança foi de 95% e significância de 5%. O estudo revelou que 54% dos pacientes eram homens e 62,1% tinham Ensino Fundamental incompleto. 64,4% foram diagnosticados há mais de 12 meses. Os sítios primários mais frequentes foram próstata (20,7%), pulmão (18,4%), mama (9,2%) e cólon (8%). A maioria apresentava metástases em ossos (23,8%), pulmão (22,8%) e fígado (20,8%). 35,6% submeteram-se à ressecção parcial de órgão e 65,5% não realizaram radioterapia, enquanto 87,4% realizaram quimioterapia. A partir da pontuação média das escalas ESG e QV, os pacientes consideraram sua QVRS como boa. Obtiveram-se as médias: Escalas Física (47,4), Desempenho de Papel (49,6), Cognitiva (71,3), Social (75,9) e Emocional (66,8). Os principais sintomas foram insônia (48,3), dor (47,3), fadiga (43,4) e perda de apetite (42,5). A análise dos dados permitiu responder aos objetivos da pesquisa à medida que proporcionou refletir sobre o contexto de saúde no qual a amostra estava inserida. Logo, o estudo contribuirá cientificamente para ampliação do tema, mediante o cumprimento do seu papel de levar à reflexão e de servir como objeto de referência.

Qualidade de vida relacionada à saúde; Medicina paliativa; Oncologia; Geriatria

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) tem sido constante objeto de pesquisas, destacando-se sua abrangência nos ensaios clínicos, estudos transversais e longitudinais, relacionados às doenças crônicas, como o câncer ¹. Para a OMS, a QV parte de uma dimensão própria, sendo conceituada como a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto da sua vida, refletindo no seu bem-estar ^{1, 2}.

Portanto, entendida como um constructo multidimensional e avaliada por instrumentos específicos, a QV torna-se um elemento fundamental para mensurar o impacto total da doença ou do tratamento sobre o paciente ³. Em razão da estreita correlação entre QV e saúde, estudiosos apontam para a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) como uma terminologia mais recente que tem se dedicado à investigação da condição de saúde sobre a vida do indivíduo, com base na sua avaliação subjetiva ⁴. Logo, pela variedade de instrumentos e subjetividade associadas, quantificar a QVRS é uma questão desafiadora ⁴.

Alguns fatores são determinantes da QVRS em pacientes oncológicos. Em estudo envolvendo pacientes com câncer colorretal, por exemplo, características sociodemográficas, como gênero, educação e estado civil não influenciaram a QVRS, diferentemente da renda e da presença de duas ou mais comorbidades que se correlacionaram com pior estado físico, social e emocional ^{4, 5}. Ressalta-se que o conhecimento prévio desses determinantes poderia ser usado para ajudar pacientes na melhora da sua QVRS, uma vez que alguns são variáveis potencialmente modificáveis ⁴.

Considerado uma comorbidade, o câncer é uma das principais causas de morte prematura no mundo, ou seja, antes dos 70 anos, representando um crescente problema de saúde pública ⁶. Algumas condições como maior expectativa de vida, envelhecimento populacional e presença de fatores de risco contribuem incessantemente para o aumento tanto na incidência quanto na mortalidade por esta patologia ⁶. No mundo, estimativas GLOBOCAN, para 2020, apontam que ocorreram 19,3 milhões de casos novos e 10 milhões de óbitos por câncer ⁷. No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam para a ocorrência de 450 mil novos casos, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, para o triênio 2020-2022 ⁶.

Ao assumir a forma avançada, as repercussões do câncer se ampliam, ocasionando impactos psicológicos, sociais e econômicos dentre outros, e, como consequência, piora da QV⁴. Desta forma, os sintomas se exacerbam, e os mais comuns são dor, náuseas,

vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade e constipação, relacionados à invasão tumoral ou aos efeitos adversos do tratamento e, com o avanço da doença, a terapêutica passa da perspectiva curativa para também a paliativa, porém não sendo excludentes ^{7,8}.

Com isto, os cuidados paliativos (CP) consistem em uma abordagem por uma equipe multidisciplinar que visa melhorar a QV dos pacientes e dos seus familiares, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e do tratamento da dor e de problemas psíquicos, sociais, familiares e espirituais ⁹. Entretanto, este conceito não deve ser entendido apenas no contexto de doenças incuráveis, como o câncer avançado, mas para qualquer doença que ameace a vida, cuja evolução tem foco no sofrimento, independente do prognóstico ⁹. No Brasil, porém, o cenário dos CP é muito inferior ao dos países desenvolvidos ⁹.

Nesse aspecto, a *Worldwide Palliative Care Alliance*, em parceria com a OMS, lançou, em 2014, o primeiro Atlas Global dos CP, dividindo os países nas categorias 1, 2, 3a, 3b, 4a e 4b, de acordo com seu nível de desenvolvimento na assistência paliativa ¹⁰. Na época, o Brasil foi classificado na categoria 3a, significando que os CP eram oferecidos de maneira isolada, o que configurava um desempenho irregular; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da sua população ¹⁰.

No entanto, houve avanço na área, e agora o País está categorizado como 3b, conforme o Atlas de 2020 ¹¹. Neste patamar, a assistência paliativa brasileira é generalizada, há fontes de financiamento próprias, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda sem a integração encontrada nas categorias 4a e 4b, de países como Japão, EUA e Argentina ¹². No total, o Brasil conta com 190 serviços, um avanço de 8%, em relação aos 177 locais de assistência, registrados em 2018 ^{10,11}. Contudo, estes serviços por região ainda são discrepantes, sendo 26 na região Nordeste, com 15,20% do total de leitos, e, destes, 10 leitos estão no Estado do Maranhão, concentrados na sua capital São Luís ¹¹.

Diante deste cenário, surgiu o seguinte questionamento “Em quais aspectos a QVRS de pacientes geriátricos oncológicos é afetada pela assistência paliativa prestada?” E, com todo esse contexto de estudos sobre a QVRS na população idosa com câncer se justifica a pesquisa, que teve por objetivo analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes geriátricos oncológicos em estágio IV, sem possibilidade de cura e que realizavam alguma modalidade de tratamento com intuito paliativo. Além disso, buscou-se conhecer o perfil

sociodemográfico e clínico dos participantes e investigar em quais aspectos a sua QVRS é afetada pela assistência paliativa prestada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em duas etapas. Na primeira, fez-se a análise de prontuários com coleta de dados dos pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão. A segunda etapa consistiu em entrevista, realizada de forma presencial, dos pacientes internados na enfermaria ou que estavam no setor de administração da quimioterapia, através da aplicação de dois questionários, um para obtenção de dados sociodemográficos, o outro sobre a QVRS. O primeiro contato foi para informação sobre o propósito do estudo e obtenção do consentimento de participação de cada participante. Considerando a condição de pandemia, optou-se pela definição da amostragem não probabilística, e os dados foram coletados no período de outubro de 2020 a março de 2021.

No mês de setembro de 2020, fez-se um levantamento dos prontuários eletrônicos do setor de oncologia, para conhecer o número total de pacientes em tratamento atual para o câncer, obtendo-se 460 prontuários. Em seguida, considerou-se o primeiro critério de inclusão (60 anos ou mais de idade), e obtiveram-se 261 prontuários, considerados a população do estudo, e destes, no primeiro momento de análise, foram excluídos 149, por não atenderem parte dos critérios. Assim, dos 112 prontuários restantes, em novo recorte após a análise do estágio do câncer, foi obtida a amostra final de 87 prontuários, cujos pacientes tinham 60 anos ou mais, com câncer em estágio IV, sem possibilidade de cura e em tratamento com proposta paliativa na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital São Rafael, localizado na cidade de Imperatriz, Estado do Maranhão, Brasil. Entendeu-se por “proposta paliativa” informações clínicas presentes nos prontuários, como “Estádio IV”, “Radioterapia paliativa”, “Quimioterapia paliativa”, “Cuidados paliativos exclusivos” e “Tumor irressecável”.

Para avaliação da QVRS foi aplicada a versão 3.0 do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)*, um questionário genérico desenvolvido pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer e validado no Brasil, com tradução e adaptação transcultural para o português, por AARONSON *et al.* (1993), composto por 30 itens sobre o estado de saúde do indivíduo com câncer na última semana ¹. O questionário inclui quatro escalas, sendo Escalas funcionais (Física, Cognitiva, Social, Emocional e Desempenho de papel), Estado de Saúde Global/Escala de QV (ESG/QV) e Escala de sintomas (Fadiga, Dor,

Náusea/vômito, Dispneia, Perda de apetite, Insônia, Constipação, Diarreia e Dificuldade financeira). Quanto maior a pontuação obtida nas três primeiras escalas, melhor é a QVRS. Por outro lado, níveis altos de escores na Escala de sintomas e Dificuldade financeira refletem uma pior QVRS.

Para as respostas, são utilizadas as escalas do tipo Likert de 4 pontos para todas as questões, com exceção das questões sobre ESG/QV que utilizam a escala do tipo Likert de 7 pontos. Seguindo a orientação do manual do EORTC QLQ-C30, primeiro estimou-se a média das pontuações das questões de cada uma das escalas (RS “*Raw Score*”) ¹⁰. Em seguida, obteve-se separadamente os valores dos escores para cada uma das escalas, com variação de 0 a 100 pontos, em que 0 é a pior QVRS e 100, a melhor, a partir das seguintes fórmulas:

$$\text{Escalas funcionais: } S = \{1 - (\text{RS} - 1)/\text{range}\} \times 100$$

$$\text{Escala de sintomas: } S = \{(\text{RS} - 1)/\text{range}\} \times 100$$

$$\text{Estado de saúde global/QV: } S = \{(\text{RS} - 1)/\text{range}\} \times 100$$

**Range* é a diferença entre o máximo e o mínimo valor possível do RS, já previsto no manual como 3 para as Escalas Funcional e de Sintomas e 6 para o Estado de saúde global/QV.

O segundo questionário, por sua vez, consistiu em um Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, validado no Brasil ¹³. As variáveis sociodemográficas analisadas foram sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, grau de escolaridade, religião, situação ocupacional e renda familiar, enquanto que as variáveis clínicas foram tipo e localização do câncer, estágio, metástase e sítios metastáticos, comorbidades, tempo de hospitalização, tipo de cirurgia e se foram realizadas radioterapia e/ou quimioterapia.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel. Foram feitas análise descritiva e inferência destes pelo *software* SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* - versão 20. Para verificar a aderência à normalidade dos dados, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov. Já para a comparação dos escores médios do instrumento EORTC QLQ-C30, empregaram-se os testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Enquanto que a verificação da associação entre as variáveis foi feita a partir do Teste Qui-quadrado e o nível de confiança adotado foi de 95% e significância de 5%, ou seja $p < 0.05$.

A realização desta pesquisa se pautou no cumprimento dos preceitos éticos contidos na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa sob protocolo CAAE 27113419.9.0000.5087. Para contato com os pacientes e funcionários, seguiram-se todos os protocolos sanitários instituídos pelo hospital, onde a pesquisa foi realizada, em observância às normas sanitárias da pandemia pela Covid-19.

RESULTADOS

Analisaram-se 261 prontuários, dos quais 112 foram considerados elegíveis e 149 não atenderam aos critérios do estudo. Para manter a confiabilidade da pesquisa, foram incluídos 87 pacientes na amostra final. Destes, 54% eram do sexo masculino e a maioria dos entrevistados, 69%, residia em outro município maranhense que não Imperatriz. Quanto ao estado civil, 52,9% eram casados, enquanto 21,8% diziam ser viúvos. Sobre a escolaridade, a maior parte dos pacientes (62,1%) tinha Ensino Fundamental incompleto. Todos os pacientes afirmaram ter alguma religião, sendo em sua maioria cristã, católicos e evangélicos (59,8% e 37,9%, respectivamente). Na tabela 1, outras características sociodemográficas são apresentadas.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas de pacientes geriátricos oncológicos em cuidados paliativos. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2021. (n=87)

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	40	46,0
	Masculino	47	54,0
Faixa Etária	De 60 a 69 anos	53	61
	De 70 a 79 anos	21	24,1
	80 anos ou mais	13	14,9
Cor	Amarela	9	10,3
	Branca	16	18,4
	Indígena	1	1,1
	Parda	55	63,2
	Preta	6	6,9
Estado civil	Casado (a)	46	52,9
	Divorciado (a)	5	5,7
	Separado (a)	5	5,7
	Solteiro (a)	8	9,2
	União Consensual	4	4,6
	Viúvo (a)	19	21,8
Grau de escolaridade	EF completo	5	5,7
	EF incompleto	54	62,1
	EM completo	7	8,0
	EM incompleto	2	2,3
	ES completo	1	1,1
	Não escolarizado	18	20,7
Religião	Católica	52	59,8
	Evangélica	33	37,9

	Outra	2	2,3
Situação ocupacional atual	Aposentado	62	71,3
	Dependente	16	18,4
	Empregado	5	5,7
	Pensionista	4	4,6
Renda familiar	Menos de 01 salário-mínimo**	2	2,3
	01 a 03 salários-mínimos	83	95,4
	04 e 05 salários-mínimos	2	2,3
Sua situação financeira é considerada	Boa	26	29,9
	Muito boa	2	2,3
	Regular	54	62,1
	Ruim	5	5,7
Procedência	Imperatriz	27	31,0
	Outro	60	69,0

*Idade média de 69,6 anos \pm 8,3 (desvio padrão).

** Salário-mínimo considerado à época do estudo: R\$ 1.045,00.

Com relação às características clínicas e de tratamento (tabela 2), 67,8% dos pacientes não se encontravam internados. Sobre o tempo de diagnóstico, 56 entrevistados (64,4%) tinham sido informados pelo médico sobre a presença do tumor ou já o tratavam há mais de 12 meses. Os sítios primários dos tumores mais frequentes foram próstata (20,7%), pulmão (18,4%), mama (9,2%) e cólon (8%). Com respeito à disseminação do câncer, 81,6% apresentavam metástases confirmadas por exame de imagem, com maior frequência em ossos (23,8%), pulmão (22,8%) e fígado (20,8%).

Em relação à cirurgia relacionada ao tumor, 35,6% foram submetidos à ressecção parcial de órgão. Constatou-se, ainda, que 65,5% dos pacientes não realizaram nenhuma sessão de radioterapia (RT). Por outro lado, 87,4% estavam realizando ou já haviam realizado quimioterapia (QT) e 21,8% realizaram as duas modalidades de tratamento. Sobre a presença de comorbidades concomitantes ao câncer, em frequência, 35,8% referiram ser portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, 16,7% relataram apresentar Diabetes *mellitus*, 5,0% afirmaram ser cardiopatas, enquanto 23,3% não apresentavam nenhuma outra patologia, além do câncer.

Tabela 2. Distribuição das características clínicas e de tratamento dos pacientes geriátricos oncológicos em cuidados paliativos. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2021. (n=87)

Variável	Categoria	n	%
Metástase	Sim	71	81,6

	Não	16	18,4
	Mais de uma semana	8	9,2
Tempo de Internação	Menos de uma semana	20	23,0
	Não internou	59	67,8
Tempo de Diagnóstico	Menos de 06 meses	11	12,6
	Entre 06 a 12 meses	20	23,0
	Mais de 12 meses	56	64,4
Tipo de Cirurgia	Biópsia	10	11,5
	Não realizou	30	34,5
	Ressecção parcial do órgão	31	35,6
	Ressecção total do órgão	16	18,4
Radioterapia	Não realizou	57	65,5
	Até 10 sessões	7	8,0
	11 a 20 sessões	4	4,6
	21 a 30 sessões	7	8,0
	Acima de 31 sessões	12	13,8
Quimioterapia	Sim	76	87,4
	Não	11	12,6

Nas associações entre variáveis clínicas e de tratamento com a presença ou ausência de metástases (tabela 3), houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) com o tempo de diagnóstico ($p = 0,027$) e a realização de RT ($p = 0,002$) ou de QT ($p = 0,013$). Neste contexto, 9,9% dos pacientes com metástase tinham diagnóstico há menos de 6 meses, 28,2% entre 6 e 12 meses, enquanto 62% tinham diagnóstico confirmado há mais de 12 meses. Ao se relacionarem metástase e a realização de tratamento, 50 pacientes (70,4%), com metástase confirmada, não haviam realizado nenhuma sessão de RT. Por outro lado, 43,8% não tinham metástase e realizaram acima de 31 sessões de radioterapia. Por fim, 65 pacientes (91,5%) com metástase realizaram ou estavam realizando algum tratamento com quimioterápico.

Em relação às escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, a pontuação média, em uma variação de 0 a 100 pontos, para a escala ESG e QV foi de 70,4. Sobre as Escalas

Funcionais foram obtidas médias individuais para Função Física (47,4), Desempenho de Papel (49,6), Função Cognitiva (71,3), Função Social (75,9) e Função Emocional (66,8). Sobre a Escala de Sintomas, revelou-se que, em média, as queixas mais frequentes foram insônia (48,3), dor (47,3), fadiga (43,4) e perda de apetite (42,5).

Tabela 3. Associação de variáveis clínicas e de tratamento com Metástase em pacientes geriátricos oncológicos em cuidados paliativos. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2021. (n=87)

	Metástase				Total		p-valor
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Tempo de Internação							0,336
Mais de uma semana	5	7,0%	3	18,8%	8	9,2%	
Menos de uma semana	17	23,9%	3	18,8%	20	23,0%	
Não internou	49	69,0%	10	62,5%	59	67,8%	
Tempo de diagnóstico							0,027
Entre 06 a 12 meses	20	28,2%	0	0,0%	20	23,0%	
Mais de 12 meses	44	62,0%	12	75,0%	56	64,4%	
Menos de 06 meses	7	9,9%	4	25,0%	11	12,6%	
Tipo de cirurgia							0,666
Biópsia	7	9,9%	3	18,8%	10	11,5%	
Não realizou	24	33,8%	6	37,5%	30	34,5%	
Ressecção parcial do órgão	27	38,0%	4	25,0%	31	35,6%	
Ressecção total do órgão	13	18,3%	3	18,8%	16	18,4%	
Radioterapia							0,002
Não realizou	50	70,4%	7	43,8%	57	65,5%	
Até 10 sessões	7	9,9%	0	0,0%	7	8,0%	
11 a 20 sessões	4	5,6%	0	0,0%	4	4,6%	
21 a 30 sessões	5	7,0%	2	12,5%	7	8,0%	
Acima de 31 sessões	5	7,0%	7	43,8%	12	13,8%	
Quimioterapia							0,013
Sim	65	91,5%	11	68,8%	76	87,4%	
Não	6	8,5%	5	31,3%	11	12,6%	

A associação entre os escores médios dos domínios das Escalas Funcionais do questionário EORTC QLQ-C30 e as variáveis clínicas e de tratamento (tabela 4) mostrou diferenças estatísticas significativas para o tempo de hospitalização e a Função Física ($p < 0,001$), o Desempenho de papel ($p = 0,002$), a Social ($p < 0,001$) e a Emocional ($p = 0,036$). Entretanto, a associação entre o tempo de diagnóstico e os domínios destas escalas não encontrou resultados estatísticos significativos, assim como a sua correlação com a variável metástase.

Já as avaliações entre o tipo de cirurgia e os domínios Escala Cognitiva ($p = 0,049$) e Social ($p = 0,001$) mostraram diferenças estatísticas relevantes. Apenas a Escala Cognitiva, quando correlacionada com a realização de RT, mostrou resultado estatístico significativo ($p = 0,034$). Além disso, houve diferença estatisticamente significativa quando da associação entre a variável QT e os domínios das Escalas Física ($p = 0,004$), Desempenho de papel ($p = 0,019$) e Cognitiva ($p = 0,030$).

Tabela 4. Escores dos domínios da Escala funcional de pacientes geriátricos oncológicos em cuidados paliativos. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2021. (n=87)

	Escore médio, desvio padrão e valor de p das Escalas funcionais EORTC					
	n	Física	Desempenho de papel	Cognitiva	Social	Emocional
Tempo de Internação						
Mais de uma semana	8	3,3(5)	0(0)	58,3(38,8)	22,9(33,3)	32,3(43,1)
Menos de uma semana	20	44,3(40)	45(45,6)	61,7(39,4)	69,2(35,6)	75(30,5)
Não internou	59	54,3(29,6)	57,9(41,1)	76,3(26,5)	85,3(24,6)	68,6(29,5)
p-valor		<0,001	0,002	0,342	<0,001	0,036
Tempo de diagnóstico (a)						
Entre 06 a 12 meses	20	42,7(31,2)	40,8(42)	74,2(30,8)	76,7(32,2)	56,3(35,8)
Mais de 12 meses	56	52(35,2)	55,1(44,4)	71,1(30,6)	78,6(32,8)	69,9(32,4)
Menos de 06 meses	11	32,1(30,2)	37,9(38,8)	66,7(39,4)	60,6(36,7)	69,7(26,9)
p-valor		0,152	0,270	0,875	0,136	0,218
Tipo de cirurgia (a)						
Biópsia	10	24(37,7)	21,7(38,5)	56,7(33,5)	35(47,4)	59,2(40)
Não realizou	30	49,1(36,6)	53,9(46,5)	62,8(37,8)	81,7(26)	58,9(35,3)
Ressecção parcial	31	46(27,7)	52,1(38,4)	82,3(26,5)	73,1(30,9)	72,6(30,1)
Ressecção total	16	61,3(33,2)	54,2(46,5)	75(17,2)	95,8(12,9)	75(26)
p-valor		0,053	0,161	0,049	0,001	0,328
Radioterapia (a)						
Não realizou	57	50,9(32)	55,8(41,1)	71,9(31,8)	79,8(31,5)	67,5(30,8)
Até 10 sessões	7	34,3(31,8)	28,6(39,3)	95,2(12,6)	66,7(19,2)	73,8(35,8)
11 a 20 sessões	4	11,7(10)	4,2(8,4)	87,5(8,4)	95,8(8,4)	58,4(43,6)
21 a 30 sessões	7	61(42,9)	54,8(51,6)	61,9(31,5)	76,2(38,3)	64,3(32,2)
Acima de 31 sessões	12	42,2(38,7)	44,4(49,9)	54,2(33,4)	55,6(43,4)	63,2(41,4)
p-valor		0,140	0,151	0,034	0,131	0,897
Metástase (b)						
Sim	71	47,8(33)	50,9(42,4)	72,8(32)	78,6(30,9)	66,9(33,7)
Não	16	45,4(39,7)	43,8(48,3)	64,6(29,1)	63,5(41,4)	66,1(29,4)
p-valor		0,921	0,587	0,177	0,251	0,566
Quimioterapia (a)						
Sim	76	51,5(32,8)	53,9(42,3)	74,3(29,6)	78,9(30,6)	68(32,1)
Não	11	18,8(29,5)	19,7(40)	50(37,3)	54,5(44,1)	58,3(37,6)
p-valor		0,004	0,019	0,030	0,064	0,360

(a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes) EORTC QLQ-C30.

(b) Teste de Mann-Whitney (comparação de duas amostras independentes).

DISCUSSÃO

O levantamento dos dados sociodemográficos apontou que a maioria dos pacientes é do sexo masculino. O dado representa um comportamento demográfico consonante com as estimativas nacional e para o Estado do Maranhão, segundo o INCA, para o ano de 2020, que mostrou uma maior incidência total de câncer em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, em relação às mulheres ⁶. Neste estudo, os principais locais primários do tumor foram próstata, pulmão, mama e cólon e reto. Tais dados estão de acordo com a incidência estimada para a população maranhense, à exceção do câncer de pele não melanoma, adicionando-se a esta estatística o colo do útero, como um dos locais também de maior acometimento ⁶.

A maior parte dos pacientes têm entre 60 e 69 anos, corroborando com número semelhante encontrado por Freire *et al.* e com os dados do último censo demográfico (2010) que mostra, em números absolutos, a maior parte da população idosa do Estado do Maranhão pertencente a esta faixa etária ^{2, 14}. Quanto à renda familiar *per capita*, 62,1% consideram a situação financeira regular, com rendimentos entre 1 e 3 salários mínimos, estando acima do rendimento mensal familiar de R\$ 676,00 da população maranhense para o ano de 2020 ¹⁵.

No domínio Dificuldade Financeira foi obtida a média de 41,4 pontos, representando um resultado satisfatório. A relevância na abordagem desta informação é que o acesso aos serviços de saúde pode ser comprometido para pacientes de classes socioeconômicas mais baixas, impactando de forma direta na continuação da assistência ⁴. A maioria dos pacientes tinha menos de oito anos de estudo formal. O nível de escolaridade é um elemento que pode determinar melhor ou pior QVRS, visto que pessoas com maior tempo de estudo tendem a ser mais instruídas e a acessar uma melhor estrutura que atenda às suas demandas de saúde ².

As queixas mais frequentemente relatadas, neste estudo, em média, foram insônia, dor e fadiga. Não se fez a distinção entre os sintomas próprios do tumor e aqueles que possivelmente tenham sido causados como efeitos adversos da QT. Eles ocorrem de acordo com o tipo de tumor maligno e com o seu estágio, sobretudo quando avançado ^{2, 16}. Karabulutlu, Yarali e Karaman encontraram frequência semelhante para dor e fadiga, em estudo com pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia ¹⁷. Estudos sobre QVRS têm reportado a importância do impacto direto e indireto dos sintomas, principalmente pela

influência negativa sobre as atividades diárias e de lazer, assim como pela interferência com a família e a vida social ⁴.

Sobre a religião, a maioria afirmou-se como cristã, sendo católicos e evangélicos, semelhante ao estudo de Freire *et al.*, no qual 96,8% seguiam a mesma crença ². Estudo realizado na Turquia com 287 pacientes oncológicos admitidos para tratamento em unidade de quimioterapia encontrou altos escores de enfrentamento religioso positivo, demonstrando que a crença religiosa tem grande valor no contexto da assistência em saúde ¹⁷. Assim, segundo Steinhauser *et al.*, o cuidado espiritual demonstra ser uma ferramenta fundamental para pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida ¹⁸.

O surgimento de metástase é um dos critérios que mais corroboram com o câncer em estágio avançado ⁸. Neste cenário, a associação entre radioterapia e a presença ou a ausência de metástases encontrou diferença estatisticamente significativa. A maioria dos pacientes não realizou RT, porém tinha metástase confirmada por exame de imagem. Quando associada às escalas, a realização de RT apresentou resultado estatístico significativo apenas quanto à Função Cognitiva, representando uma melhor QVRS para este domínio. Kao *et al.* e Shi *et al.*, em estudos semelhantes envolvendo pacientes com câncer de mama, independente do estágio, apontam que aquelas que foram submetidas à RT tiveram melhor QV, sem especificação do domínio, que as pacientes que não realizaram este tratamento ¹⁹. ²⁰. Resultado semelhante foi encontrado por Miszczyt *et al.* e Caissie *et al.* na avaliação de pacientes com metástases ósseas submetidos à RT, apontando melhora significativa de sintomas, além de bons escores nas funções física, emocional, cognitiva, social e QV global ^{21, 22}.

Não houve resultado estatístico significativo neste estudo para a associação entre metástase e as Escalas funcionais, o que confirma a hipótese de que a disseminação do tumor leva a uma pior QVRS. Por outro lado, analisadas isoladamente, as Funções Social, Cognitiva e Emocional foram consideradas boas, enquanto as Funções Desempenho de Papel e Física tiveram piores resultados.

Quanto à correlação entre a QT e a presença de metástases, houve resultado estatístico significativo. O uso de quimioterápicos antineoplásicos nos pacientes que estão sob a perspectiva dos CP visa à redução dos sintomas do tumor, com o intuito de lhes oferecer uma melhora da saúde global, compreendendo a proposta paliativa do tratamento ¹⁶.

²³. Neste estudo, houve resultado estatisticamente significativo na associação entre QT e Função física, Desempenho de Papel e Função Cognitiva.

Este dado demonstra o impacto positivo da QT para esses domínios da QVRS na amostra analisada, diferentemente de estudos anteriores que mostraram uma diminuição da saúde global, sobretudo por causa dos eventos adversos associados à QT ²³. Este fenômeno é perceptível, uma vez que há sintomas que são associados à QT, e a interrupção desta leva à redução das queixas, exceto para a depressão, a fadiga e a interferência da dor nas atividades diárias, cujos escores podem aumentar ao término da QT, demonstrando uma piora desses achados clínicos ²⁴.

A maior parte dos pacientes não se encontrava internada. Neste cenário, houve resultado estatístico significativo quanto à associação do tempo de internação com as Escalas, à exceção da Função Cognitiva. Isto pode ter ocorrido por causa de eventos negativos relacionados à hospitalização sobre elementos da cognição, como percepção, atenção, memória, raciocínio etc. Estudo semelhante com 70 pacientes encontrou relação estatística significativa para a correlação entre o tempo de internação e a Função Cognitiva, em que aqueles com até uma internação após o diagnóstico do câncer apresentaram melhor QV para este domínio ²⁵.

Já a associação da variável tempo de diagnóstico com as Escalas funcionais não se mostrou estatisticamente significativa para nenhuma delas, confirmando a hipótese do impacto negativo do diagnóstico sobre todos os domínios. Freire *et al.* encontrou resultado semelhante em estudo com 127 pacientes com câncer em CP ². O câncer em estágio avançado se associa a um pior status de saúde global e a um pior bem estar geral ^{26, 27}. Por isso, a importância dos CP serem instituídos desde a fase inicial do tratamento, uma vez que podem proporcionar um manejo adequado dos sintomas ^{28, 29, 30}.

Com relação à variável tipo de cirurgia e os domínios Função Cognitiva e Função Social, houve diferença estatística significativa, representando uma melhor QVRS em oposição à associação com as demais escalas que indicaram piores resultados. Os pacientes que realizaram ressecções parcial e total de órgão apresentaram melhores escores médios para esses dois domínios em relação àqueles que foram submetidos apenas à biópsia ou não realizaram nenhum procedimento cirúrgico. Estudo com 152 pacientes submetidos à tumorectomia, contudo, apontou menores escores para as Funções Cognitiva e Social ¹⁶. Esta

diferença nos resultados pode ter ocorrido em razão deste estudo não ter considerado o estágio do tumor na sua metodologia, diferentemente do estudo atual que analisou apenas pacientes em estágio avançado da doença.

Em relação à procedência, a maior parte dos entrevistados era de outros municípios, o que demonstra a importância da assistência oncológica prestada na cidade de Imperatriz para a população da Região Tocantina. No entanto, este serviço não conta com assistência paliativa. Ressalta-se, desta forma, que a falta de serviços de CP na rede de atenção à saúde nesta região é uma realidade que corrobora com outros locais do Brasil^{9, 11}. Embora os CP possam ser ofertados em três modelos assistenciais (ambulatorial, hospitalar e domiciliar), a oferta mínima de serviços especializados está restrita às grandes cidades, não havendo uma estrutura que atenda à demanda existente nas demais localidades^{28, 31}.

Em se tratando dos pacientes geriátricos oncológicos que consideraram sua QVRS como boa, apesar das dificuldades e mudanças na sua vida devido à doença e ao seu tratamento, obteve-se a média de 70,4 para o ESG/QV indica que os pacientes geriátricos oncológicos consideraram sua QVRS como boa, apesar das dificuldades e mudanças na sua vida devido à doença e ao seu tratamento. Estudo desenvolvido por Nicolussi *et al.* encontrou média 74,91 para o ESG/QV¹⁶. A QV é considerada um fator preditor independente de sobrevivência e de resposta à terapia em pacientes com câncer⁴. Logo, infere-se que ter uma boa QVRS é um fator determinante para a adesão ao tratamento, uma vez que a não adesão pode resultar em altos índices de falha terapêutica, podendo haver progressão de sítios metastáticos e óbito^{26,32}.

Como demonstrado por este estudo, a QVRS sofre influência que afeta diferentes fatores e aspectos, como os relacionados aos desfechos clínicos e de tratamento. Os homens foram mais acometidos pelo câncer e os tipos mais prevalentes foram próstata, pulmão, mama e cólon e reto, seguindo as tendências estadual e nacional. A realização de radioterapia paliativa se associou a piores resultados de QVRS, em contraste com uso de quimioterápicos como proposta paliativa. Portanto, em geral, a disseminação do tumor leva à uma pior QVRS, apesar de que algumas funções analisadas isoladamente podem mostrar resultados diferentes.

Quanto às ressecções parcial ou total de órgão, estas, se associaram a melhores resultados, em relação à não realização de cirurgia. A QVRS dos pacientes foi considerada

boa, demonstrando que, na maior parte das vezes, o tratamento com proposta paliativa ofertado afetou positivamente a ESG/QV e as demais escalas analisadas.

REFERÊNCIAS

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376.
2. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada NO. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Em Cuidados Paliativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2018; 27(2): 1–13.
3. Marandino AL. Deficiencies in health-related quality of life assessment and reporting: a systematic review of oncology randomized phase III trials published between 2012 and 2016. *Annals of oncology* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 26]; 29(12): 2.288-2.295. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092375341934236X>.
4. Marventano S, Forjaz MJ, Grosso G, Miestretta A, Giorgianni G, Platania A, et al. Health related quality of life in colorectal cancer patients: State of the art. *BMC Surgery*. 2013; (13): 1471-2482.
5. LENZ, H. J. et al. Health-related Quality of Life in the Phase III LUME-Colon 1 Study: Comparison and Interpretation of Results From EORTC QLQ-C30 Analyses. *Clinical Colorectal Cancer*. 2019 (18): 269-279.
6. Instituto Nacional do Câncer, José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. 2020 abril 24; 25-92.
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; (71): 209–249.
8. Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, A. Kirch RA. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015; (23): 3633–3643.
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos* [Internet]. 2018 Out 01 [cited 2021 Jun 27]. 1-15. Available from: <https://paliativo.org.br/>.
10. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. [Internet]. 2014 Jan 01. [cited 2021 Jun 26]. 1-111. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

11. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBPG. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. [Internet]. 2019 Maio 27. [cited 2021 Jun 26]. 1-55. Available from: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf.
12. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual [Internet]. 2001 Jan 30. [cited 2021 jul 01]. 1-78. Available from: <https://abdn.pure.elsevier.com/en/publications/eortc-qlq-c30-scoring-manual-3rd-edition>.
13. Freire MEM. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer Sem Possibilidades Terapêuticas de Cura [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características da população do Maranhão [Internet]. 2020 Maio 02. [cited 2021 Jun 27]. 1-5. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/pesquisa/23/25888?detalhes=true>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente, segundo as Unidades da Federação. 2020 Maio 02. [cited 2021 Jun 29]. 1-5. Available from: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2020.pdf.
16. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2014; (15): 132-140.
17. Karabulutlu Y, Yarali S, Karaman S. Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey. *Journal of Religion and Health*. 2019; (58): 881–890.
18. Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 54 (3): 428- 440.
19. Hao-Yun Kao, Wen-Hsiung Wu, Tyng-Yeu Liang, King-The Lee, Ming-Feng Hou, Hon-Yi Shi. Cloud-Based Service Information System for Evaluating Quality of Life after Breast Cancer Surgery. *PLoS One*. 2015; 10(9): 1-15.
20. HY Shi, YH Uen, LC Yen, R Culbertson, CH Juan, MF Hou. Two-year quality of life after breast cancer surgery: a comparison of three surgical procedures. *Eur J Surg Oncol*. 2011; (37): 695–702.

21. Koufopoulou C, Mosa E, Charalampakis N, Nikolaou M, Tsoukalas N, Ioanna Nixon I, et al. Evaluation of quality of life outcomes following palliative radiotherapy in bone metastases: A literature review. *Journal of the Balkan Union of Oncology*. 2019; 24(5): 1747- 1760.
22. Caissie A, Zeng L, Nguyen J, Zhang L , Jon F, Dennis K, et al. Assessment of Health-related Quality of Life with the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C15-PAL after Palliative Radiotherapy of Bone Metastases. *Clinical Oncology*. 2012; (24): 125-133.
23. Vasconcellos VF, Bonadio RRCC, Avanço G, Negrão MV, Riechelmann RP. Inpatient palliative chemotherapy is associated with high mortality and aggressive end-of-life care in patients with advanced solid tumors and poor performance status. *BMC Palliative Care*. 2019; (1): 1-8.
24. De Oliveira DFG, Cavalcante DRA, Feitosa SG. Qualidade De Vida Dos Pacientes Com Câncer Oral: Revisão Integrativa Da Literatura. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*. 2020; 19(1): 121-130.
25. Sales CRG, Pires JCR, Júlio ICF. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos. *Revista de Cultura e Extensão USP*. 2013; 10(0): 121-128.
26. Ho PJ, Gernaat SAM, Hartman M, Verkooijen HM. Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*. 2018; (8): 1-28.
27. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; (4):754-764.
28. Fulton JJ, Leblanc TW, Cutson TM, Starr KNP, Kamal A, Ramos K, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2018;33(2):123–34.
29. Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2019; 57 (1): 171-175.
30. Vanbutsele G, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eecloo K, et al. The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*. 2020; (124): 186-193.
31. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Rev Saúde em Debate*. 2018; (42): 225-236.
32. Viana LRC, Pimenta CJL, Ferreira GRS, Oliveira JSO, Costa TF, Costa KNFM. Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão terapêutica nos cânceres de mama e próstata. *Rev Texto & Contexto-Enfermagem*. 2021; (30): 1-15.

ANEXOS

Anexo A: Revista Cadernos de Saúde Pública, Qualis B2 segundo Plataforma Sucupira.

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1678-4464	CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	MEDICINA I	B2
0102-311X	CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP: IMPRESSO)	MEDICINA I	B2

1 a 8 de 8 registro(s)

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O [Editorial 32\(9\)](#) discute sobre as revisões sistemáticas ([Leia mais](#)).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)). O [Editorial 29\(6\)](#) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) ([Leia mais](#)).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#). Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o [Editorial 32\(8\)](#).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo

publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

28/05/2021

Instrução para Autores | CSP - Cadernos de Saúde Pública

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o [Editorial 34\(1\)](#).

Pesquisa Etiológica

Artigos quantitativos

Ex: Estudo etiológico

Resumo

Um resumo deve conter fundamentalmente os objetivos do estudo, uma descrição básica dos métodos empregados, os principais resultados e uma conclusão. A não ser quando estritamente necessário, evite usar o espaço do resumo para apresentar informações genéricas sobre o estado-da-arte do conhecimento sobre o tema de estudo, estas devem estar inseridas na seção de Introdução do artigo. Na descrição dos métodos, apresente o desenho de estudo e priorize a descrição de aspectos relacionados à população de estudo, informações básicas sobre aferição das variáveis de interesse central (questionários e instrumentos de aferição utilizados) e técnicas de análise empregadas. A descrição dos resultados principais deve ser priorizada na elaboração do Resumo. Inclua os principais resultados quantitativos, com intervalos de confiança, mas seja seletivo, apresente apenas aqueles resultados essenciais relacionados diretamente ao objetivo principal do estudo. Na conclusão evite jargões do tipo "mais pesquisas são necessárias sobre o tema", "os resultados devem ser considerados com cautela" ou "os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção". No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

Introdução

Na Introdução do artigo o autor deve, de forma clara e concisa, indicar o estado do conhecimento científico sobre o tema em estudo e quais as lacunas ainda existentes que justificam a realização da investigação. Ou seja, descreva o que já se sabe sobre o assunto e por que a investigação se justifica. É na Introdução que a pergunta de investigação deve ser claramente enunciada. É com base nessa pergunta que também se explicita o modelo teórico. Para fundamentar suas afirmações é preciso escolher referências a serem citadas. Essas referências devem ser artigos originais ou revisões que investigaram diretamente o problema em questão. Evite fundamentar suas afirmações citando artigos que não investigaram diretamente o problema, mas que fazem referência a estudos que investigaram o tema empiricamente. Nesse caso, o artigo original que investigou diretamente o problema é que deve ser citado. O artigo não ficará melhor ou mais bem fundamentado com a inclusão de um número grande de referências. O número de referências deve ser apenas o suficiente para que o leitor conclua que são sólidas as bases teóricas que justificam a realização da investigação. Se for necessário apresentar dados sobre o problema em estudo, escolha aqueles mais atuais, de preferência obtidos diretamente de fontes oficiais. Evite utilizar dados de estudos de caráter local, principalmente quando se pretende apresentar informações sobre a magnitude do problema. Dê preferência a indicadores relativos (por exemplo, prevalências ou taxas de incidência) em detrimento de dados absolutos.

Não é o tamanho da Introdução que garante a sua adequação. Por sinal, uma seção de Introdução muito longa provavelmente inclui informações pouco relevantes para a compreensão do estado do conhecimento específico sobre o tema. Uma Introdução não deve rever todos os aspectos referentes ao tema em estudo, mas apenas os aspectos específicos que motivaram a realização da investigação. Da mesma forma, não há necessidade de apresentar todas as lacunas do conhecimento sobre o tema, mas apenas aquelas que você pretende abordar por meio de sua investigação. Ao final da seção de Introdução apresente de forma sucinta e direta os objetivos da investigação. Sempre que possível utilize verbos no infinitivo, por exemplo, "descrever a prevalência", "avaliar a associação", "determinar o impacto".

Métodos

A seção de Métodos deve descrever o que foi planejado e o que foi realizado com detalhes suficientes para permitir que os leitores compreendam os aspectos essenciais do estudo, para julgarem se os métodos foram adequados para fornecer respostas válidas e confiáveis e para avaliarem se eventuais desvios do plano original podem ter afetado a validade do estudo. Inicie esta seção apresentando em detalhe os principais aspectos e características do desenho de estudo empregado. Por exemplo, se é um estudo de coorte, indique como esta coorte foi concebida e recrutada, características do grupo de pessoas que formam esta coorte, tempo de seguimento e *status* de exposição. Se o pesquisador realizar um estudo caso-controle, deve descrever a fonte de onde foram selecionados casos e controles, assim como as definições utilizadas para caracterizar indivíduos como casos ou controles. Em um estudo seccional, indique a população de onde a amostra foi obtida e o momento de realização do inquérito. Evite caracterizar o desenho de estudo utilizando apenas os termos "prospectivo" ou "retrospectivo", pois não são suficientes para se obter uma definição acurada do desenho de estudo empregado. No início desta seção indique também se a investigação em questão é derivada de um estudo mais abrangente. Nesse caso, descreva sucintamente as características do estudo e, se existir, faça referência a uma publicação anterior na qual é possível encontrar maiores detalhes sobre o estudo. Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento e coleta de dados. Esses são dados importantes para o leitor avaliar aspectos referentes à generalização dos resultados da investigação. Sugere-se indicar todas as datas relevantes, não apenas o tempo de seguimento. Por exemplo, podem existir datas diferentes para a determinação da exposição, a ocorrência do desfecho, início e fim do recrutamento, e começo e término do seguimento. Descreva com detalhes aspectos referentes aos participantes do estudo. Em estudos de coorte apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Especifique também os procedimentos utilizados para o seguimento, se foram os mesmos para todos os participantes e quão completa foi a aferição das variáveis. Se for um estudo de coorte pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Em estudos caso-controle apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os critérios utilizados para identificar, selecionar e definir casos e controles. Indique os motivos para a seleção desses tipos de casos e controles. Se for um estudo caso-controle pareado, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso. Em estudos seccionais, apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.

Defina de forma clara e objetiva todas as variáveis avaliadas no estudo: desfechos, exposições, potenciais confundidores e modificadores de efeito. Deixe clara a relação entre modelo teórico e definição das variáveis. Sempre que necessário, apresente os critérios diagnósticos. Para cada variável forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos de aferição (mensuração) utilizados. Quando existir mais de um grupo de comparação, descreva se os métodos de aferição foram utilizados igualmente para ambos.

Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vieses. Nesse momento, deve-se descrever se os autores implementaram algum tipo de controle de qualidade na coleta de dados, e se avaliaram a variabilidade das mensurações obtidas por diferentes entrevistadores/aferidores.

Explique com detalhes como o tamanho amostral foi determinado. Se a investigação em questão utiliza dados de um estudo maior, concebido para investigar outras questões, é necessário avaliar a adequação do tamanho da amostra efetivo para avaliar a questão em foco mediante, por exemplo, o cálculo do seu poder estatístico.

Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Indique se algum tipo de transformação (por exemplo, logarítmica) foi utilizada e por quê. Quando aplicável, descreva os critérios e motivos usados para categorizá-las.

cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/pesqetiol_4349.html

1/2

28/05/2021

Apresentação | CSP - Cadernos de Saúde Pública

Descreva todos os métodos estatísticos empregados, inclusive aqueles usados para controle de confundimento. Descreva minuciosamente as estratégias utilizadas no processo de seleção de variáveis para análise multivariada. Descreva os métodos usados para análise de subgrupos e interações. Se interações foram avaliadas, optou-se por avaliá-las na escala aditiva ou multiplicativa? Por quê? Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data"). Em estudos de coorte indique se houve perdas de seguimento, sua magnitude e como o problema foi abordado. Algum tipo de imputação de dados foi realizado? Em estudos caso-controle pareados informe como o pareamento foi considerado nas análises. Em estudos seccionais, se indicado, descreva como a estratégia de amostragem foi considerada nas análises. Descreva se foi realizado algum tipo de análise de sensibilidade e os procedimentos usados.

Resultados

A seção de Resultados deve ser um relato factual do que foi encontrado, devendo estar livre de interpretações e ideias que refletem as opiniões e os pontos de vista dos autores. Nesta seção, deve-se apresentar aspectos relacionados ao recrutamento dos participantes, uma descrição da população do estudo e os principais resultados das análises realizadas.

Inicie descrevendo o número de participantes em cada etapa do estudo (exemplo: número de participantes potencialmente elegíveis, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados). A seguir descreva os motivos para as perdas em cada etapa. Apresente essas informações separadamente para os diferentes grupos de comparação. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama mostrando o fluxo dos participantes nas diferentes etapas do estudo.

Descreva as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e informações sobre exposições e potenciais variáveis confundidoras. Nessas tabelas descritivas não é necessário apresentar resultados de testes estatísticos ou valores de p.

Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Se necessário, use uma tabela para apresentar esses dados.

Em estudos de coorte apresente os tempos total e médio (ou mediano) de seguimento. Também pode-se apresentar os tempos mínimo e máximo, ou os percentis da distribuição. Deve-se especificar o total de pessoas-anos de seguimento. Essas informações devem ser apresentadas separadamente para as diferentes categorias de exposição.

Em relação ao desfecho, apresente o número de eventos observados, assim como medidas de frequência com os respectivos intervalos de confiança (por exemplo, taxas de incidência ou incidências acumuladas em estudos de coorte ou prevalências em estudos seccionais). Em estudos caso-controle, apresente a distribuição de casos e controles em cada categoria de exposição (números absolutos e proporções).

No que tange aos resultados principais da investigação, apresente estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, com os seus respectivos intervalos de confiança. Quando estimativas ajustadas forem apresentadas, indique quais variáveis foram selecionadas para ajuste e quais os critérios utilizados para selecioná-las.

Nas situações em que se procedeu a categorização de variáveis contínuas, informe os pontos de corte usados e os limites dos intervalos correspondentes a cada categoria. Também pode ser útil apresentar a média ou mediana de cada categoria.

Quando possível, considere apresentar tanto estimativas de risco relativo como diferenças de risco, sempre acompanhadas de seus respectivos intervalos de confiança.

Descreva outras análises que tenham sido realizadas (por exemplo, análises de subgrupos, avaliação de interação, análise de sensibilidade).

Dê preferência a intervalos de confiança em vez de valores de p. De qualquer forma, se valores de p forem apresentados (por exemplo, para avaliar tendências), apresente os valores observados (por exemplo, $p = 0,031$ e não apenas uma indicação se o valor está acima ou abaixo do ponto crítico utilizado - exemplo, $>$ ou $<$ que $0,05$). Lembre-se que os valores de p serão sempre acima de zero, portanto, por mais baixo que ele seja, não apresente-o como zero ($p = 0,000$) e sim como menos do que um certo valor ($p < 0,001$).

Evite o uso excessivo de casas decimais.

Discussão

A seção de Discussão deve abordar as questões principais referentes à validade do estudo e o seu significado em termos de como os seus resultados contribuem para uma melhor compreensão do problema em questão.

Inicie sintetizando os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo. Não deve-se reproduzir os dados já apresentados na seção de Resultados, apenas ajudar o leitor a recordar os principais resultados e como eles se relacionam com os objetivos da investigação.

Discuta as limitações do estudo, particularmente as fontes potenciais de viés ou imprecisão, discutindo a direção e magnitude destes potenciais vieses. Apresente argumentos que auxiliem o leitor a julgar até que pontos esses potenciais vieses podem ou não afetar a credibilidade dos resultados do estudo.

O núcleo da seção de Discussão é a interpretação dos resultados do estudo. Interprete cautelosamente os resultados, considerando os objetivos, as limitações, a realização de análises múltiplas e de subgrupos, e as evidências científicas disponíveis. Nesse momento, deve-se confrontar os resultados do estudo com o modelo teórico descrito e com outros estudos similares, indicando como os resultados do estudo afetam o nível de evidência disponível atualmente.

Anexo B: Parecer consubstanciado do CEP.

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES GERIÁTRICOS ONCOLÓGICOS SOB A PERSPECTIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Pesquisador: JARISON LOPES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27113419.9.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.809.181

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1479305.pdf	16/12/2019 08:33:54		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO_INFRAESTRUTURA.pdf	16/12/2019 08:27:44	JARISON LOPES DA SILVA	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1368 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.060-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.009-101

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_JARISON_LOPES.doc	16/12/2019 08:06:53	JARISON LOPES DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA.docx	16/12/2019 07:59:01	JARISON LOPES DA SILVA	Acelto
Brochura Pesquisa	TCC_JARISON_LOPES.pdf	16/12/2019 07:57:03	JARISON LOPES DA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/12/2019 07:54:26	JARISON LOPES DA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 24 de Janeiro de 2020

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))