

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGE_{nf}**

LARISSA MARTINS CORDEIRO

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE E A RESILIÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E DE SEUS FAMILIARES**

**SÃO CARLOS
2018**

LARISSA MARTINS CORDEIRO

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE E A RESILIÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E DE SEUS FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Orientação: Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi.

SÃO CARLOS

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Larissa Martins Cordeiro, realizada em 23/02/2018:

Fabiana Souza Orlandi

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Andrea Sanchez

Profa. Dra. Andrea Sanchez
UFMS

Helena Megumi Sonobe

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
USP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes e aos seus familiares, que responderam voluntariamente a todos os meus questionamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela vida e a oportunidade.

Agradeço aos meus **Pais, Cleuto Cordeiro e Maria de Lourdes Martins Cordeiro**, pela dedicação e confiança.

Agradeço aos meus **Amigos, Familiares e ao meu Namorado** pelo apoio.

Agradeço à minha **Orientadora Professora Doutora Fabiana de Souza Olandi** pela oportunidade, dedicação, amparo, aprendizado, paciência e delicadeza.

Agradeço aos **Colegas do Instituto Amaral Carvalho**, pela paciência, companheirismo e apoio.

Agradeço aos **Participantes** da pesquisa pela receptividade e disponibilidade em responder aos meus questionamentos.

Agradeço ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf** pela acolhida.

Agradeço ao **Hospital Amaral Carvalho** pela oportunidade de realizar a pesquisa.

Agradeço à **Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)** por me proporcionar oportunidades de aprendizado e crescimento.

***“O sucesso nasce do querer, da determinação
e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence
obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.***

(José de Alencar)

RESUMO

O câncer é considerado um problema de saúde pública. Com o recebimento do diagnóstico de câncer, o indivíduo pode sofrer mudanças em seus hábitos e modos de viver, podendo comprometer sua qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e de seus familiares. A avaliação da QVRS e da resiliência dos pacientes oncológicos e de seus familiares pode fornecer informações clínicas úteis acerca do real impacto na sensação de bem-estar e de satisfação com a vida e podem favorecer a diminuição dos impactos sofridos com a prática clínica. Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar a relação entre QVRS e resiliência e sua associação com autoestima, esperança, espiritualidade e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares. Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado no Instituto Amaral Carvalho. A amostra foi composta por 130 pacientes com câncer em quimioterapia (QT) e 130 familiares. Na entrevista individual foram aplicados os seguintes instrumentos: Caracterização Sociodemográfica, Clínica e de Saúde, Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey-SF-36, European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC-QLQ-C30 (este apenas nos pacientes), Escala de Resiliência (ER), Escala de Esperança de Herth (EEH), Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPPR), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e “Hospital Anxiety Depression Scale” (HADS). A análise foi realizada por estatísticas descritivas, análises de correlação, comparação de média e de regressão logística univariada e multivariada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº. 1.680.639) e do Hospital Amaral Carvalho (Parecer nº. 1.842.423). Nos resultados verificou-se que os pacientes apresentaram melhor percepção da QVRS na dimensão “saúde mental” do SF-36 (70,98) e na “função social” do EORTC-QLQ-C30. A pior percepção da QVRS foi atribuída ao “aspectos físicos” do SF-36 (27,88) e no sintoma “fadiga” do EORTC-QLQ-C30 (29,15). Já os familiares indicaram melhor percepção da QVRS na “capacidade funcional” (86,69) e pior percepção em “vitalidade” (66,04), ambos domínios do SF-36. Observou-se alto nível de resiliência entre os pacientes

(n=63; 48,46%) e os familiares (n=72; 55,38%). Verificou-se relação entre a QVRS e a resiliência dos entrevistados, inclusive os pacientes e familiares com alto nível de resiliência apresentaram melhor QVRS. Os pacientes e familiares com melhor QVRS e alto nível de resiliência apresentaram maior nível de espiritualidade, esperança e autoestima e menores níveis de sintomas ansiosos e depressivos. Dentre os fatores associados à melhor QVRS dos pacientes com câncer em QT obteve-se a menor idade, a menor escolaridade, não fazer uso de medicamentos, presença ou ausência de metástase, não ter dor, alto nível de resiliência, de espiritualidade, de esperança e de autoestima, além do baixo nível de sintomas ansiosos e depressivos. Já para os familiares teve-se como fatores o sexo masculino, não ajudar na renda familiar, não residir com o paciente, alto nível de autoestima e baixo nível de sintomas ansiosos e depressivos. Entre os fatores associados à alta resiliência dos pacientes oncológicos em QT encontrou-se o alto nível de esperança e de espiritualidade e o baixo nível de sintomas depressivos. Para os familiares encontrou-se ser praticante de uma religião e o alto nível de esperança. Conclui-se que há relação entre QVRS e resiliência dos pacientes oncológicos em QT e seus familiares. Além disso, encontrou-se diversos fatores sociodemográficos, clínicos e/ou psicossociais associados à melhor QVRS e resiliência.

Palavras – Chave: Neoplasias; Tratamento Quimioterápico; Enfermagem Oncológica; Qualidade de Vida; Resiliência Psicológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo as características sociodemográficas. Bauru, SP, 2017.....	44
Tabela 2. Estatística descritiva das características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em QT . Bauru, SP, 2017.....	46
Tabela 3. Estatística descritiva das características clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em QT . Bauru, SP, 2017.....	46
Tabela 4. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo as características clínicas e de saúde. Bauru, SP, 2017.....	48
Tabela 5. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo características clínicas relacionadas ao câncer. Bauru, SP, 2017.....	48
Tabela 6. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo os protocolos de tratamento quimioterápico para câncer de mama e de intestino. Bauru, SP, 2017.....	50
Tabela 7. Estatística descritiva da QVRS dos pacientes oncológicos em QT e consistência interna do SF-36 e EORTC QLQ- C30. Bauru, SP, 2017.....	51
Tabela 8. Estatística descritiva da resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	53
Tabela 9. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo o nível de resiliência. Bauru, SP, 2017.....	55
Tabela 10. Estatística descritiva da espiritualidade dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EEPPR. Bauru, SP, 2017.....	56
Tabela 11. Estatística descritiva da espiritualidade dos pacientes oncológicos em QT, segundo os domínios da EEPPR e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.....	57
Tabela 12. Estatística descritiva da esperança dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EEH. Bauru, SP, 2017.....	57
Tabela 13. Estatística descritiva da autoestima dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EAR. Bauru, SP, 2017.....	58
Tabela 14. Estatística descritiva dos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da HADS. Bauru, SP, 2017.....	60

Tabela 15. Estatística descritiva da sintomatologia de ansiedade e depressão dos pacientes oncológicos em QT, segundo os domínios da HADS e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.....	61
Tabela 16. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do SF-36 e as escalas ER, EEPPR, EEH, EA e HADS dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	63
Tabela 17. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do EORTC QLQ-C30 e as escalas ER, EEPPR, EEH, EAR e HADS dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	66
Tabela 18. Comparação da percepção da QVRS (SF-36) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	70
Tabela 19. Comparação da percepção da QVRS (SF-36), segundo os níveis de resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	72
Tabela 20. Comparação da percepção da QVRS (EORTC QLQ-C30) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	74
Tabela 21. Comparação da percepção da QVRS (EORTC QLQ-C30), segundo os níveis de resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.....	76
Tabela 22. Comparação da percepção da espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes oncológicos em QT, segundo os níveis de resiliência. Bauru, SP, 2017.....	77
Tabela 23. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do SF-36 para os pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.....	78
Tabela 24. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do EORTC QLQ-C30 para os pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.....	82
Tabela 25. Fatores associados à alta resiliência dos pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.....	87
Tabela 26. Distribuição dos familiares, segundo as características sociodemográficas. Bauru, SP, 2017.....	87

Tabela 27. Estatística descritiva das características sociodemográficas dos familiares. Bauru, SP, 2017.....	89
Tabela 28. Estatística descritiva da QVRS dos familiares e consistência interna do SF-36. Bauru, SP, 2017.....	90
Tabela 29. Estatística descritiva da resiliência dos familiares. Bauru, SP, 2017.....	91
Tabela 30. Distribuição dos familiares, segundo o nível de resiliência. Bauru, SP, 2017.....	93
Tabela 31. Estatística descritiva da espiritualidade dos familiares, segundo os itens e total da EEPPR. Bauru, SP, 2017.....	94
Tabela 32. Estatística descritiva da espiritualidade dos familiares, segundo os domínios da EEPPR e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.....	95
Tabela 33. Estatística descritiva da esperança dos familiares, segundo os itens e total da EEH. Bauru, SP, 2017.....	95
Tabela 34. Estatística descritiva da autoestima dos familiares, segundo os itens e total da EAR. Bauru, SP, 2017.....	96
Tabela 35. Estatística descritiva dos sintomas ansiosos e depressivos dos familiares, segundo os itens e total da HADS. Bauru, SP, 2017.....	98
Tabela 36. Estatística descritiva da sintomatologia de ansiedade e depressão dos familiares, segundo os domínios da HADS e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.....	99
Tabela 37. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do SF-36 e as escalas ER, EEPPR, EEH, EA e HADS dos familiares. Bauru, SP, 2017.....	101
Tabela 38. Comparação da percepção da QVRS (SF-36) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos familiares. Bauru, SP, 2017.....	104
Tabela 39. Comparação da percepção da QVRS (SF-36), segundo os níveis de resiliência dos familiares. Bauru, SP, 2017.....	106
Tabela 40. Comparação da percepção da espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares, segundo os níveis de resiliência. Bauru, SP, 2017.....	107

Tabela 41. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do SF-36 para os familiares, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.....	108
Tabela 42. Fatores associados à alta resiliência dos familiares, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.....	111

LISTA DE SIGLAS

APAC: Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg

EEH: Escala de Esperança de Herth

EEPPR: Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais- Ribeiro

EORTC-QLQ-C30: Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer

ER: Escala de Resiliência

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAC: Hospital Amaral Carvalho

IAC: Instituto Amaral Carvalho

IARC: International Agency for Research Cancer

INCA: Instituto Nacional do Câncer

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNAO: Política Nacional de Atenção Oncológica

QT: Quimioterapia

QV: Qualidade de Vida

QVRS: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RCBP: Registro de Câncer de Base Populacional

RNA: Ácido Ribonucleico

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde

SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 O Câncer no Brasil.....	17
1.2 Assistência de enfermagem ao paciente oncológico e seu familiar.....	18
1.3 O Tratamento quimioterápico e seus efeitos adversos: o impacto na QV dos pacientes oncológicos e de seus familiares.....	21
1.4 QV e resiliência de pacientes com câncer em tratamento quimioterápicos e de seus familiares.....	27
2. JUSTIFICATIVA.....	33
3. OBJETIVO.....	35
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4.1 Delineamento do estudo.....	36
4.2 Local.....	36
4.3 População/Amostra.....	36
4.4 Procedimento.....	37
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	37
4.5.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e de saúde.....	38
4.5.2 Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)..	38
4.5.3 EORTEC-QLQ-C30.....	38
4.5.4 Escala de resiliência (ER).....	38
4.5.5 Escala de esperança de Herth (EEH).....	39
4.5.6 Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).....	39
4.5.7 Escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPPR).....	39
4.5.8 Escala hospitalar de ansiedade e depressão – “Hospital Anxiety Depression Scale” (HADS).....	40
4.6 Classificação das variáveis	40
4.7 Análise estatística.....	41
4.8 Aspectos éticos.....	43
5 RESULTADOS.....	44
5.1 Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em QT.....	44
5.2 Características clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em QT.....	46

5.3 QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em QT.....	51
5.4 Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes com câncer em QT.....	62
5.5 Fatores associados à QVRS e resiliência dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.....	78
5.6 Características sociodemográficas dos familiares.....	87
5.7 Características clínicas e de saúde dos familiares.....	89
5.8 QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares.....	90
5.9 Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos familiares.....	100
5.10. Fatores associados à QVRS e resiliência dos familiares.....	108
6. DISCUSSÃO.....	112
6.1. Caracterização sociodemográficas e clínica dos pacientes oncológicos em QT.....	112
6.2. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes com câncer em QT.....	120
6.3 Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em QT.....	133
6.4. Características sociodemográficas, clínicas e de saúde dos familiares dos pacientes oncológicos em QT.....	140
6.5. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares dos pacientes oncológicos em QT.....	146
6.6. Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos familiares dos pacientes com câncer em QT.....	150
7. CONCLUSÃO.....	154
8. REFERÊNCIAS.....	156
9. APÊNDICES.....	172
9.1. APÊNCIDE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente).....	172
9.2. APÊNCIDE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiar).....	173

9.3. APÊNCIDE 3. Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Saúde dos Pacientes.....	174
9.4. APÊNCIDE 4. Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Saúde dos Familiares.....	175
10. ANEXOS.....	176
10.1. ANEXO 1. Parecer Consubstancial do CEP-Hospital Amaral Carvalho..	176
10.2. ANEXO 2. Parecer Consubstancial do CEP-USFCar.....	179
10.3. ANEXO 3. Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey-SF-36 (SF-36).....	182
10.4. ANEXO 4. European Organization for Research and Treatment of Cancer-EORTC-QLQ-C30 (EORTC).....	186
10.5. ANEXO 5. Escala de Resiliência (ER).....	189
10.6. ANEXO 6. Escala de Espiritualidade de Pinto Paes-Ribeiro (EEPPR)..	192
10.7. ANEXO 7. Escala de Esperança de Heth (EEH).....	193
10.8. ANEXO 8. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	194
10.9. ANEXO 9. Escala de Sintomas de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS).....	195

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Câncer no Brasil

Com o envelhecimento populacional observa-se, atualmente, um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, as quais impactam na morbimortalidade e na qualidade de vida (QV) dos indivíduos acometidos por essas doenças, dentre elas encontra-se o câncer, considerado atualmente como um problema de saúde pública (BRASIL, 2016a). Fundamentado pelo documento *World Cancer Report, 2014* da *International Agency for Research on Cancer*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmam que o câncer tornou-se um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento (BRASIL, 2016a).

Segundo a OMS, em 2012 houve 38 milhões de mortes por doenças não transmissíveis no mundo, sendo que 8,2 milhões (21,7%) foram causadas pelo câncer (WHO, 2014). No Brasil foram registradas 189.454 mortes por câncer no ano de 2013 (INCA, 2016). Para o ano de 2016, a incidência foi de mais de 596 mil casos da doença no Brasil (INCA, 2016). Segundo Globocan (2012), a incidência estimada de câncer para o ano de 2025 no Brasil é de 333.843 casos em homens e para o sexo feminino de 305.920 casos, exceto câncer de pele não melanoma para ambos os sexos, totalizando 639.763 casos.

Segundo INCA (2016), o número de casos novos estimado para o ano de 2016 entre as mulheres foi de 300.870, já entre os homens foi de 295.200. Os tipos de cânceres mais prevalentes em ambos os sexos, são o de pele não melanoma (175.760 casos novos a cada ano), o que corresponde a 29% do total estimado. A incidência para o sexo masculino serão os cânceres de próstata (61.200 novos casos/ano), pulmão (17.330), cólon e reto (16.660), estômago (12.920), cavidade oral (11.140), esôfago (7.950), bexiga (7.200), laringe (6.360) e leucemias (5.540). No sexo feminino, as incidências maiores serão para os cânceres de mama (57.960), cólon e reto (17.620), colo do útero (16.340), pulmão (10.860), estômago (7.600), corpo do útero (6.950), ovário (6.150), glândula tireóide (5.870) e linfoma não-hodgkin (5.030) (INCA, 2016).

O câncer é o nome dado a um conjunto de doenças com mais de 100 tipos diferentes, que apresentam crescimento desordenado de células maligna, onde conseguem disseminar para outras regiões do corpo, invadir tecidos e

órgãos, tornando-se metástase (BRASIL, 2016b). Essas células malignas dividem-se rapidamente, tendem a ser agressivas e apresentam em alguns casos crescimento incontrolável, determinando a formação de tumores malignos ou também conhecidas como neoplasias malignas (BRASIL, 2016b).

As causas do câncer podem estar relacionadas a muitos fatores, podendo ser classificados como internos, que são de fatores hereditários e externos, identificando como o meio ambiente, os fatores estressantes, a não alimentação saudável, o uso indiscriminado de drogas, álcool e tabaco, os hábitos sexuais sem proteção, a radiação e o sedentarismo. (BRASIL, 2016c). É evidenciado ainda que a maioria dos cânceres é causada por fatores externos (BRASIL, 2016c).

Em decorrência ao grande aumento da incidência e prevalência do câncer no Brasil, houve uma preocupação dos gestores de saúde e pesquisadores brasileiros frente a esta ocorrência, realizando a elaboração e publicação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), destacando a importância da detecção, diagnóstico e tratamento precoce, possibilitando os melhores resultados terapêuticos, prognósticos e condições de vida ao paciente e aos seus familiares (BRASIL, 2005).

1.2. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico e seu familiar

Chaves e Gorini (2011) destacam que a doença oncológica e seus tratamentos afetam diretamente a vida do paciente, pois uma vez descoberta a doença, mudanças ocorrem em seus hábitos e modos de viver, podendo comprometer sua QV.

A vivência ao receber o diagnóstico de câncer, muitas vezes torna-se traumatizante, por ainda apresentar um sinônimo de morte, no qual originam sentimentos de medo, angústia e sofrimento, tanto para os pacientes como para seus familiares. Isso ainda ocorre nos dias de hoje, mesmo após os avanços nos estudos científicos relacionados às novas descobertas no diagnóstico e no tratamento do câncer. Neste contexto, a confiança dos pacientes e dos familiares para com os profissionais de saúde torna-se muito importante no enfrentamento das adversidades relacionadas ao tratamento,

contribuindo assim no seu enfrentamento (SILVA et al., 2011; RODRIGUES, POLIDORI, 2012).

O medo existente devido à vivência do câncer, pode ser atribuído ao inesperado, às dúvidas sobre o tratamento, à possibilidade de cura, à presença de metástases e à associação com a perda do membro doente, que ocorre por exemplo, nas mulheres mastectomizadas (CAPELLO et al., 2012).

As incertezas relacionadas ao diagnóstico, além do medo e ansiedade do paciente frente ao tratamento faz com que o enfermeiro tenha uma postura humanizada e realize um planejamento das suas ações durante todo o tratamento, contribuindo para o melhor enfrentamento, reabilitação e QV do paciente (EWALD; DANIELSKI, 2013).

A enfermagem oncológica tem evoluído como especialidade e tem direcionado o seu cuidado de forma a contemplar todas as fases que o paciente percorre durante seu diagnóstico e tratamento (COELHO, 2015).

A equipe de enfermagem deve ter conhecimento que o câncer é uma doença crônica, desestruturando emocionalmente não só o paciente, mas também seus familiares. Dessa forma, cabe à enfermagem sensibilizar-se com as necessidades e inserir no plano de assistência um cuidado integral (VICENZI et al., 2013).

A assistência prestada pelos profissionais de enfermagem ao paciente oncológico deve ser direcionada na humanização, realizando uma prática embasada na relação profissional/paciente, que inclui características pessoais, com olhar para as necessidades existentes, diálogo, escuta ativa, visão holística, valores morais e éticos, que devem incluir questões subjetivas como o amor, o pensamento, a valorização do ser, o vínculo, a atenção, o querer, a compreensão e o carinho (CHERNICHARO, SILVA, FERREIRA, 2014).

Tanto a segurança do paciente, quanto a qualidade do atendimento, baseados em evidências científicas, contribuem para uma prática de enfermagem qualificada e humanizada (SOARES, ALBUQUERQUE, 2013). Assim, tornando-se fundamental o papel da enfermagem para o controle desses fatores.

A assistência de enfermagem prestada ao paciente oncológico abrange todos os grupos etários, étnicos e gêneros, sem discriminação, podendo ser realizada em diversos ambientes, incluindo assistência domiciliar, hospitalar,

ambulatorial e comunitária (SMELTZER, BARE, 2005; ALMEIDA, SALES, MARCON, 2014).

Torna-se necessário que a equipe de enfermagem identifique as necessidades individualizadas de cada paciente oncológico, para o estabelecimento de metas para satisfazer os desafios inerentes ao cuidado dos pacientes e a assistência a ser realizada pela enfermagem e com apoio do seu familiar, contribuindo no enfrentamento da doença (GOMES, SILVA, MOTA, 2012; OLIVEIRA, FIRMES, 2012).

As orientações realizadas pela equipe de enfermagem antes e durante a quimioterapia têm como objetivo melhorar o estado psicológico do paciente e oferecer segurança e conforto. Essas orientações induzem a uma melhor aceitação do paciente frente ao momento que está passando, favorecendo a continuidade do mesmo, sendo que essas estratégias podem incentivar e desenvolver as potencialidades dos pacientes e familiares, para enfrentar os problemas, que podem surgir ao longo do tratamento (BONASSA, GATO, 2012; GUIMARÃES et al., 2015).

Nesse sentido, destaca-se a importância do relacionamento entre a tríade paciente, família e equipe de enfermagem no processo de cuidar, por meio da escuta, do toque e do olhar. Os profissionais necessitam entrar no mundo do outro, mesmo não sentindo o que ele sente, para verdadeiramente compreender a vivência desse paciente e quais seriam seus anseios em relação à situação vivida, para assim poder proporcionar um cuidado holístico (SALES et al., 2012). Neste contexto, o suporte familiar deve ser considerado importantíssimo (COELHO, 2015).

A propósito, a equipe de enfermagem, que realiza a assistência ao paciente oncológico, deve estar preparada para apoiar não só o paciente, mas também a sua família, para enfrentarem juntos a presença de instabilidades relacionadas às condições físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e de saúde, para assim promover o suporte psicossocial, conforto e cuidados necessários para este contexto (SMELTZER, BARE, 2005; SILVA et.al., 2013a)

Compreender a interação da família com a doença e com o paciente possibilita ao profissional de enfermagem perceber que os familiares também

precisam de atenção e de orientações voltadas ao cuidado, possibilitando assim a realização de uma assistência com qualidade (MANOEL et.al., 2013; PERRANDO et.al., 2016).

1.3. Quimioterapia antineoplásica e seus eventos adversos: o impacto na QV dos pacientes oncológicos e de seus familiares

Após ser diagnosticado com câncer, o paciente poderá enfrentar diferentes tipos de tratamento, tais como cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, que podem apresentar efeitos adversos, os quais podem modificar sua QV, afetando seu perfil sociodemográfico, laboral, clínico, e psicossocial (REICH; REMOR, 2011).

A forma de tratamento medicamentoso sistêmico do câncer denomina-se “quimioterápico” (composto por hormonioterapias, bioterapias, imunoterapias e alvoterapias), que são administrados continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos de cada doença (BRASIL, 2015). A finalidade terapêutica da quimioterapia é diminuir a possibilidade de recorrência local e à distância, agindo nas células neoplásicas circulantes, nas micrometástases e nas metástases, aumentando os índices de cura e de sobrevida e, assim, melhorar a QV do paciente (BONASSA, GATO, 2012).

A administração da QT deve ser iniciada após a consulta médica de caso novo, da avaliação dos resultados de exames de imagens, patológicos e laboratoriais, prescrição e orientação médica e de enfermagem. Todos os lugares que fazem a administração da quimioterapia devem ter suas políticas e procedimentos operacionais padrões para a orientação e administração da QT. Além disso, torna-se necessário que a equipe de enfermagem que realiza a assistência a esses pacientes, realize rotinas constantes de atualizações e capacitação com o intuito de aprimorar suas habilidades e o conhecimento técnico científico (BONASSA, GATO, 2012; SILVA et al., 2015; SANTOS et.al., 2015a).

Os medicamentos quimioterápicos devem ser administrados em hospitais, clínicas ou em ambiente domiciliar, de forma monitorada e bem orientada, apresentando como vias de administração tópica, oral, endovenosa, intramuscular, subcutânea, arterial, intratecal, intraperitoneal, intrapleural e

intracavitária (SMELTZER, BARE, 2005). As dosagens dos agentes antineoplásicos baseiam-se principalmente na área de superfície corpórea do paciente, que é calculada a partir do peso e altura dele e de suas condições clínicas, tornando-se específica para cada paciente (SMELTZER, BARE, 2005).

A quimioterapia apresenta quatro formas de tratamento para o câncer, podendo ser: cura, adjuvante, neoadjuvante e paliativa. A forma curativa tem finalidade de controlar totalmente o tumor. Na forma adjuvante a função é realizar a cirurgia primeiramente na intenção de diminuir a incidência de metástases em outros locais. Já na forma neoadjuvante tem primeiramente a realização da quimioterapia para obter a redução parcial do tumor, visando permitir a cirurgia e/ou radioterapia posteriormente. Por último, a quimioterapia como tratamento paliativo, que não apresenta finalidade de curativa, mas sim minimizar e melhorar a dor e QV dos pacientes (INCA, 1993).

A administração dos quimioterápicos antineoplásicos podem envolver protocolos, de apenas um quimioterápico ou em associação com mais de um quimioterápico. O uso da QT isolada é chamado de monoquimioterapia, é utilizada em alguns casos, pois podem apresentar respostas parciais e não completas. A poliquimioterapia é caracterizada pela utilização de dois ou mais quimioterápicos ao mesmo tempo, com efetividade comprovada, em busca de vantagens para o tratamento. A função do uso da poliquimioterapia é atingir as células cancerígenas, em diferentes fases do ciclo celular, para obter melhor resposta ao tratamento (INCA, 1993).

Os ciclos celulares existentes nas quimioterapias são classificados como ciclos celulares-inespecíficos, que atuam nas células que estão ou não em proliferação, os ciclos celulares-específicos que atuam nas células em fase de proliferação e as fases-específicas, que atuam em fases específicas do ciclo celular (INCA, 1993).

A padronização mundial do uso da poliquimioterapia foi realizada por pesquisas multicêntricas ao longo dos anos, que resultou na elaboração de protocolos clínicos internacionais específicos a cada tipo de câncer, que determinam quais medicamentos, dosagem, via de administração, tempo de

infusão e intervalos a depender do tipo de tumor, faixa etária, fases do tratamento, além do status da doença de base (MAIA et.al., 2010).

Na realização de qualquer processo de padronização no uso de medicamentos é necessário que haja autorização, o controle e a avaliação desse processo, como ocorre no caso da Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, implantada no Sistema Único de Saúde (SUS), com a autorização para procedimentos dialíticos (APAC-TRS) em 1998. Em 1990 o Ministério da Saúde, se reuniu com suas instâncias técnicas internas, sendo uma delas o Instituto Nacional de Câncer - INCA, sob a coordenação da Secretaria de Assistência a Saúde – SAS/MS, para procederem a uma revisão de todas as normas e tabelas de procedimentos oncológicos (BRASIL, 2015).

As principais quimioterapias antineoplásicas utilizadas incluem os alquilantes, polifuncionais, antimetabólitos, os antibióticos antitumorais, os inibidores mitóticos e outros. Novos medicamentos estão sendo permanentemente isoladas e aplicadas experimentalmente em modelos animais e posteriormente serão utilizadas em humanos (INCA, 1993).

As características das principais quimioterapias, segundo INCA(1993) e BONASSA, GATO (2012), são:

a) Agentes alquilantes: afetam as células em todas as fases do ciclo celular (síntese de DNA e divisão celular) de modo inespecífico, mas raramente produzem efeito clínico ótimo sem a combinação com outros agentes fase-específicos do ciclo celular. Os principais medicamentos são mostarda nitrogenada, a mostarda fenil-alanina, a ciclofosfamida, o bussulfam, as nitrosuréias, a cisplatina e o seu análogo carboplatina, e a ifosfamida.

b) Agentes antimetabólitos: afetam as células inibindo a biossíntese do DNA e do RNA, impedem a multiplicação e as funções normais da célula e são particularmente ativos contra células, que se encontram na fase de síntese do ciclo celular na fase S. Esta inibição da biossíntese pode ser dirigida às purinas (como é a ação dos quimioterápicos 6-mercaptopurina e 6-tioguanina), à produção de ácido timidílico (5-fluoruracil e metotrexato) e a outras etapas da síntese de ácidos nucleicos (citosina-arabinosídeo C).

c) Agentes antibióticos: são substâncias com estrutura química variada, que não atuam especificamente sobre uma determinada fase do ciclo celular, mas interagem com o DNA e inibem a síntese deste ácido ou proteína.

Essas substâncias podem apresentar outro grupo funcional com mecanismos de ação, como alquilação (mitomicina C), inibição enzimática (actinomicina D e mitramicina) ou inibição da função do DNA por intercalação (bleomicina, daunorrubicina, actinomicina D e adriamicina e seus análogos mitroxantona e epirrubicina). Como todos os quimioterápicos, os antibióticos atuam tanto sobre as células normais como sobre as malignas, portanto apresentam efeitos colaterais indesejáveis.

d) Agentes inibidores mitóticos: podem paralisar a mitose na fase de metáfase, por isso os cromossomos ficam impedidos de migrar (durante a metáfase), ocorrendo a interrupção da divisão celular. Esta função tem sido de grande utilidade quando os inibidores mitóticos são combinados com agentes específicos da fase S do ciclo. Em decorrência de sua ação específica, os inibidores mitóticos devem ser associados a outros agentes para maior efetividade da quimioterapia. Alguns exemplos dessas medicações são os alcalóides da vinca rósea (vincristina, vimblastina e vindesina) e os derivados da podofilotoxina (o VP-16, etoposídeo; e o VM-26, teniposídeo).

e) Outros agentes: existem algumas medicações que não podem ser associadas em uma determinada classe de ação farmacológica. Entre elas, exemplificam-se a dacarbazina, indicada no tratamento do melanoma, sarcomas de partes moles e linfomas, procarbazina, cujo mecanismo de ação não foi ainda completamente explicado, e que é utilizada no tratamento da doença de Hodgkin, L-asparaginase hidrolisa a L-asparagina e impede a síntese protéica no tratamento da leucemia linfocítica aguda.

f) Agentes hormonais: tratamento sistêmico que gera menos eventos adversos, comparado à QT, com determinação dos receptores hormonais no tecido tumoral.

g) Terapia biológica: tratamento que afeta a resposta biológica, modifica a relação entre o tumor e o hospedeiro, bloqueando receptores de fatores de crescimento que inibe a atividade de oncogêneses, bloqueia o ciclo celular, restaura o processo de apoptose, inibe a angiogênese, restaura o funcionamento dos genes de supressão e destrói seletivamente os tumores, que contenham os genes anormais.

h) Terapia alvo-molecular: atiam contra proteínas específicas, encontradas nas paredes das células neoplásicas, ajudando o sistema imunológico a identificar as células neoplásicas como estranhas.

É necessário ressaltar que a quimioterapia requer, devido a sua complexidade, profissionais devidamente capacitados para a sua indicação e aplicação. Ela deve ser supervisionada por especialista, treinado na área da oncologia (INCA, 1993).

Durante e após a administração da QT, o paciente pode apresentar eventos adversos agudos ou tardios. Entretanto, é dever da enfermagem ter conhecimento e avaliar a fisiopatologia, tanto do paciente, como da doença, para assim avaliar a necessidade do cuidado, orientar o paciente e seu familiar no autocuidado para a realização em seu domicílio, orientar o paciente sobre a prevenção do câncer, implementar plano de cuidado, ter assistência multidisciplinar, orientar o paciente sobre possíveis eventos adversos e o motivo da realização da QT (SMELTZER, BARE, 2005).

Atualmente devido ao fácil acesso as informações através de mídias sociais e pessoas conhecidas, acontecem que muitos pacientes e familiares apresentam informações sobre os tratamentos quimioterápicos e eventos adversos, onde na sua maioria são errôneas. Em decorrência a essas informações não estarem relacionados ao seu tratamentos, gera uma ansiedade e angústia por acreditarem que o que leram ou escutaram de alguém, irá acontecer com ele.

Portanto, é notório que a QT é uma modalidade de tratamento sistêmica onde os agentes antineoplásicos são tóxicos, a qualquer tecido de rápida proliferação, evidenciadas por uma alta atividade mitótica e ciclo celular curto e, deste modo, tem como consequência o aparecimento de eventos adversos agudos ou tardios (FONSECA et al., 2000).

Os agentes quimioterápicos não têm a única finalidade de atingir as células tumorais, mas sim todas as células do corpo. As células normais apresentam uma programação para divisão e morte, alé da recuperação esperada, fato que não ocorre com as células cancerígenas. Por este motivo a quimioterapia antineoplásica é aplicada com frequência, desde que seja respeitado e seja realizado seguimento de controle para a recuperação da

medula óssea, dentre outros aspectos. Por tanto, a quimioterapia pe administrada em ciclos periodicamente (INCA, 1993).

Os eventos adversos e os terapêuticos quimioterápicos antineoplásicos resultam do tempo de exposição e da concentração da dose administrada. É variável a toxicidade, de acordo com os tecidos atingidos e dependem do medicamento utilizado. As toxicidades podem ser hematológica (mielossupressão, leucopenia, plaquetopenia) alopecia, toxicidade gastrintestinais (náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, constipação e diarreia), cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica, reações alérgicas e anafiláticas, fadiga e dentre outros sintomas (INCA, 1993).

A toxicidade associada à QT pode apresentar eventos agudos ou crônicos (SMELTZER, BARE, 2005). É possível identificar que, quanto maior a dose do agente ao qual o organismo foi exposto, maior será a toxicidade no tecido ou célula-alvo (NARDIN, 2013).

Os efeitos tóxicos dos quimioterápicos são, na maioria das vezes, temidos pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde (MAIA et.al., 2010). Por esse motivo, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar e orientar sobre estes efeitos, que os indivíduos podem vivenciar durante o tratamento e oferecer opções para uma melhora na QV (ANDRADE, SAWADA, BARICHELLO, 2013).

Guimarães et al. (2015) relatam em seu estudo que no tratamento quimioterápico, o aparecimento de eventos adversos são comuns, essas manifestações não apresentam a mesma intensidade em todos os pacientes, ressaltando-se que cada paciente apresenta um tratamento único, portanto, há necessidade da individualização da assistência.

Na utilização da QT, ocorrem toxicidades que acarretam prejuízos na vida dos pacientes, mas auxiliam na sua recuperação e QVRS, necessitando de avaliação de seguimento destes pacientes, quanto aos benefícios da terapêutica (COELHO, 2015).

A doença em si e a terapêutica podem acarretar problemas físicos, emocionais, sociais e alterar as atividades de vida diárias do paciente oncológico (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). Em decorrência disto, acredita-se

que estes fatores interfiram nas práticas de cuidado à saúde e requerem reestruturação dos hábitos diários e da QV do paciente oncológico e de seus familiares (BUETTO, 2014).

O paciente após ser diagnóstico com câncer, apresenta uma nova percepção da sua vida, onde ele acredita que a partir desse momento sua vida irá mudar. Isso de fato acontece, pois em sua maioria irão necessitar de um tratamento sendo ele quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico. Caso o paciente apresente a necessidade de realizar QT, isso ocorrerá de forma frequente por um período de tempo, onde irá precisar afastar de seu trabalho, estudo e afazeres, pois pode existir a presença de eventos adversos e devem evitar que sejam acometidos por doenças oportunas, devida a existência de neutropenia.

1.4. QV e resiliência de pacientes com câncer em QT antineoplásica e de seus familiares

A QV pode ser definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995). Com o tempo, o conceito sobre QV tornou-se mais amplo e mais aspectos se tornaram parte integrante, como a cognição e o funcionamento emocional, social e sexual (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et.al., 2015).

A QV nada mais é que um conceito geral e subjetivo de cada indivíduo, que varia em relação às experiências e expectativas, voltadas para sua avaliação e percepção (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). A QV constitui-se em um parâmetro na avaliação de resultados e permite aos profissionais definir a terapêutica mais adequada, voltada para a necessidade de cada paciente, proporcionando o planejamento da assistência e, conseqüentemente, facilitando o retorno do paciente oncológico às atividades sociais, laborais e de lazer (MACHADO, BERGMANN, 2012; FANGEL et al., 2013).

Na área de saúde, a denominação mais utilizada tem sido a de “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS), que refere-se ao valor que se pode atribuir à vida, decorrente de modificações que podem ocorrer por danos

no estado funcional, percepções e fatores sociais, quando influenciados por doenças ou agravos, tratamentos e políticas de saúde (FREIRE et al., 2014).

O paciente oncológico e os seus familiares são as melhores fontes de informações sobre a sua QVRS, que é medida e definida conforme a gravidade da doença (CHAVES; GORINI, 2011). Por esse motivo percebe-se a importância da capacitação dos enfermeiros na mensuração dos escores de QVRS nesses pacientes, nos diferentes estágios da doença, para que possam promover um melhor conforto e bem-estar, melhorias assistenciais, além de buscar promover uma vida digna diante de uma doença de difícil prognóstico (CHAVES; GORINI, 2011).

Torna-se de suma importância a realização de avaliações de seguimento pelos enfermeiros, focando não apenas na sintomatologia física, mas também nos aspectos biopsicossociais envolvidos, visando à QVRS nos cuidados individualizados (GOZZO et al., 2013).

Após a avaliação da QVRS do paciente oncológico, é possível identificar os domínios, que são afetados para a realização de uma intervenção adequada para cada fase do tratamento (COELHO, 2015).

A mensuração da QVRS tornou-se importante para instituir intervenções que proporcionam bem-estar aos pacientes oncológicos, cujo prognóstico nem sempre é o melhor (CHAVES; GORINI, 2011). O diagnóstico, a confirmação da doença e o tratamento influenciam diretamente no estilo de vida dos pacientes oncológicos (TERRA et al., 2013). Medidas quantitativas de QVRS se tornam relevantes, pois podem favorecer a recuperação física e emocional do paciente com câncer, com estratégias de enfrentamento que minimizem desconfortos e sentimentos durante todo o itinerário terapêutico (MAJEWSKI et al., 2012).

Atualmente são realizados estudos multicêntricos, para a implantação de novos medicamentos que causam menos eventos adversos e portanto melhorando a QV e sobrevida dos pacientes.

O processo de enfrentamento não garante a solução do câncer, sendo necessário que o paciente seja resiliente, pois resiliência implica em ações de batalha e superação (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). Considerando o cenário da oncologia, que apresenta especificidades inerentes e de alta complexidade, o conceito de resiliência reveste-se de aplicabilidade teórica e prática, podendo

contribuir com um novo olhar para a assistência em saúde em oncologia (SÓRIA et al., 2009).

Da mesma forma como a QV está relacionada ao processo de promoção da saúde, destaca-se atualmente o conceito de resiliência, que vem sendo entendido, de uma maneira geral, como o potencial de superação dos indivíduos e comunidades frente a situações adversas (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Tal conceito tem se tornado objeto de estudo de profissionais das mais diversas áreas, embora muitos destes ainda desconheçam o conceito e a aplicabilidade em suas ações (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Na área da física e engenharia, o termo resiliência é entendido como o potencial de um material retornar ao seu estado inicial após sofrer alguma deformação. Neste contexto, observa-se a complexidade do termo resiliência para psicologia, uma vez que deve-se observar a riqueza, a complexidade e a multiplicidade de fatores e variáveis que precisam ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Pinheiro (2004) ressalta importância da resiliência, apresentando o conceito como a capacidade do indivíduo ou família enfrentar as adversidades, conseguindo superá-las, apesar de ser transformado por elas.

Grotberg (2005) foi a pioneira a abordar a resiliência englobando três níveis, que são: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou) e define a resiliência como a capacidade de uma pessoa, grupo ou comunidade para prevenir, minimizar ou superar os eventos adversos e conseguir se esvair dessas situações de forma confortada e até modificada.

A resiliência psicológica representa a capacidade de uma pessoa proteger sua saúde mental quando confrontada a uma adversidade, como é o caso do diagnóstico de câncer. A adversidade, através dos mecanismos de resiliência, torna-se uma possibilidade de poder aprender o mecanismo e poder se beneficiar disto (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et al., 2015).

Paula Júnior e Zanini (2011) analisaram o estresse, a estratégia de coping, a resiliência e o bem-estar de pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia, com a participação de 60 pacientes, sendo 20 homens e 40 mulheres, atendidos em um hospital na região centro-oeste do Brasil e dentre os resultados verificou-se que os pacientes com câncer consideram resilientes

por apresentarem capacidade de superação positiva as situações hostis, manejando a doença e o tratamento ao longo do tempo.

Junqueira e Deslandes (2003) argumentam que se a resiliência for entendida como algo que pode ser desenvolvido a partir de relações de confiança e apoio, após as situações traumáticas, o foco deve ser direcionado para a promoção e a prevenção.

No estudo de revisão sistemática de Sória et al. (2009), mapeou o banco de dados de produção científica, nacional e internacional, sobre a resiliência na enfermagem oncológica e identificou a importância do entendimento da resiliência no enfrentamento do paciente com câncer, pelos profissionais de enfermagem que prestam assistência a esses pacientes, para fornecer melhor assistência e obter melhor adesão dos mesmos.

Neste contexto, conhecer a capacidade de enfrentamento e resiliência dos pacientes possibilita o desenvolvimento de ações, que envolvem educação em saúde, além de influenciar no nível de adesão ao tratamento, para o processo de reabilitação, com intervenções da equipe multiprofissional (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

O enfrentamento é definido como esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo voltados para manejar um acontecimento estressante, fazendo-o compreender sobre os fatores que irão influenciar o resultado do processo (FOLKMAN, 2011).

Diante do exposto, fica notória a necessidade de medidas, que visem o apoio e à orientação dos familiares e à reabilitação dos pacientes com câncer em todos os seus aspectos, valorizando sua QVRS, buscando manter sua autonomia, capacidade de autocuidado, convívio familiar e social (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). Sendo responsabilidade da enfermagem realizar a orientação e ensino desse familiar para assim realizar um cuidado com qualidade e segurança.

No estudo desenvolvido na Macedônia com 218 pacientes com câncer de mama, Ristevska-Dimitrovska et al. (2015) verificaram a existência de relação entre resiliência e QV, evidenciando também que a resiliência psicológica atinge diferentes aspectos da QV, onde os pacientes com maior resiliência apresentaram QV significativamente melhor em quase todos os domínios (função física, emocional, social, cognitiva e desempenho de papel).

White, Driver e Warren (2008) citam que a resiliência é considerada uma construção multidimensional e dinâmica, sendo composta por uma variedade de qualidades pessoais (isto é, espiritualidade, competência pessoal, competência social, coesão familiar, recursos sociais e estrutura pessoal), bem como auxilia nas intervenções para melhorar a reintegração da pessoa, após um evento traumático.

Lee et al. (2016) examinaram a QV e resiliência de familiares cuidadores de pacientes com câncer terminal na Coréia do Sul e identificaram resiliência implica em um conjunto de características, de eficácia, mudança, otimismo e capacidade de suportar ou recuperar-se do estresse traumático.

Rodrigues e Polidori (2012) objetivaram compreender o processo de enfrentamento da doença e a resiliência dos pacientes oncológicos, submetidos ao tratamento quimioterápico, e de seus familiares, sendo que há interferência neste enfrentamento e na resiliência dos pacientes e de seus familiares, o que requer medidas de apoio e de ensino de familiares para a reabilitação deste paciente, valorizando sua QV, para manter sua autonomia, autocuidado e convívio familiar e social.

Santos (2014), estudou cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama em QT, avaliando a sobrecarga e a sua QV e identificou que o câncer interfere no âmbito familiar, causando mudanças de papéis, na estrutura e dinâmica do dia a dia. Neste contexto de dúvidas e incertezas, é importante que o cuidador familiar seja amparado, pois esse representa a referência de suporte ao paciente.

Ye et al. (2017) sugerem, que a resiliência psicológica está positivamente associada à QV e amortecendo fortemente a depressão e a QV em pacientes com câncer. Armando (2010) relata na pesquisa desenvolvida na Macedônia que os pacientes com câncer de pulmão, com altos escores de resiliência, apresentaram melhor QV e baixo escore de depressão, com estratégias que visaram melhorar o nível de resiliência dos respondentes.

Lee et al. (2016) afirmam que a resiliência não é apenas um processo de adaptação, representa também um resultado cognitivo final, apesar de não existir consenso se está latente ou se é desencadeada por eventos estressores. A resiliência pode resultar da adaptação final à angústia de

cuidados ou dor de antecipação, constituindo um indicador de crescimento psicológico.

Sória et al. (2009), em uma revisão sistemática, evidenciaram que a autoestima pode ser desenvolvida da capacidade de resiliência dos pacientes com câncer com mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer.

Amaro (2014), em uma pesquisa desenvolvida em João Pessoa (Paraíba), com mulheres com câncer de mama, identificou a espiritualidade e religiosidade como formas de resiliência. Destacam que a religiosidade apresenta fatores de proteção, além de promover comportamentos resilientes, desenvolvendo bem-estar espiritual e melhor QV de pessoas adoecidas.

Miranda, Lara e Felipe (2015) verificaram em um estudo desenvolvido com pacientes com câncer em Minas Gerais, que a espiritualidade, a depressão e a QV do paciente oncológico estão correlacionadas e podem influenciar a rotina familiar.

O estudo de Lima e Araújo (2012) corrobora com nosso estudo, onde houve o interesse em aprofundar os estudos sobre a QVRS e a resiliência dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares, para podermos conhecer a percepção e os fatores associados a estes dois importantes construtos, cabendo destacar que pesquisas sobre esses temas ainda são escassos.

Frente ao exposto, pretende-se com este estudo responder aos seguintes questionamentos: qual a relação entre os domínios da QVRS e a resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares? Quais fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais (autoestima, esperança, espiritualidade, ansiedade e depressão) estão associados à QVRS e/ou resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares?

2. JUSTIFICATIVA

O Câncer é uma doença que vem se propagando de uma forma muito rápida ao redor do mundo, e ainda causa um grande impacto na vida das pessoas, devido aos eventos adversos indesejáveis causados pelo tratamento quimioterápico e ainda por ter sinônimo cultural de morte, por falta de conhecimento e informação inadequada da população.

No Brasil, os Registros de Câncer de Base Populacional fornecem informações sobre o impacto do câncer nas comunidades, configurando-se uma condição necessária para o planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer (BRASIL 2016c). A estimativa para os anos de 2016-2017 no Brasil aponta a incidência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer (BRASIL, 2016c).

A avaliação da QVRS e da resiliência fornecem informações clínicas úteis acerca do real impacto na sensação de bem-estar, de satisfação com a vida dos pacientes e familiares e podem favorecer a diminuição dos impactos sofridos com a prática clínica como no tratamento, no suporte ideal e medidas de intervenção psicossocial (CAÑADA et al., 2011; NASCIMENTO, 2012).

A angústia psicológica, a ansiedade, a depressão, o declínio cognitivo, a insônia, a fadiga, entre outros sintomas físicos podem afetar negativamente a QV de pacientes oncológicos (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et al., 2015). O manejo dos sintomas e de distúrbios devem constituir prioridade, sendo também importante mudar o foco da diminuição da QV para melhora da QV, mediante pesquisas sobre estratégias de fortalecimento de mecanismos de resiliência destes pacientes (RISTEVSKA-DIMITROVSKA et al, 2015).

Sawada et al. (2016) indicam a escassez de publicações relacionadas ao tema de QVRS em pacientes oncológicos em quimioterapia, principalmente em publicações brasileiras.

Para Sória et al. (2009) as pesquisas sobre o tema resiliência na área de oncologia apresentam poucas evidências científicas, apesar de referir-se a uma área de alta complexidade, com a necessidade de cuidado e assistência especializada e de grande interesse na atualidade.

Em um estudo de meta-análise de Northouse et al. (2010), analisou-se os tipos de intervenções oferecidas aos cuidadores familiares de pacientes com câncer e verificou-se que as necessidades dos familiares muitas vezes não são abordadas de forma adequada. A sua saúde mental e física estão em risco, e os mesmos não são preparados de forma eficiente para o cuidado de seu familiar. Para estes autores os programas de cuidados, em sua maioria, são direcionados apenas aos pacientes, porém o cuidado do paciente depende dos cuidadores familiares. Dentre os resultados das intervenções desta pesquisa, houve a redução da sobrecarga dos cuidadores, melhorou sua capacidade de enfrentamento, aumentando sua confiança, reduzindo sua ansiedade e melhorando as relações conjugais e familiares, portanto, melhorou a sua QV.

A realização desse estudo poderá contribuir no aumento do conhecimento científico sobre a temática de QVRS e da resiliência de pacientes com câncer, em quimioterapia e de seus familiares. Somado a isto, permitirá a identificação de fatores associados à melhor QVRS e resiliência, para que possam ser futuramente alvo de intervenções durante o tratamento, previstas no planejamento da assistência direcionada aos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares, para melhorar a QVRS e a resiliência destes.

Esses questionamentos se fundamentam na hipótese de que existe relação entre QVRS e resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e em seus familiares; e que a melhor percepção de QVRS e de resiliência dos pacientes e familiares estão associados ao maior nível de autoestima, de esperança e de espiritualidade e a menores sintomatologias de ansiedade e depressão.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a relação entre QVRS e resiliência e sua associação com a autoestima, a esperança, a espiritualidade e os sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e seus familiares, segundo dados sociodemográficos, clínicos e de saúde.
- Avaliar a QVRS, a resiliência, a autoestima, a esperança, a espiritualidade e os sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos em QT e de seus familiares.
- Relacionar a QVRS e o nível de resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares.
- Verificar a associação da QVRS e da resiliência com a autoestima, a esperança, a espiritualidade e os sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos em QT e de seus familiares.

4. MATERIAIS E MÉTODOS:

4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo correlacional, de abordagem quantitativa, que examina a relação entre duas ou mais variáveis, visando quantificar a força da relação entre elas, de corte transversal, no qual os dados são examinados num ponto de tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2. Local

O estudo foi realizado no Instituto Amaral Carvalho (IAC), localizado na cidade de Bauru/SP, sendo um ambulatório pertencente ao Hospital Amaral Carvalho (HAC), localizado na cidade de Jaú /SP. A coleta dos dados foi realizada individualmente em uma sala fechada. As entrevistas foram iniciadas em dezembro de 2016 e finalizadas em maio de 2017.

4.3. População/Amostra

A população foi composta por pessoas com diagnóstico médico de câncer em tratamento quimioterápico, que possuíssem um familiar, que o acompanhasse no tratamento.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por um estatístico, utilizando-se o número de fatores associados com a QV e resiliência (n=13 fatores), sendo necessário de 10 a 15 sujeitos por fator, ou seja:

$$n \text{ mínimo} = 10 \times \text{numero de fatores}$$

$$n \text{ máximo} = 15 \times \text{numero de fatores}$$

Resultando assim em uma amostra de n=130 a 195 participantes, com nível de significância alfa (α) de 5% e poder de 80% (STEVENS, 1992). Cujo tamanho amostral é necessário para análise multivariada com análise de regressão logística.

Os critérios de inclusão para os pacientes foram: possuir diagnóstico médico de câncer, independente do seu tipo e etiologia; estar em tratamento quimioterápico (tanto adjuvante, neoadjuvante ou paliativo); ter idade igual ou superior a 18 anos; e, possuir um acompanhante familiar. Já para o familiar,

deveria possuir idade igual ou superior a 18 anos e ter o parentesco com o pacientes e acompanhá-lo durante o tratamento.

Como critérios de exclusão definiu-se: pacientes que finalizaram o tratamento quimioterápico e se encontravam em acompanhamento clínico; pacientes sem acompanhantes e pacientes com dificuldade de compreensão e comunicação verbal.

Frente ao exposto a amostra foi composta de 130 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e 130 familiares.

4.4. Procedimento

Os pacientes oncológicos compareceram no IAC para o atendimento médico ou para administração de QT previamente agendada pela recepção, sendo identificados na triagem de enfermagem ou na sala de administração de QT pela equipe de enfermagem. Foram abordados individualmente, o paciente e seu familiar, em local privativo e reservado, informado quanto à realização da pesquisa e dos seus aspectos éticos. Os que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tanto o paciente, como o seu familiar. Após assinarem o TCLE foi realizado a entrevista individual, inicialmente com o paciente e posteriormente com o familiar, aplicando-se em seguida os seguintes instrumentos para o paciente e seu familiar: Caracterização Sociodemográfica, Clínica e de Saúde, Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36), Escala de Resiliência (ER), Escala de Esperança de Herth (EEH), Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPPR), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Escala “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) e o EORTC QLQ-C30, cabendo informar que este último foi aplicado apenas nos pacientes, pois é um instrumento específico para a avaliação da QVRS de indivíduos com câncer. Foram respeitados sigilosamente todas as informações obtidas. O tempo para a aplicação dos questionários e instrumentos foram em média de 40 minutos para os pacientes e 30 minutos para os familiares.

4.5. Instrumentos de coleta de dados

4.5.1. Caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica e de saúde:

Foram desenvolvidos dois questionários, uma para os pacientes oncológicos e outro para os familiares, incluindo-se aspectos sociodemográficos, clínicos, terapêuticos e de saúde.

4.5.2. Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36):

É um instrumento genérico de avaliação da QVRS, criado por Ware e Sherbourne (1992) e validado por Ciconelli et al. (1999). Consiste em um questionário multidimensional, formado por 36 itens, englobados em 8 dimensões, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.

4.5.3. EORTC QLQ-C30 (Versão 3.0):

O instrumento de avaliação da QVRS genérica dos pacientes oncológicos foi criado, pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC, 1986), foi denominado de QLQ-C30, sendo disponível em três versões e foi validada por Schroeter (2011). A terceira versão de 2000 é utilizada atualmente, a qual contém 30 questões, sendo 3 domínios, escala global do estado de saúde/QV, escalas funcionais (função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva, função social) e escala de sintomas (fadiga, náuseas e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldade financeira). O EORTC QLQ-C30 apresenta escore de 1 (“Não”) a 4 (“Muito”) da pergunta 1 a 28 e escore de 1 (“Péssimo”) a 7 (“Ótimo”) da pergunta 29 a 30. A escala possui pontuação de 0 a 100. Assim, uma pontuação elevada obtida na escala funcional representa um maior nível de funcionamento e uma maior pontuação para o item de estado de saúde/QV global, representa uma alta QV, entretanto, em contrapartida, para a escala de sintomas uma alta pontuação representa um alto nível de sintomatologia ou problemas.

4.5.4. Escala de resiliência (ER):

Foi desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e validada no Brasil por Pesce (2005). Possui 25 itens descritos de

forma positiva com respostas tipo likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O escore da escala oscila de 25 a 175 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o nível de resiliência.

4.5.5. Escala de esperança de Herth (EEH): é uma escala de autorrelato de avaliação de esperança, desenvolvida por Herth (1992) e validada no Brasil por Sartori (2008). O instrumento constitui-se de 12 itens de forma afirmativa, com respostas em escala do tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada uma delas. A pontuação pode variar de 12 a 48 e quanto maior o escore, maior o nível de esperança do indivíduo.

4.5.6. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): foi desenvolvida por Rosenberg (1965) e validada no Brasil por Dini (2001). Trata-se de uma escala unidimensional, do tipo Likert, de quatro pontos (1 concordo fortemente, 2 concordo, 3 discordo e 4 discordo fortemente), contendo 10 questões que englobam a satisfação pessoal, a autodepreciação, a percepção de qualidade e competência, o orgulho por si, a autovalorização, o respeito e sentimento de fracasso, sendo que cinco itens avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco itens referentes a sentimentos negativos. Para a pontuação das respostas, os cinco itens que expressam sentimentos positivos e, então, somam-se esses valores aos outros cinco itens, totalizando um valor único para a escala, correspondendo às respostas dos 10 itens. A variação possível dessa escala é de 10 a 40, quanto maior o escore, maior a autoestima do indivíduo.

4.5.7. Escala de espiritualidade Pinto e Pais-Ribeiro (EEPPR): foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) e validada no Brasil por Chaves (2010). É constituída por cinco itens centrados em 2 dimensões (crenças e esperança/otimismo), com escala tipo likert de 4 alternativas, que variam de “não concordo” a “concordo plenamente”. A pontuação de cada subescala (“crenças” e “esperança/ otimismo”) é efetuada por meio de média dos itens. Apresentando uma pontuação de 1 a 4, quanto maior sua pontuação melhor a espiritualidade.

4.5.8. Escala hospitalar de ansiedade e depressão - “Hospital Anxiety Depression Scale” (HADS): a escala de rastreio de sintomas de depressão e ansiedade foi construída por Zigmond e Snaith (1983) e validada no Brasil por Botega et al. (1995). É composta por 14 questões do tipo Likert, com 4 alternativas e compõe-se de 2 subescalas para rastrear sintomas de ansiedade e depressão, com 7 itens cada. A pontuação de cada subescala vai de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e depressão, apresentando ponto de corte 8 para ansiedade e 8 para depressão (BOTEGA et al.,1995).

4.6. Classificação das variáveis

- Variáveis Independentes:
 - Característica Sociodemográfica
 - Idade: contínua.
 - Sexo: categórica.
 - Escolaridade: categórica e contínua.
 - Religião: categórica.
 - Renda familiar: contínua.
 - Estado civil: categórica.
 - Números de filhos: contínua.
 - Trabalha: categórica.
 - Faz uso de medicamento em casa: categórica.
 - Realiza atividade física: categórica.
 - Aposentadoria: categórica.
 - Moradia: categórica
 - Caracterização Clínica e de Saúde:
 - Tempo de QT: categórica.
 - Qual tipo de Câncer: categórica.
 - Fez cirurgia: categórica.
 - Fez radioterapia: categórica.
 - Metastases: categórica.
 - Qualidade do Sono: categórica.

- Realiza atividade de lazer: categórica.
 - Sedentarismo: categórica.
 - Queda: categórica.
 - Perda de peso: categórica.
 - Dor: categórica.
 - Plano de saúde: categórica.
 - Ajuda nas atividades diárias: categórica.
 - Mudou a rotina: categórica.
 - Acompanha nas QT: categórica.
- Caracterização Psicossociais:
 - EAR: contínua.
 - EEH: contínua.
 - EEPPR: contínua.
 - HADS: contínua e categórica.
- Variáveis Dependentes:
 - QV (SF-36 e EORTC-QLQ-C30): contínuas.
 - Resiliência (ER): contínua e categórica.

4.7. Análises dos dados

Os dados foram organizados em bancos de dados com dupla entrada, utilizando o programa Excel Microsoft 2007. A análise estatística dos dados foi realizada com apoio de um estatístico, por meio do programa estatístico The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA.

Na análise dos dados sociodemográficos, clínicos, terapêuticos e de saúde, além da descrição dos escores dos instrumentos SF-36 e EORTC-QLQ-C30, ER, EEH, EAR, EEPPR e HADS dos pacientes e de seus familiares, utilizou-se estatística descritiva, como medidas de tendência central (frequência simples, média, mediana, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Para análise da confiabilidade dos instrumentos SF-36, EORTC-QLQ-C30, ER, EEH, EAR, EEPPR e HADS foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto maior o valor, maior a consistência interna do instrumento. Coeficientes alfa de Cronbach com valores $\geq 0,70$ indicam fidedignidade satisfatória (PASQUALI, 2011).

Verificou-se a existência de normalidade dos dados, utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e como houve ausência de distribuição normal dos dados, utilizou-se testes não paramétricos. Neste contexto, calculou-se os coeficientes de correlação de Spearman para verificar a relação entre os escores dos instrumentos SF-36, EORTC-QLQ-C30, ER, EEH, EAR, EEPPR, HADS e as variáveis sociodemográficas, clínicas contínuas e de saúde. No presente estudo, a magnitude das correlações foi classificada conforme proposição de Levin e Fox (2004): fraca ($<0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0).

Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparação dos escores da QVRS (SF-36 e EORTC-QLQ-C30) e da resiliência (ER) dos pacientes oncológicos e seus familiares, segundo os níveis de sintomas de depressão e de ansiedade.

Foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para comparação dos escores da QVRS (SF-36 e EORTC-QLQ-C30), esperança (EEH), espiritualidade (EEPPR), ansiedade e depressão (HADS) dos pacientes oncológicos e seus familiares, segundo os níveis de resiliência (baixa resiliência – pontuação de 25 a 124 na ER, moderada resiliência – pontuação de 125 a 144 e alta resiliência – pontuação de 145 a 175).

Realizou-se análise de regressão logística univariada e multivariada para identificar fatores associados à QVRS e resiliência dos pacientes oncológicos em quimioterapia e de seus familiares. Cabe informar que dimensões da QVRS avaliados pelo SF-36 e pelo EORTC-QLQ-C30 foram consideradas variáveis dependentes, assim como a resiliência, avaliada pelo escore total da ER. As demais variáveis (advindas dos aspectos sociodemográficos, clínicos, de saúde e dos demais instrumentos EEH, EAR, EEPPR e HADS foram consideradas independentes, sendo incluídas nos modelos de regressão as variáveis que se mostraram relacionadas com as dimensões da QVRS ou com a resiliência, com p-valor $\leq 0,20$ na análise univariada. Foram considerados fatores associados à

QVRS ou resiliência, os que se mantiveram significantes estatisticamente no modelo múltiplo. A seleção das variáveis independentes no modelo de regressão logística multivariada foi realizada por meio do método de seleção *Stepwise*, mantendo-se no modelo as variáveis independentes que conjuntamente obtiveram $p\text{-valor} \leq 0,05$.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4.8. Aspectos éticos

Foram respeitados todos os preceitos éticos presentes na resolução 466/2012, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos pela portaria 466/12, sendo aprovado no Hospital Amaral Carvalho (HAC) (Parecer n. 1.842.423). e na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 1.680.639).

5. RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em QT

Dos 130 pacientes entrevistados, predominou o sexo feminino (72,31%), com 60 anos ou mais (54,62%), casados (61,54%), ensino fundamental (41,54%), católicos (63,84%), praticantes da religião (78,46%), não trabalhavam (71,54%) e eram aposentados (50,77%). Apresentavam moradia de aluguel (80,77%) e possuíam filhos (86,15%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo as características sociodemográficas. Bauru, SP, 2017.

Característica	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	94	72,31
	Masculino	36	27,69
Faixa Etária	20 a 59 anos	59	45,38
	60 anos ou mais	71	54,62
Estado Civil	Casado	80	61,54
	Solteiro	19	14,62
	Viúvo	17	13,08
	Divorciado	11	8,46
	Outros	3	2,31
Escolaridade	Não Alfabetizado	9	6,92
	Ensino Fundamental	54	41,54
	Ensino Médio	24	18,46
	Ensino Superior	4	3,08
	Incompleto		
	Ensino Superior Completo	39	30,00

Continua

Continuação

Religião	Catótico	83	63,85
	Evangélico	33	25,38
	Espírita	6	4,61
	Cristão	2	1,54
	Testemunha de Jeová	2	1,54
	Seicho No Ie	1	0,77
	Sem religião	3	2,30
Praticante	Sim	102	78,46
	Não	28	21,54
Trabalha	Sim	37	8,46
	Não	93	71,54
Aposentadoria	Sim	64	49,23
	Não	66	50,77
Moradia	Alugada	105	80,77
	Própria	25	19,23
Filhos	Sim	112	86,15
	Não	18	13,85

A idade média dos entrevistados foi de 59,76 ($\pm 13,63$) anos, variando entre 28 e 84 anos. Dos 112 entrevistados que referiram ter filhos, o valor médio do número de filhos foi de 2,38 ($\pm 1,74$). Quanto à média do número de pessoas que moravam na casa, obteve-se 2,76 ($\pm 1,25$) pessoas, variando de 1,00 a 8,00 pessoas. A renda familiar média foi de 3,93 ($\pm 2,98$) salários mínimos, variando de 1,00 a 17,00 salários mínimos (Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas descritivas das características sociodemográficas dos pacientes oncológicos em QT . Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	59,76	13,63	62,00	28,00	84,00
Renda Familiar (em salários mínimos)	3,93	2,98	3,00	1,00	17,00
Número de Pessoas	2,76	1,25	3,00	1,00	8,00
Número de filhos	2,36	1,74	2,00	0,00	8,00

5.2. Características clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em QT

Após a caracterização da amostra segundo os dados sociodemográficos passa-se a descrever os resultados referentes as condições clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico participantes do presente estudo.

Na tabela 3 observa-se que as condições de saúde dos respondentes, dentre as quais prevaleceu o sono como bom (n=62; 47,69%), além da maioria indicar que realizava atividade de lazer (n= 87; 66,92%), não praticava atividade física (n=99; 76,15%), não sofreu queda nos últimos 12 meses (n=104; 80%), não perdeu peso (n=74; 56,92%), não apresentou dor (n=78; 60,0%), usou medicamentos em casa (n=115; 88,46%), com maior frequência para o uso de 1 a 4 medicamentos (n= 93; 71,54%).

Tabela 3. Estatística descritiva das características clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em QT . Bauru, SP, 2017.

Característica	Categoria	N	%
Sono	Ótimo	16	12,31
	Bom	62	47,69
	Razoável	43	33,08
Continua			

Continuação

	Ruim	6	4,62
	Péssimo	3	2,31
Lazer	Sim	87	66,92
	Não	43	33,08
Atividade Física	Sim	31	23,85
	Não	99	76,15
Queda nos últimos 12 meses	Sim	26	20,00
	Não	104	80,00
Perda de Peso	Sim	56	43,08
	Não	74	56,92
Dor	Sim	52	40,00
	Não	78	60,00
Medicamentos	Sim	115	88,46
	Não	15	11,54
Número de medicamentos	0	15	11,54
	1 a 4	93	71,54
	5 ou mais	22	16,93
Plano de Saúde	SUS	90	69,23
	Convênios	40	30,77

SUS: Sistema Único de Saúde

Observa-se na tabela 4 que a média de medicamentos ingeridos pelos participantes foi 2,82 ($\pm 2,48$) medicamentos, variando entre zero a 20,00

comprimidos. Além disso, verifica-se que o tempo médio de quimioterapia foi de 22,38 (\pm 27,05) meses, variando de 2 a 120 meses de tratamento.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo as características clínicas e de saúde. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Número de medicamentos	2,82	2,48	2,00	0,00	20,00
Tempo de QT (em meses)	22,38	27,05	12,00	1,00	120,00

Na tabela 5 observa-se que houve o predomínio do câncer de mama (n=51; 39,23%), sem metástases (n=67; 51,54%), atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (n=90; 69,23%) e que tinham realizado procedimento cirúrgico (n=96; 73,85%). Observa-se ainda que 44 respondentes realizaram radioterapia (33,85%).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo características clínicas relacionadas ao câncer. Bauru, SP, 2017.

Características	Categoria	N	%
Câncer	Mama	51	39,23
	Intestino	28	21,54
	Pulmão	10	7,69
	Ovário	6	4,62
	Estômago	6	4,62
	Próstata	4	3,08
	Cabeça/Pescoço	4	3,08
	Mieloma múltiplo	4	3,08
	Útero	3	2,31
	Partes Moles	3	2,31
	Leucemia Linfoide Crônica	2	1,54

Continuação

	Pâncreas	2	1,54
	Rim	1	0,77
	Melanoma	1	0,77
	Linfoma Não Hodgkin	1	0,77
	Testículo	1	0,77
	Esôfago	1	0,77
	Peritônio	1	0,77
	Leucemia Mieloide Aguda	1	0,77
Metástase	Sim	63	48,46
	Não	67	51,54
Tratamento Cirúrgico	Sim	96	73,85
	Não	34	26,15
Radioterapia	Sim	44	33,85
	Não	86	66,15

Dentre os cânceres mais prevalentes na amostra estudada (câncer de mama e de intestino), na tabela 6 verifica-se os protocolos utilizados pelos participantes. Constata-se que para o tratamento do câncer de mama, a maioria faz uso do protocolo Adriblastina + Ciclofosfamida + Paclitaxel (n=21; 41,18%) já para o tratamento do câncer de intestino observa-se o protocolo 5-Fluoracil (n=8; 28,57%).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo os protocolos de tratamento quimioterápico para câncer de mama e de intestino. Bauru, SP, 2017.

Câncer	Tratamento	N	% *
Mama	Adriplastina+Ciclofosfamida/Paclitaxel	21	41,18
	Paclitaxel+Carboplatina	15	29,41
	Trastuzumabe	4	7,84
	Vinorelbine	3	5,88
	Tamoxifeno	3	5,88
	Ciclofosfamida+Docetaxel	2	3,92
	Ácido Zoledrônico+Anastrozol	2	3,92
	Anastrozol	1	1,96
	Bevacizumabe+Acido Zoledrônico+Docetaxel	1	1,96
	Ciclofosfamida+Metotrexato+Fluoracil	1	1,96
	Faslodex+Ácido Zoledrônico	1	1,96
	Trastuzumabe+Tamoxifeno	1	1,96
	Kadcyla	1	1,96
	Megestrol	1	1,96
	Metotrexato+Vinorelbine	1	1,96
	Xeloda+Trastuzumabe	1	1,96
	Xeloda+Trastuzumabe+Acido Zoledrônico	1	1,96
	Ácido Zoledrônico	1	1,96
	Ácido Zoledrônico+Arimidex	1	1,96
	Ácido Zoledrônico+Aromasin	1	1,96
Ácido Zoledrônico+Tamoxifeno	1	1,96	
Intestino	Fluoracil	8	28,57
	Fluoracil+Oxaliplatina+Infusor	7	25,00
	Bevacizumabe+Fluoracil+Irinotecano+Infusor	5	17,86
	Cetuximabe+Fluoracil+Irinotecano+Infusor	2	7,14
	Fluoracil+Oxaliplatina	2	7,14

Continua

Continuação

Fluoracil+Irinotecano+Infusor	2	7,14
Bevacizumabe	1	3,57
Bevacizumabe+Fluoracil+Oxaliplatina+Infusor	1	3,57
Bevacizumabe+Capecitabina	1	3,57
Topotecano	1	3,57

*As porcentagens foram calculadas com o total de pacientes com câncer de mama (n=51) e de intestino (n=28). Há pacientes que utilizaram mais de um protocolo de tratamento para os referidos tipos de câncer.

5.3. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em QT

Com relação à QVRS dos participantes, observa-se na tabela 7 que os pacientes oncológicos, quando avaliados por meio do SF-36, apresentaram melhor percepção da QVRS na dimensão “Saúde Mental” ($70,98 \pm 21,96$) e pior percepção da QVRS no “Aspectos Físicos” ($27,88 \pm 35,44$). Já em relação à QVRS avaliada por meio do EORTC QLQ-C30, observa-se melhor percepção na dimensão “Função Social” ($82,18 \pm 22,08$) e pior no sintoma “Fadiga” ($29,15 \pm 23,93$).

Tabela 7. Estatística descritiva da QVRS dos pacientes oncológicos em QT e consistência interna do SF-36 e EORTC QLQ- C30. Bauru, SP, 2017.

Escala	Domínios/ Escala	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
SF-36	CF	66,15	26,95	75,00	0,00	100,00	0,91
	AF	27,88	35,44	0,00	0,00	100,00	0,81
	D	60,08	14,00	62,00	20,00	90,00	0,91
	EGS	65,19	18,70	67,00	10,00	100,00	0,74
	V	58,73	20,23	60,00	5,00	100,00	0,74
	AS	65,00	29,30	62,50	0,00	100,00	0,68
	AE	57,44	40,03	66,67	0,00	100,00	0,75

Continua

Continuação

	SM	70,98	21,96	76,00	4,00	100,00	0,82
EORTC	QL2	23,59	22,28	16,67	0,00	100,00	0,84
C30	PF2	70,92	21,76	73,33	0,00	100,00	0,80
	RF2	71,03	32,39	83,33	0,00	100,00	0,89
	EF	74,49	25,18	83,33	0,00	100,00	0,85
	CF	80,51	21,78	83,33	0,00	100,00	0,43
	SF	82,18	22,08	83,33	0,00	100,00	0,46
	FA	29,15	23,93	22,22	0,00	100,00	0,76
	NV	12,31	20,60	0,00	0,00	100,00	0,73
	PA	28,21	31,60	0,00	0,00	100,00	0,88
	DY	11,28	23,31	0,00	0,00	100,00	*
	SL	23,08	29,60	0,00	0,00	100,00	*
	AP	26,41	33,09	0,00	0,00	100,00	*
	CO	22,05	30,94	0,00	0,00	100,00	*
	DI	11,03	20,91	0,00	0,00	100,00	*
	FI	15,13	25,96	0,00	0,00	100,00	*

DP: Desvio Padrão; CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; QL2: Escala Global do Estado de Saúde; PF2: Função Física; RF2: Desempenho de Papel; EF: Função Emocional; CF: Função Cognitiva; SF: Função Social; FA: Fadiga; NV: Náusea e Vômito; PA: Dor; DY: Dispneia; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Constipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldade Financeira; *Possui apenas um item e não pode ser calculado o coeficiente alfa de Cronbach.

Ainda na tabela 7 observa-se que a confiabilidade dos domínios do SF-36 e do EORTC QLQ-C30 foram satisfatórios na maioria dos domínios, exceto “Aspectos Sociais” (0,68), “Função Cognitiva” (0,43) e “Função Social” (0,46).

Com relação à resiliência dos 130 respondentes avaliados pela Escala de Resiliência (ER), o escore médio obtido foi de 143,49 ($\pm 15,33$) (Tabela 8). Vale lembrar que a pontuação da ER pode variar de 25 a 175 e quanto maior a pontuação, maior o nível de resiliência do paciente.

Tabela 8. Estatística descritiva da resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1. Quando eu faço planos levo até o fim	5,55	1,45	6,00	1,00	7,00
2. Eu costumo lidar com os problemas	5,78	1,28	6,00	1,00	7,00
3. Sou capaz de depender mim mais que qualquer outra pessoa	5,65	1,44	6,00	1,00	7,00
4. Manter interesse nas coisas é importante pra mim	6,25	0,73	6,00	1,00	7,00
5. Eu posso estar por minha conta se precisar	6,18	1,02	6,00	1,00	7,00
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	6,35	0,90	7,00	3,00	7,00
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	4,40	2,05	5,00	1,00	7,00
8. Eu sou amigo de mim mesmo	6,35	0,88	7,00	1,00	7,00
9. Eu sinto que posso lidar com Muitas coisas ao mesmo tempo	5,25	1,71	6,00	1,00	7,00
10. Eu sou determinado	6,17	1,04	6,00	2,00	7,00
11. Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas	4,02	2,13	5,00	1,00	7,00
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	5,13	1,94	6,00	1,00	7,00
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já enfrentei dificuldades antes	6,13	1,10	6,00	2,00	7,00

Continua

Continuação

14. Eu sou disciplinado	5,69	1,40	6,00	1,00	7,00
15. Eu mantenho interesse nas Coisas	6,13	1,03	6,00	1,00	7,00
16. Eu normalmente posso achar motivos para rir	5,95	1,21	6,00	1,00	7,00
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar momentos difíceis	6,22	0,91	6,00	3,00	7,00
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa que as pessoas podem contar	6,24	0,90	6,00	2,00	7,00
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	5,83	1,26	6,00	1,00	7,00
20. As vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	5,25	1,69	6,00	1,00	7,00
21. Minha vida tem sentido	6,31	1,13	7,00	1,00	7,00
22. Eu não insisto em coisas as quais não posso fazer nada sobre elas	5,16	1,68	6,00	1,00	7,00
23. Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	6,05	1,00	6,00	1,00	7,00
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer	5,39	1,51	6,00	1,00	7,00

Continua

Continuação

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	6,08	1,20	6,00	2,00	7,00
TOTAL	143,49	15,33	134,00	96,00	174,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 8 observam-se as pontuações médias obtidas por item da ER e verifica-se que o item 11 “Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas” apresentou a média mais baixa (4,02 \pm 2,13). Por outro lado, ao se verificar o(s) item(ns) com maior escore médio e observou-se que o item 6 “Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida” e o item 8 “Eu sou amigo de mim mesmo” apresentaram o escore médio mais alto (6,35 \pm 0,73; \pm 0,88). Vale informar ainda que a confiabilidade da ER foi satisfatória, pois o coeficiente alfa de Cronbach obtido foi 0,87.

Ao se categorizar os escores da ER para os níveis de baixa, moderada e alta resiliência, verifica-se na tabela 9 que a maioria dos pacientes oncológicos avaliados apresentou alto nível de resiliência (n=63; 48,46%).

Tabela 9. Distribuição dos pacientes oncológicos em QT, segundo o nível de resiliência. Bauru, SP, 2017.

Nível de resiliência	N	%
Baixo	13	10,00
Moderado	54	41,54
Alto	63	48,46

Quanto ao nível de espiritualidade dos respondentes, segundo a EEPPR, observa-se na tabela 10 o escore médio de 3,53 (\pm 0,53), indicando satisfatório nível de espiritualidade (Tabela 10).

Tabela 10. Estatística descritiva da espiritualidade dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EEPPR. Bauru, SP, 2017.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido a minha vida	3,72	0,53	4,00	2,00	4,00
2. A minha fé e crenças me dão força nos momentos difíceis	3,74	0,55	4,00	1,00	4,00
3.Vejo o futuro com esperança	3,45	0,81	4,00	1,00	4,00
4.Sinto que minha vida mudou para melhor	3,03	1,11	3,00	1,00	4,00
5.Aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida	3,71	0,50	4,00	2,00	4,00
Total	3,53	0,53	3,70	1,80	4,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 10 observa-se que o item 2 “A minha fé e crenças me dão força nos momentos difíceis” apresentou média maior ($3,74 \pm 0,55$), o que demonstra que 77,69% (n=101) estão plenamente de acordo com a afirmação, por outro lado, o item 4 “Sinto que minha vida mudou para melhor” apresentou o menor escore ($3,03 \pm 1,11$), demonstrando que 69,23% (n=87) concordaram bastante ou estavam plenamente de acordo com a afirmativa. Vale informar que o coeficiente alfa de Cronbach da EEPPR foi de 0,81, indicando satisfatória consistência interna.

Na tabela 11 observa-se que o escore médio obtido no domínio “Crenças” da EEPPR foi de 3,75 ($\pm 0,49$) e para “Esperança/Otimismo” foi de 3,39 ($\pm 0,67$), indicando satisfatória percepção da espiritualidade. Além disso, verifica-se também boa consistência interna dos domínios da EEPPR, conforme os valores de coeficiente alfa de Cronbach indicados.

Tabela 11. Estatística descritiva da espiritualidade dos pacientes oncológicos em QT, segundo os domínios da EEPPR e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.

Subescalas Da EEPPR	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Crenças	3,75	0,49	4,00	1,50	4,00	0,77
Esperança/Otimismo	3,39	0,67	3,67	1,33	4,00	0,73

DP: Desvio Padrão

Em relação à esperança dos participantes, observa-se que a média obtida na aplicação da EEH foi de 27,44 ($\pm 3,12$) (Tabela 12). Vale lembrar que a pontuação média da EEH pode variar de 12 a 48 e quanto maior o escore, maior o nível de esperança do indivíduo.

Tabela 12. Estatística descritiva da esperança dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EEH. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Estou otimista quanto a vida	3,55	0,67	4,00	1,00	4,00
2.Eu tenho planos a curto e longo prazo	3,35	0,76	4,00	1,00	4,00
3.Eu me sinto muito sozinho	2,07	1,03	2,00	1,00	4,00
4.Eu consigo ver possibilidades em meio as dificuldades	3,52	0,59	4,00	1,00	4,00
5.Eu tenho uma fé que me conforta	3,84	0,43	4,00	1,00	4,00
6.Eu tenho medo do futuro	2,23	1,04	2,00	1,00	4,00
7.Eu posso me lembrar de Tempos felizes e prazerosos	3,74	0,52	4,00	1,00	4,00
8.Eu me sinto muito forte	3,48	0,75	4,00	1,00	4,00
9.Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,75	0,48	4,00	2,00	4,00
10.Eu sei onde quero ir	3,69	0,48	4,00	2,00	4,00

Continua

Continuação

11.Eu acredito no valor de cada dia	3,81	0,40	4,00	3,00	4,00
12.Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,75	0,50	4,00	2,00	4,00
Total	27,44	3,12	28,00	17,00	32,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 12 verifica-se que o item 5 “Eu tenho uma fé que me conforta” apresentou a maior média (3,84 \pm 0,43), o que demonstra que 99,23% (n=129) dos pacientes concordaram ou concordaram completamente com a afirmativa. Por outro lado, o item 3 “Eu me sinto muito sozinho” apresentou o menor escore (2,07 \pm 1,03), demonstrando que 65,38% (n=85) discordaram e discordaram completamente com a afirmativa. Vale informar ainda que a confiabilidade da EEH foi satisfatória, pois o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,83.

Quanto à autoestima, a pontuação média obtida pelos respondentes na aplicação da EAR foi de 24,62 (\pm 2,10) (Tabela 13). Vale lembrar que a pontuação média da EAR pode variar de 10 a 40, quanto maior o escore, maior a autoestima do indivíduo.

Tabela 13. Estatística descritiva da autoestima dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da EAR. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, como as outras pessoas	3,68	0,51	4,00	2,00	4,00
2.Eu acho que tenho várias boas qualidades	3,69	0,48	4,00	2,00	4,00
3.Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso	1,32	0,64	1,00	1,00	4,00

Continua

Continuação

4.Eu acho que sou capaz de fazer a maioria das coisa tão bem como a maioria das pessoas	3,57	0,62	4,00	2,00	4,00
5.Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar	1,67	0,93	1,00	1,00	4,00
6.Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo	3,66	0,51	4,00	2,00	4,00
7.No conjunto, estou satisfeito Comigo	3,58	0,58	4,00	2,00	4,00
8.Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim	2,31	1,07	2,00	1,00	4,00
9.As vezes eu me sinto inútil	2,00	1,02	2,00	1,00	4,00
10.As vezes eu acho que não presto pra nada	1,54	0,86	1,00	1,00	4,00
Total	24,62	2,10	25,00	21,00	30,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 13 verifica-se que o item 2 “Eu acho que tenho várias boas qualidades” apresentou maior média (3,69 ±0,48), o que demonstra que 99,23% (n=129) concordaram ou concordaram totalmente com a afirmativa. Por outro lado, o item 3 “Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso” apresentou o menor escore médio (1,32 ±0,64), demonstrando que 93,84% (n=122) discordaram ou discordaram totalmente com a afirmativa. Cabe informar que a consistência interna da EAR foi satisfatória, pois o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi 0,80.

Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão dos entrevistados, obteve-se na aplicação da HADS, o escore médio total de 10,38 (±6,95) (Tabela 14). Vale lembrar que a pontuação média da HADS pode variar de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e depressão, apresentando ponto de corte 8 para indicação, tanto de sintomas ansiosos, como de sintomas depressivos.

Tabela 14. Estatística descritiva dos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes oncológicos em QT, segundo os itens e total da HADS. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Eu me sinto tenso e contraído	1,00	0,79	1,00	0,00	3,00
2.Eu ainda sinto o gosto pelas mesmas coisas de antes	0,62	0,87	0,00	0,00	3,00
3. Eu sinto uma espécie medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	1,06	0,97	1,00	0,00	3,00
4.Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	0,41	0,72	0,00	0,00	3,00
5.Estou com a cabeça cheia de preocupação	1,07	0,98	1,00	0,00	3,00
6.Eu me sinto alegre	0,58	0,86	0,00	0,00	3,00
7.Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado	0,89	0,93	1,00	0,00	3,00
8.Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	1,16	0,98	1,00	0,00	3,00
9.Eu tenho uma sensação ruim de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	0,73	0,90	1,00	0,00	3,00
10.Eu perdi o interesse de cuidas da minha aparência	0,63	0,92	0,00	0,00	3,00
11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum	0,72	1,03	0,00	0,00	3,00
12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	0,51	0,87	0,00	0,00	3,00
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	0,37	0,61	0,00	0,00	3,00

Continua

Continuação

14.Consigo sentir prazer quando assisto um programa de TV, rádio ou quando leio algo	0,62	0,93	0,00	0,00	3,00
Total	10,38	6,95	9,00	0,00	35,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 14 verifica-se que o item 8 “Eu estou lento para pensar e fazer as coisas” apresentou a maior média (1,16 \pm 0,98), demonstrando que 48,46% (n=63) indicaram que de vez em quando estão lentos para pensar e fazer as coisas. Por outro lado, o item 13 “De repente tenho a sensação de entrar em pânico” apresentou o menor escore médio (0,37 \pm 0,61), demonstrando que 69,23% (n=90) não apresentam repentinamente sensação de entrar em pânico. Vale informar que a HADS apresentou ótima consistência interna, já que o coeficiente alfa de Cronbach foi 0,84.

Na tabela 15 observa-se que o escore médio obtido na subescala da HADS de sintomas ansiosos e de sintomas depressivos foi de 5,85 (\pm 3,80) e 4,54 (\pm 3,86), respectivamente. Além disso, a consistência interna das subescalas da HADS também foram satisfatórias.

Tabela 15. Estatística descritiva da sintomatologia de ansiedade e depressão dos pacientes oncológicos em QT, segundo os domínios da HADS e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.

Subescalas da HADS	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Ansiedade	5,85	3,80	5,00	0,00	17,00	0,73
Depressão	4,54	3,86	4,00	0,00	21,00	0,75

DP: Desvio Padrão

Considerando-se os pontos de corte da HADS para sintomatologia de ansiedade e de depressão, verifica-se que dos 130 pacientes oncológicos em QT avaliados, 43 (33,08%) apresentaram sintomas de ansiedade e 25 (19,23%) sintomas depressivos.

5.4. Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes com câncer em QT.

Quanto as relações entre a QVRS e a resiliência, observa-se na tabela 16 que houve correlação positiva, de fraca a moderada magnitude, com significância estatística nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

Ainda na tabela 16 observa-se que todos os domínios de QVRS do SF-36 se correlacionaram positivamente, com significância estatística, de fraca a moderada magnitude, com a espiritualidade mensurada pela EEPPR, assim como no domínio esperança/otimismo da referida escala. No domínio crenças observou-se significância estatística apenas no estado geral de saúde, com fraca magnitude ($r=0,192$; $p=0,029$).

Na relação entre a QVRS e a esperança e autoestima, observa-se que houve correlação positiva, de fraca a moderada magnitude, com significância estatística entre a EEH e todos os domínios do SF-36, exceto aspectos físicos. Já com a autoestima, também se observou correlação com a maioria dos domínios do SF-36, exceto aspectos físicos e estado geral de saúde (Tabela 16).

Quanto à relação entre a percepção da QVRS e os sintomas ansiosos e depressivos, observou-se correlação negativa, de fraca a forte magnitude, com significância estatística com todos os domínios do SF-36.

Tabela 16. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do SF-36 e as escalas ER, EEPPr, EEH, EA e HADS dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017

Domínios do SF-36		ER	EEPPr			EEH	EAR	HADS		
			Total	Crenças	EO			Total	Ansiedade	Depressão
CF	r	<u>0,245</u>	<u>0,219</u>	0,016	<u>0,261</u>	<u>0,354</u>	<u>0,265</u>	<u>-0,522</u>	<u>-0,444</u>	<u>-0,493</u>
	p-valor	0,005	0,012	0,085	0,003	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
AF	r	<u>0,187</u>	<u>0,182</u>	-0,0413	<u>0,237</u>	0,112	0,032	<u>-0,248</u>	<u>-0,228</u>	<u>-0,225</u>
	p-valor	0,033	0,038	0,641	0,006	0,205	0,715	0,004	0,010	0,010
D	r	0,127	<u>0,217</u>	0,150	<u>0,205</u>	<u>0,265</u>	<u>0,255</u>	<u>-0,414</u>	<u>-0,429</u>	<u>-0,292</u>
	p-valor	0,149	0,013	0,087	0,019	0,002	0,003	<0,001	<0,001	0,001
EGS	r	<u>0,440</u>	<u>0,370</u>	<u>0,192</u>	<u>0,370</u>	<u>0,402</u>	0,126	<u>-0,452</u>	<u>-0,384</u>	<u>-0,399</u>
	p-valor	<0,001	<0,001	0,029	<0,001	<0,001	0,154	<0,001	<0,001	<0,001
V	r	<u>0,211</u>	<u>0,238</u>	-0,028	<u>0,281</u>	<u>0,344</u>	<u>0,183</u>	<u>-0,477</u>	<u>-0,458</u>	<u>-0,408</u>
	p-valor	0,016	0,006	0,752	0,001	<0,001	0,037	<0,001	<0,001	<0,001
AS	r	<u>0,181</u>	<u>0,226</u>	0,074	<u>0,237</u>	<u>0,182</u>	<u>0,117</u>	<u>-0,461</u>	<u>-0,408</u>	<u>-0,422</u>
	p-valor	0,039	0,010	0,404	0,007	0,038	0,185	<0,001	<0,001	<0,001
AE	r	0,116	<u>0,182</u>	0,148	<u>0,188</u>	<u>0,323</u>	<u>0,364</u>	<u>-0,465</u>	<u>-0,452</u>	<u>-0,389</u>
	p-valor	0,190	0,038	0,094	0,032	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Continua

Continuação

SM	r	<u>0,220</u>	<u>0,249</u>	0,045	<u>0,276</u>	<u>0,442</u>	<u>0,292</u>	<u>-0,698</u>	<u>-0,619</u>	<u>-0,623</u>
	p-valor	0,012	0,004	0,612	0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; EO: Esperança/Otimismo.

Quanto as relações entre a EORTC QLQ-C30 e a resiliência, observa-se na tabela 17 que houve correlação positiva, de moderada magnitude, com significância estatística no domínio estado global do estado de saúde, função física, desempenho de papel, função emocional, função cognitiva e com correlação negativa, significativa de fraca magnitude com os domínios fadiga, dispneia e insônia.

Ainda na tabela 17 observa-se que o domínio escala global do estado de saúde e a escala de funções exceto função social, se correlacionaram positivamente, com significância estatística de fraca a moderada magnitude com a EEPPR e negativamente entre a referida EEPPR com a dimensão fadiga do EORTC QLQ-C30. No domínio esperança/otimismo da EEPPR, correlacionou positivamente com escala global do estado de saúde e escala de funções e correlacionou negativamente, com significância estatística de fraca magnitude com a escala de sintomas no domínio fadiga.

Na relação entre os domínios do EORTC QLQ-C30 e a EEH observa-se que houve correlação positiva, de fraca a moderada magnitude, na escala global do estado de saúde, na função física, desempenho de papel, função emocional, e função cognitiva e correlação negativa, de fraca magnitude com sintomas de fadiga, dor e dispneia (Tabela 17).

Já com a EORTC QLQ-C30 e a EAR, houve correlação positiva, de fraca magnitude com a escala global do estado de saúde, função física, função emocional e função cognitiva. Apresentou correlação negativa de fraca magnitude, com sintomas de fadiga, dispneia e constipação (Tabela 17).

Quanto à relação entre a percepção da QVRS, por meio do EORTC QLQ-C30 e os sintomas ansiosos e depressivos, observou-se correlação negativa com magnitude fraca a forte, na escala global do estado de saúde (com HADS Total e domínios ansiedade e depressão) e as escalas de funções. Também foi identificado correlação positiva, com magnitude de fraca a moderada na escala de sintomas, exceto diarreia na HADS total, ansiedade e depressão, perda de apetite na HADS depressão e dificuldade financeira na HADS ansiedade e depressão (Tabela 17).

Tabela 17. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do EORTC QLQ-C30 e as escalas ER, EEPPR, EEH, EAR e HADS dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

Domínios do EORTC QLQ-C30		ER	EEPPR			EEH	EAR	HADS		
			Total	Crenças	EO			Total	Ansiedade	Depressão
Estado Global Saúde										
Escala Global do Estado de Saúde	R	<u>0,337</u>	<u>0,347</u>	0,0147	<u>0,363</u>	<u>0,281</u>	<u>0,181</u>	<u>-0,303</u>	<u>-0,283</u>	<u>-0,262</u>
	p-valor	<0,001	<0,001	0,094	<0,001	0,001	0,039	<0,001	0,001	0,003
Escalas Funcionais										
Função Física	R	<u>0,279</u>	<u>0,219</u>	0,030	<u>0,252</u>	<u>0,381</u>	<u>0,182</u>	<u>-0,479</u>	<u>-0,397</u>	<u>-0,469</u>
	p-valor	0,001	0,012	0,736	0,004	<0,001	0,038	<0,001	<0,001	<0,001
Desempenho de Papel	R	<u>0,190</u>	<u>0,176</u>	0,019	<u>0,211</u>	0,134	0,044	<u>-0,299</u>	<u>-0,290</u>	<u>-0,253</u>
	p-valor	0,030	0,045	0,826	0,016	0,127	0,616	0,001	0,001	0,004
Função Emocional	R	<u>0,197</u>	<u>0,214</u>	0,032	<u>0,237</u>	<u>0,279</u>	<u>0,252</u>	<u>-0,641</u>	<u>-0,665</u>	<u>-0,474</u>
	p-valor	0,025	0,014	0,719	0,007	0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
Função Cognitiva	R	<u>0,240</u>	<u>0,176</u>	0,004	<u>0,198</u>	<u>0,303</u>	<u>0,197</u>	<u>-0,332</u>	<u>-0,335</u>	<u>-0,259</u>
	p-valor	0,006	0,045	0,965	0,024	0,001	0,025	<0,001	<0,001	0,003
Função Social	R	0,171	0,138	0,014	<u>0,153</u>	0,061	<u>0,120</u>	<u>-0,295</u>	<u>-0,253</u>	<u>-0,280</u>
	p-valor	0,051	0,118	0,878	0,081	0,493	0,173	0,001	0,004	0,001

Continua

Continuação

**Escalas de
sintomas/Itens**

Fadiga	R	<u>-0,198</u>	<u>-0,179</u>	-0,011	<u>-0,200</u>	<u>-0,278</u>	<u>-0,184</u>	<u>0,462</u>	<u>0,467</u>	<u>0,357</u>
	p-valor	0,024	0,042	0,901	0,023	0,001	0,036	<0,001	<0,001	<0,000
Náusea e Vômito	R	-0,062	-0,020	-0,024	-0,029	-0,096	-0,170	<u>0,377</u>	<u>0,328</u>	<u>0,343</u>
	p-valor	0,480	0,821	0,786	0,746	0,279	0,053	<0,001	0,000	<0,001
Dor	R	-0,128	-0,128	-0,064	-0,127	<u>-0,201</u>	-0,154	<u>0,280</u>	<u>0,274</u>	<u>0,207</u>
	p-valor	0,146	0,147	0,472	0,151	0,021	0,080	0,001	0,002	0,019
Dispneia	R	<u>-0,210</u>	-0,072	-0,079	-0,107	<u>-0,244</u>	<u>-0,219</u>	<u>0,452</u>	<u>0,404</u>	<u>0,403</u>
	p-valor	0,016	0,412	0,369	0,227	0,005	0,012	<0,001	<0,001	<0,001
Insônia	R	<u>-0,232</u>	-0,076	-0,050	-0,102	-0,133	-0,154	<u>0,292</u>	<u>0,309</u>	<u>0,195</u>
	p-valor	0,008	0,388	0,570	0,248	0,131	0,079	0,001	<0,001	0,026
Perda de Apetite	R	-0,007	-0,033	-0,550	-0,066	-0,058	-0,031	<u>0,212</u>	<u>0,221</u>	0,164
	p-valor	0,939	0,710	0,550	0,452	0,512	0,726	0,015	0,012	0,061
Constipação	R	-0,150	-0,101	-0,015	-0,110	-0,111	<u>-0,195</u>	<u>0,300</u>	<u>0,244</u>	<u>0,300</u>
	p-valor	0,088	0,254	0,863	0,211	0,207	0,026	<0,001	0,005	<0,001
Diarreia	R	-0,066	-0,110	-0,043	-0,135	-0,082	-0,072	0,127	0,094	0,141
	p-valor	0,457	0,218	0,627	0,125	0,351	0,415	0,149	0,288	0,110

Continua

Continuação

Dificuldade	R	-0089	-0,002	-0,034	-0,008	-0,033	-0,143	<u>0,183</u>	0,153	0,168
Financeira	p-valor	0,315	0,978	0,699	0,934	0,708	0,105	0,035	0,082	0,055

Na tabela 18 verifica-se que os pacientes oncológicos em QT com sintomas ansiosos ou depressivos apresentaram pior percepção da resiliência e da QVRS, com diferença estatisticamente significativa, em todas as dimensões do SF-36 e na ER.

Tabela 18. Comparação da percepção da QVRS (SF-36) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

Instrumento	Váriáveis	ER	SF-36							
			CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
HADS Depressão	Sem sintomas	146,40	72,00	33,10	67,86	68,72	62,57	71,19	63,81	76,95
	depressivos									
	Com sintomas	131,28	41,60	6,00	46,24	50,36	42,60	39,00	30,67	45,92
	depressivos									
	p-valor*	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
HADS Ansiedade	Sem sintomas	164,20	75,92	34,20	72,20	70,23	65,06	75,00	70,50	80,32
	ansiosos									
	Com sintomas	138,02	46,40	15,12	46,51	55,00	45,93	44,77	31,01	52,09
	ansiosos									
	p-valor*	0,021	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; * Teste de Mann-Whitney.

Na tabela 19 verifica-se que na relação entre a percepção da QV (avaliada por meio do SF-36), segundo os níveis de resiliência, há diferença estatisticamente significativa nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental entre o grupo de pacientes com baixa e moderada resiliência, assim como entre os pacientes com baixa e alta resiliência.

Tabela 19. Comparação da percepção da QVRS (SF-36), segundo os níveis de resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

Instrumento	Váriáveis	SF-36							
		CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
ER	Baixa	45,77	17,31	49,00	46,77	45,77	47,12	48,72	47,69
	Moderada	66,94	23,15	65,76	63,80	59,72	65,28	56,79	73,85
	Alta	69,68	34,13	64,97	70,19	60,56	68,45	59,79	73,33
	p-valor*	0,018	0,125	0,150	<0,001	0,089	0,075	0,683	0,008

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; * Teste de Kruskal-Wallis.

Na tabela 20 verifica-se que os pacientes oncológicos em QT com sintomas ansiosos ou depressivos apresentaram pior percepção da QVRS quando avaliados pelo EORTC QLQ-C30, com diferença estatisticamente significativa em todos os domínios, exceto no domínio referente ao sintoma diarreia em sintomas depressivos ($p=0,207$).

Tabela 20. Comparação da percepção da QVRS (EORTC QLQ-C30) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

		EORTC QLQ-C30														
Instrumento	Categorias	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
HADS Ansiedade	Sem sintomas ansiosos	32,3	74,6	76,2	81,4	85,0	85,9	23,8	9,3	25,5	5,8	20,4	23,5	18,7	9,9	12,6
	Com sintomas ansiosos	20,7	59,8	55,2	53,4	66,7	70,8	45,5	21,3	36,5	28,1	31,2	35,4	32,3	14,6	22,9
	p-valor*	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,015	<0,001	<0,001	0,017	0,013	0,029
HADS Depressão	Sem sintomas depressivos	39,6	73,5	74,2	78,3	82,0	84,7	26,2	9,2	25,3	7,6	20,3	22,7	17,9	10,0	13,0
	Com sintomas depressivos	20,7	57,0	53,3	53,8	72,5	68,3	45,6	29,2	44,2	31,7	38,3	46,7	45,0	16,7	26,7
	p-valor*	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,002	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,043	<0,001	0,040	0,012	<0,001	0,207

* Teste de Mann-Whitney; QL2: Escala Global do Estado de Saúde; PF2: Função Física; RF2: Desempenho de Papel; EF: Função Emocional; CF: Função Cognitiva; SF: Função Social; FA: Fadiga; NV: Náusea e Vômito; PA: Dor; DY: Dispneia; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Constipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldade Financeira.

Quanto à percepção da QVRS (por meio do EORTC QLQ-C30) dos pacientes com câncer em QT segundo os níveis de resiliência (Tabela 21), observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com baixa e moderada resiliência e de baixa e alta resiliência nos domínios função física, função emocional e insônia. Já para os domínios estado global de saúde, função cognitiva e dispneia observou-se diferença estatística entre os grupos com baixa e alta resiliência.

Tabela 21. Comparação da percepção da QVRS (EORTC QLQ-C30), segundo os níveis de resiliência dos pacientes oncológicos em QT. Bauru, SP, 2017.

		EORTC QLQ-C30														
Instrumento	Categorias	QL2	PF2	RF2	EF	CF	SF	FA	NV	PA	DY	SL	AP	CO	DI	FI
ER	Baixa	19,44	51,67	54,17	54,86	69,44	68,06	47,22	16,67	44,44	30,56	55,56	44,44	36,11	8,33	27,78
	Moderada	27,08	71,79	69,87	78,04	79,81	82,69	25,43	12,50	26,60	10,90	21,79	19,87	23,72	13,46	14,10
	Alta	31,25	73,74	75,00	75,25	83,08	84,34	28,79	11,36	26,52	8,08	18,18	28,28	18,18	9,60	13,64
	p-valor*	0,020	0,004	0,331	0,027	0,044	0,263	0,087	0,700	0,186	0,030	0,001	0,111	0,308	0,313	0,609

QL2: Escala Global do Estado de Saúde; PF2: Função Física; RF2: Desempenho de Papel; EF: Função Emocional; CF: Função Cognitiva; SF: Função Social; FA: Fadiga; NV: Náusea e Vômito; PA: Dor; DY: Dispneia; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Constipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldade Financeira; * Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto à relação entre os níveis de resiliência e de espiritualidade (tanto com a EEPPR total e por domínio) dos pacientes com câncer em quimioterapia, observa-se na tabela 22 que os pacientes com baixa resiliência apresentaram menor nível de espiritualidade, confirmando-se diferença entre os grupos de baixa e moderada resiliência, assim como entre os grupos de baixa e alta resiliência.

Referente ao nível de esperança dos pacientes com câncer em quimioterapia, os pacientes com baixa resiliência apresentaram menor nível de esperança, confirmando-se diferença entre os grupos de baixa e moderada resiliência, assim como entre os grupos de baixa e alta resiliência e entre os grupos de moderada e alta resiliência (Tabela 22).

Em relação à autoestima dos pacientes com câncer em quimioterapia, os pacientes com baixa resiliência apresentaram menor autoestima, confirmando-se diferença entre os grupos de baixa e alta resiliência (Tabela 22).

No que se refere ao nível de sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em quimioterapia, os participantes com baixa resiliência apresentaram maiores escores na HADS total e por domínio, indicando maiores níveis de sintomas ansiosos e depressivos. Quanto à diferença estatisticamente significativa entre os grupos, confirmou-se entre os grupos de baixa e moderada resiliência, assim como entre os grupos de baixa e alta resiliência para HADS total e HADS ansiedade. Já para HADS depressão, verificou-se diferença entre grupos de baixa e moderada resiliência, assim como entre os grupos de moderada e alta resiliência (Tabela 22).

Tabela 22. Comparação da percepção da espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes oncológicos em QT, segundo os níveis de resiliência. Bauru, SP, 2017.

Instrumentos/ Domínios	Níveis de Resiliência			p-valor
	Baixa	Moderada	Alta	
EEPPR	2,83	3,49	3,71	<0,001
Crenças	3,19	3,74	3,83	0,002

Continua

Continuação

Esperança /Otimismo	2,59	3,32	3,62	<0,001
EEH	35,62	41,48	44,13	<0,001
EAR	30,85	34,04	35,24	0,009
HADS Total	18,08	10,91	8,35	<0,001
HADS Ansiedade	9,38	5,70	5,24	0,011
HADS Depressão	8,69	5,20	3,11	<0,001

*teste de Kruskal-Wallis, seguido de teste de Dunn para comparações múltiplas (P<0.05).

5.5.Fatores associados à QVRS e resiliência dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Dentre os fatores associados à QVRS dos pacientes com câncer em quimioterapia, verifica-se na tabela 23 que, de forma geral, os fatores que se associaram à melhor QVRS dos respondentes quando avaliados pelo SF-36 foram: menor idade, não uso de medicamentos, ausência de metástase, ausência de dor, maior resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e menores sintomas de depressão e de ansiedade.

Tabela 23. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do SF-36 para os pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.

Domínio	Variáveis selecionadas	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.**
Capacidade funcional	1. HADS depressão	Variável contínua	<0,001	0,750	0,653-0,861
		Sim (ref.)	-	1,00	-
	2. Dor	Não	0,011	2,97	1,28-6,85
	3. Idade	Variável Contínua	0,013	0,961	0,931-0,992
Aspectos Físicos	1. HADS depressão	Variável contínua	0,010	0,869	0,781 – 0,966

Continua

Continuação

Dor	1. Dor	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,002	3,92	1,68 – 9,14
	2. HADS ansiedade	Variável contínua	0,003	0,840	0,748 – 0,944
		3. Metástase	Sim (ref.)	---	1,00
	4. Medicação	Não	0,015	2,84	1,23 – 6,56
		Sim (ref.)	---	1,00	---
	4. Medicação	Não	0,046	5,46	1,03 – 28,90
		Estado Geral de Saúde	1. ER	Variável contínua	0,004
Estado Geral de Saúde	2. HADS ansiedade	Variável contínua	0,005	0,837	0,741 – 0,946
	3. EEPPR	Variável contínua	0,036	2,620	1,066 – 6,434
Vitalidade	1. HADS ansiedade	Variável contínua	0,031	0,879	0,781 – 0,988
		2. EEH	Variável contínua	0,018	1,129
	3. Dor	Sim (ref.)	---	1,00	---
Vitalidade	3. Dor	Não	0,038	2,31	1,05 – 5,10
		Aspectos sociais	1. HADS depressão	Variável contínua	<0,001
Aspectos emocionais	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,784	0,688 – 0,893
		2. EAR	Variável contínua	0,009	1,153
Saúde Mental	1. HADS ansiedade	Variável contínua	0,001	0,763	0,648 – 0,898
		2. HADS depressão	Variável contínua	0,023	0,818
	3. EEPPR	Variável contínua	0,045	2,467	1,022 – 5,951

*OR (Odds Ratio) = Razão de risco para melhor QVRS; **Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; Ref.: nível de referência.

Observa-se na dimensão capacidade funcional, que as variáveis sintomas depressivos, presença de dor e idade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de sintomas de depressão (a cada 1 ponto no escore na HADS Depressão, a chance de maior QVRS diminuiu 25,00%), os sem dor (chance 3,0 vezes maior que os com dor), e os com menor idade (a cada 1 ano de idade, a chance de maior QVRS diminuiu 3,90%) (Tabela 23).

No domínio aspectos físicos, a variável sintomas depressivos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de sintomas de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS Depressão, a chance de maior QVRS diminuiu 13,10%) (Tabela 23).

Na dimensão de dor, as variáveis dor, sintomatologia de ansiedade, metástase e uso de medicação foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os sem dor (chance 3,9 vezes maior que os com dor), os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS vida diminuiu 16,00%), os sem metástase (chance 2,8 vezes maior que os com metástase), e os sem medicação (chance 5,5 vezes maior que os com medicação) (Tabela 23).

Para o domínio estado geral de saúde, as variáveis resiliência, sintomas de ansiedade e espiritualidade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de maior QVRS foram os com melhor escore de resiliência (a cada 1 ponto no escore da ER, a chance de maior QVRS aumenta 5,40%), os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS diminuiu 16,30%), e os com maior escore de espiritualidade (a cada 1 ponto no escore da EEPPR, a chance de maior QVRS aumenta 2,6 vezes) (Tabela 23).

Na dimensão vitalidade, as variáveis de sintomas ansiosos, esperança e dor foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS,

a chance de maior QVRS diminui 12,10%), os com maior escore de esperança (a cada 1 ponto no escore da EEH, a chance de melhor QVRS aumenta 12,90%), e os sem dor (chance 2,3 vezes maior que os com dor) (Tabela 23).

No domínio aspectos sociais, a variável sintomas depressivos foi selecionada como sendo significativamente associada à melhor QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de sintomas depressivos (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 19,30%) (Tabela 23).

Na dimensão aspectos emocionais, as variáveis sintomas ansiosos e autoestima foram selecionadas como sendo significativamente associadas à melhor QVRS em aspectos emocionais dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 21,60%), e os com maior escore de autoestima (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS aumenta 15,30%) (Tabela 23).

Na dimensão saúde mental, as variáveis sintomas ansiosos, depressivos e espiritualidade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de maior QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior qualidade de vida diminui 23,70%), os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 18,20%), e os com maior escore de espiritualidade (a cada 1 ponto no escore da EEPPR, a chance de maior QVRS aumenta 2,5 vezes) (Tabela 23).

Dentre os fatores associados à QVRS dos pacientes com câncer em QT, verifica-se na tabela 24 que, de forma geral, os fatores que se associaram à QVRS dos respondentes segundo o EORTC-QLQ-C30 foram: menor idade, sexo masculino, não uso de medicamentos, maior escolaridade, ausência de metástase, ausência de dor, maior resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e menor sintomas de depressão e de ansiedade.

Tabela 24. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do EORTC QLQ-C30 para os pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.

Domínios EORTC QLQ-C30	Variáveis selecionadas	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.**
QL2	1. ER	Variável contínua	0,002	1,041	1,015 – 1,068
PF2	1. HADS depressão	Variável contínua	<0,001	0,731	0,632 – 0,846
PF2	2. Metástase	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,002	3,65	1,61 – 8,29
	3. Idade	Variável contínua	0,022	0,965	0,936 – 0,995
RF2	1. Dor	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,004	3,01	1,42 – 6,37
	2. Idade	Variável contínua	0,035	0,971	0,944 – 0,998
EF	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,573	0,447 – 0,735
	2. Idade	Variável contínua	0,022	1,053	1,008 – 1,101
	3. EEPPR	Variável contínua	0,045	3,271	1,028 – 10,406
	4. Escolaridade	Superior incompleto ou completo (ref.)	---	1,00	---
		Ensino médio	0,874	0,90	0,23 – 3,50
		Não alfabet. ou ensino fundam.	0,014	5,20	1,39 – 19,43
		5. HADS depressão	Variável contínua	0,048	0,810
CF	HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,806	0,714 – 0,909
	ER	Variável contínua	0,039	1,032	1,002 – 1,063
SF	HADS depressão	Variável contínua	0,002	0,842	0,756 – 0,939
	Idade	Variável contínua	0,041	1,032	1,001 – 1,064

Continua

Continuação

FA	1. HADS ansiedade	Variável contínua	0,019	0,842	0,731 – 0,972
	2. HADS depressão	Variável contínua	0,012	0,821	0,705 – 0,957
NV	1. HADS depressão	Variável contínua	<0,001	0,818	0,732 – 0,914
PA	1. Dor	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	<0,001	10,66	4,34 – 26,21
	2. EEH	Variável contínua	0,005	1,164	1,048 – 1,293
	3. Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
Masculino		0,010	4,08	1,40 – 11,88	
DY	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,764	0,672 – 0,868
SL	1. HADS ansiedade	Variável contínua	0,003	0,856	0,773 – 0,947
AP	Metástase	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,025	2,34	1,11 – 4,94
	Idade	Variável contínua	0,008	0,962	0,934 – 0,990
	HADS ansiedade	Variável contínua	0,024	0,888	0,802 – 0,984
CO	1. Dor	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,005	2,95	1,39 – 6,30
	2. HADS depressão	Variável contínua	0,013	0,876	0,789 – 0,972
DI	1. Metástase	Não (ref.)	---	1,00	---
		Sim	0,031	2,47	1,09 – 5,63
FI	1. HADS depressão	Variável contínua	0,014	0,883	0,799 – 0,975

QL2: Escala Global do Estado de Saúde; PF2: Função Física; RF2: Desempenho de Papel; EF: Função Emocional; CF: Função Cognitiva; SF: Função Social; FA: Fadiga; NV: Náusea e Vômito; PA: Dor; DY: Dispneia; SL: Insônia; AP: Perda de Apetite; CO: Constipação; DI: Diarreia; FI: Dificuldade Financeira; *OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para alta resiliência; **Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; Ref.: nível de referência.

Observa-se na dimensão escala global do estado de saúde que a variável resiliência foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com maior escore de resiliência (a cada 1 ponto no escore ER, a chance de maior QVRS aumenta 4,10%) (Tabela 24).

Na dimensão função física verificou-se que as variáveis sintomas depressivos, metástase e idade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 26,90%), os sem metástase (chance 3,7 vezes maior que os com metástase), e os com menor idade (a cada ano de idade, a chance de maior QVRS diminui 3,50%) (Tabela 24).

No domínio desempenho de papel, as variáveis dor e idade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os sem dor (chance 3,0 vezes maior que os com dor), e os com menor idade (a cada ano de idade, a chance de maior QVRS diminui 2,90%) (Tabela 24).

Na dimensão função emocional, as variáveis sintomas ansiosos, idade, espiritualidade, escolaridade e sintomas depressivos foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS diminui 42,70%), os com maior idade (a cada ano de idade, a chance de maior QVRS aumenta 5,30%), os com maior escore de espiritualidade (a cada 1 ponto no escore da EEPPR, a chance de maior QVRS aumenta 3,30 vezes), os com menor escolaridade (não alfabetizado ou ensino fundamental) (chance 5,2 vezes maior que os com superior completo ou incompleto), e os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS Depressão, a chance de QVRS diminui 19,00%) (Tabela 24).

No domínio função cognitiva as variáveis sintomas ansiosos e resiliência foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance

de maior QVRS diminui 19,40%), e os com maior escore de resiliência (a cada 1 ponto no escore da ER, a chance de maior QVRS aumenta 3,20%) (Tabela 24).

Na dimensão função social verificou-se que as variáveis sintomas depressivos e idade foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 15,80%), e os com maior idade (a cada ano de idade, a chance de maior QVRS aumenta 3,20%) (Tabela 24).

Na tabela 24 verifica-se que na dimensão fadiga as variáveis sintomas ansiosos e depressivos foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS Ansiedade, a chance de maior qualidade de vida diminui 15,80%), e os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 17,90%) (Tabela 24).

Para a dimensão náusea e vômito verificou-se que a variável sintomas depressivos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos participantes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior qualidade de vida diminui 18,20%) (Tabela 24).

No domínio dor, as variáveis dor, esperança e sexo foram selecionados como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos entrevistados. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os ausência de dor dor (chance 10,7 vezes maior que os com dor), os com maior escore de esperança (a cada 1 ponto no escore de EEH, a chance de maior QVRS aumenta 16,40%), e os do sexo masculino (chance 4,1 vezes maior que os do sexo feminino) (Tabela 24).

Observa-se na dimensão dispneia que a variável sintomas ansiosos foi selecionada como sendo significativamente associada à melhor QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 23,6%) (Tabela 24).

Na dimensão insônia verificou-se que a variável sintomas ansiosos foi selecionado como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 14,40%) (Tabela 24).

Para dimensão perda de apetite verificou-se que as variáveis metástase, idade e sintomas ansiosos foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos participantes. Os pacientes com maior chance de melhor QVRS foram os ausência de metástase (chance 2,3 vezes maior que os com metástase), os com menos idade (a cada ano de idade, a chance de maior QVRS diminui 3,80%), e os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 11,20%) (Tabela 24).

Verificou-se na dimensão constipação que as variáveis dor e sintomas depressivos foram selecionados como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de maior QVRS foram os ausência de dor (chance 3,0 vezes maior que os com dor), e os com menor escore de sintomas depressivos (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 12,40%) (Tabela 24).

No domínio diarreia, a variável metástase foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de maior QVRS foram os com metástase (chance 2,5 vezes maior que os sem metástase) (Tabela 24).

Observou-se na dimensão dificuldade financeira, que a variável sintomas depressivos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os pacientes com maior chance de QVRS foram os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 11,70%) (Tabela 24).

Na tabela 25 encontram-se os fatores associados à alta resiliência dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápicos.

Tabela 25. Fatores associados à alta resiliência dos pacientes oncológicos em QT, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.

Variáveis selecionadas	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.**
1. EEH	Variável contínua	<0,001	1,236	1,108 – 1,378
2. HADS depressão	Variável contínua	0,010	0,861	0,769 – 0,964
3. EEPPR	Variável contínua	0,022	2,482	1,138 – 5,412

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para alta resiliência; **Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; Ref.: nível de referência.

As variáveis de esperança, sintomas depressivos e espiritualidade foram selecionadas como significativamente associadas à maior resiliência dos respondentes. Os pacientes com maior chance de maior resiliência foram os com maior escore de esperança (a cada 1 ponto no escore da EEH, a chance de maior resiliência aumenta 23,60%), os com menor escore de depressão (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior resiliência diminui 13,90%), e os com maior escore de espiritualidade (a cada 1 ponto no escore da EEPPR, a chance de maior resiliência aumenta 2,5 vezes) (Tabela 25).

5.6. Características sociodemográficas dos familiares

Dos 130 familiares entrevistados, houve a predominância de respondentes do sexo feminino (65,38%), adultos (80%), filhos dos pacientes (41,54%) e coabitação com eles (65,38%) (Tabela 26).

Tabela 26. Distribuição dos familiares, segundo as características sociodemográficas. Bauru, SP, 2017.

Característica	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	85	65,38
	Masculino	45	34,62
			Continua

Continuação

Faixa Etária	18 a 59 anos	104	80,00
	60 anos ou mais	26	20,00
Parentesco	Filho/a	54	41,54
	Esposo/a	49	37,69
	Irmão/ã	16	12,31
	Sobrinho/a	5	3,85
	Mãe/Pai	2	1,54
	Neto/a	2	1,54
	Nora	1	0,77
	Tia	1	0,77
Coabitação	Sim	85	65,38
	Não	45	34,62
Escolaridade	Não Alfabetizado	1	0,77
	Ensino Fundamental	31	23,85
	Ensino Médio	35	26,93
	Superior Incompleto	12	9,23
	Superior Completo	51	39,23
Trabalho	Sim	80	61,54
	Não	50	38,46
Religião	Sim	122	93,85
	Não	8	6,15
Praticante	Sim	103	79,23
	Não	27	20,77
Ajuda na renda	Sim	67	51,54
	Não	63	48,46

Ainda na tabela 23 observa-se que 39,23% (n=51) apresentavam ensino superior completo, 61,54% (n=80) trabalhavam e 79,23% (n=103) eram praticantes de uma crença religiosa. A idade média dos entrevistados foi de 47,11 (\pm 13,91) anos, variando entre 18 e 73 anos.

5.7. Características clínicas e de saúde dos familiares

Após caracterização dos familiares, segundo os dados sociodemográficos, passa-se a avaliar as condições clínicas e de saúde dos familiares, participantes do presente estudo.

Na tabela 27 observa-se que houve o predomínio de familiares, que ajudavam o paciente a realizar alguma atividade de vida diária (n= 100; 76,92%), realizavam atividades de lazer com o/a paciente (n=97; 74,62%), afirmaram ter mudado a rotina de vida, após o início do tratamento do paciente (n=111; 85,38%), acompanhavam o paciente em todas as quimioterapias (n=96; 73,85%) e dormiam bem (n=53; 40,77%).

Tabela 27. Estatística descritiva das características sociodemográficas dos familiares. Bauru, SP, 2017.

Característica	Categoria	N	%
Ajuda o paciente a realizar alguma atividade de vida diária	Sim	100	76,92
	Não	30	23,08
Realiza atividades de lazer com o paciente	Sim	97	74,62
	Não	33	25,38
Mudou a rotina após o início do tratamento do paciente	Sim	111	85,38
	Não	19	14,62
Acompanha o paciente em todas as quimioterapias	Sim	96	73,85
	Não	34	26,15

Continua

Continuação

Qualidade do Sono	Ótimo	31	23,85
	Bom	53	40,77
	Razoável	36	27,69
	Ruim	5	3,85
	Péssimo	5	3,85

5.8. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares

Com relação à QVRS dos familiares, participantes do presente estudo, quando avaliados por meio do SF-36, observa-se na tabela 28 que a melhor percepção da QVRS foi na dimensão “Capacidade Funcional” (86,69 ±17,47) e a pior percepção referiu-se à dimensão “Vitalidade” (66,04 ±18,67).

Tabela 28. Estatística descritiva da QVRS dos familiares e consistência interna do SF-36. Bauru, SP, 2017.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
CF	86,69	17,47	90,00	10,00	100,00	0,89
AF	72,69	37,28	100,00	0,00	100,00	0,86
D	74,28	23,30	72,00	10,00	100,00	0,88
EGS	72,35	17,66	73,50	30,00	100,00	0,75
V	66,04	18,67	70,00	0,00	100,00	0,71
AS	75,96	24,24	81,25	0,00	100,00	0,54
AE	73,59	38,87	100,00	0,00	100,00	0,86
SM	72,12	17,19	76,00	20,00	100,00	0,75

DP: Desvio Padrão

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental

Ainda na tabela 28 observa-se que a confiabilidade dos domínios do SF-36 foi satisfatória na maioria dos domínios, exceto no “Aspecto Social” (0,54).

Com relação ao nível de resiliência dos 130 familiares respondentes, observa-se por meio da aplicação da Escala de Resiliência (ER) o escore médio de 145,43 ($\pm 14,20$) (Tabela 29), valendo lembrar que a pontuação da ER pode variar de 25 a 175 e quanto maior à pontuação, maior o nível de resiliência do familiar.

Tabela 29. Estatística descritiva da resiliência dos familiares. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1. Quando eu faço planos levo até o fim	5,68	1,35	6,00	1,00	7,00
2. Eu costumo lidar com os problemas	6,18	0,97	6,00	1,00	7,00
3. Sou capaz de depender de mim mais do que de qualquer outra pessoa	6,18	1,21	7,00	1,00	7,00
4. Manter interesse nas coisas é importante pra mim	6,42	0,77	7,00	3,00	7,00
5. Eu posso estar por minha conta se precisar	6,29	1,10	7,00	1,00	7,00
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	6,49	0,88	7,00	2,00	7,00
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	4,12	2,00	5,00	1,00	7,00
8. Eu sou amigo de mim mesmo	6,25	1,20	7,00	1,00	7,00
9. Eu sinto que posso lidar com muitas coisas ao mesmo tempo	5,52	1,60	6,00	1,00	7,00
10. Eu sou determinado	6,23	1,03	7,00	2,00	7,00
11. Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas	3,53	2,17	3,00	1,00	7,00

Continua

Continuação

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	4,64	2,07	5,00	1,00	7,00
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já enfrentei dificuldades antes	6,16	1,21	6,00	1,00	7,00
14. Eu sou disciplinado	5,60	1,49	6,00	1,00	7,00
15. Eu mantenho interesse nas Coisas	6,19	0,85	6,00	3,00	7,00
16. Eu normalmente posso achar motivos para rir	5,15	1,01	6,00	1,00	7,00
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar momentos difíceis	6,15	1,17	6,00	1,00	7,00
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa que as pessoas podem contar	6,41	0,99	7,00	1,00	7,00
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	6,26	0,96	6,50	2,00	7,00
20. As vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	5,75	1,46	6,00	1,00	7,00
21. Minha vida tem sentido	6,59	0,75	7,00	3,00	7,00
22. Eu não insisto em coisas as quais não posso fazer nada sobre elas	4,89	1,99	5,00	1,00	7,00
23. Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	6,23	0,82	6,00	3,00	7,00

Continua

Continuação

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer	6,02	1,19	6,00	1,00	7,00
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	6,01	1,59	7,00	1,00	7,00
TOTAL	145,93	14,20	147,00	84,00	173,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na Tabela 29 observa-se as pontuações médias obtidas por item da ER e verifica-se que o item 11 “Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas” apresentou a média mais baixa ($3,53 \pm 2,17$). Por outro lado, o item 21 “Minha vida tem sentido” foi o que apresentou o escore médio mais alto ($6,59 \pm 0,75$). Vale informar ainda, que a consistência interna da ER quando aplicados nos familiares também foi satisfatória, pois o coeficiente de alfa de Cronbach obtido foi 0,85.

Quanto as categorias de resiliência indicadas na tabela 30, observa-se que a maioria dos familiares avaliados apresentou alto nível de resiliência ($n=72$; 55,38%).

Tabela 30. Distribuição dos familiares, segundo o nível de resiliência. Bauru, SP, 2017.

Nível de Resiliência	N	%
Baixo	8	6,15
Moderado	50	38,46
Alto	72	55,38

Quanto ao nível de espiritualidade dos familiares respondentes, segundo a EEPFR, observa-se na tabela 31 que o escore médio obtido foi de 3,66 ($\pm 0,47$), indicando satisfatório o nível de espiritualidade.

Tabela 31. Estatística descritiva da espiritualidade dos familiares, segundo os itens e total da EEPPR. Bauru, SP, 2017.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido a minha vida	3,62	0,75	4,00	1,00	3,00
2. A minha fé e crenças me dão forças nos momentos difíceis	3,76	0,57	4,00	1,00	4,00
3.Vejo o futuro com esperanças	3,76	0,49	4,00	2,00	4,00
4.Sinto que minha vida mudou para melhor	3,36	0,92	4,00	1,00	3,00
5.Aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida	3,77	0,51	4,00	2,00	4,00
Total	3,66	0,47	3,90	1,80	3,40

DP: Desvio Padrão

Ainda na Tabela 31 observa-se o item 5 “Aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida” apresentou o maior valor médio ($3,77 \pm 0,51$), o que demonstra que 80,77% ($n=105$) estavam plenamente de acordo com a afirmação. Por outro lado, o item 4 “Sinto que minha vida mudou para melhor” apresentou o menor escore médio ($3,36 \pm 0,92$), indicando também que 60,77% ($n=79$) estão plenamente, de acordo com a afirmativa. A consistência interna da EEPPR também foi satisfatória, quando aplicada nos familiares, com coeficiente de alfa de Cronbach de 0,79.

Na Tabela 32 observa-se que o escore médio obtido no domínio “Crenças” da EEPPR foi de 3,69 ($\pm 0,60$) e de 3,63 ($\pm 0,48$) em “Esperança/Otimismo”, indicando satisfatória percepção da espiritualidade.

Tabela 32. Estatística descritiva da espiritualidade dos familiares, segundo os domínios da EEPPr e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.

Subescalas da EEPPr	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Crenças	3,69	0,60	4,00	1,00	3,50	0,87
Esperança/Otimismo	3,63	0,48	4,00	2,00	3,33	0,59

DP: Desvio Padrão

Ainda, na tabela 32 verifica-se que a consistência interna do domínio “Crenças” foi satisfatória, porém foi baixa para a dimensão “Esperança/Otimismo”.

Em relação a esperança dos familiares avaliados, observa-se por meio da aplicação da EEH que a pontuação média obtida pelos entrevistados foi de 27,93 ($\pm 2,64$) (Tabela 33), valendo lembrar que a pontuação da EEH pode variar de 12 a 48 e quanto maior o escore, maior o nível de esperança do familiar.

Tabela 33. Estatística descritiva da esperança dos familiares, segundo os itens e total da EEH. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Estou otimista quanto a vida	3,68	0,50	4,00	2,00	4,00
2.Eu tenho planos a curto e longo prazo	3,53	0,65	4,00	2,00	4,00
3.Eu me sinto muito sozinho	1,88	0,93	2,00	1,00	4,00
4.Eu consigo ver possibilidades em meio as dificuldades	3,48	0,63	4,00	1,00	4,00
5.Eu tenho uma fé que me conforta	3,78	0,53	4,00	1,00	4,00
6.Eu tenho medo do futuro	2,35	1,05	2,00	1,00	4,00
7.Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos	3,82	0,41	4,00	2,00	4,00

Continua

Continuação

8.Eu me sinto muito forte	3,48	0,57	4,00	2,00	4,00
9.Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,75	0,50	4,00	2,00	4,00
10.Eu sei onde quero ir	3,65	0,61	4,00	1,00	4,00
11.Eu acredito no valor de cada dia	3,79	0,43	4,00	2,00	4,00
12.Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,86	0,37	4,00	2,00	4,00
Total	27,93	2,64	28,00	19,00	32,00

DP: Desvio Padrão

Na Tabela 33 verifica-se que o item 12 “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade” apresentou a maior média (3,86 \pm 0,37), demonstrando que 86,92% (n=113) concordaram completamente com a afirmativa. Por outro lado, o item 3 “Eu me sinto muito sozinho” apresentou o menor escore médio (1,88 \pm 0,93) demonstrando que 44,62% (n=58) discordaram completamente com a afirmativa. A confiabilidade da EEH foi satisfatória quando aplicada nos familiares, já que o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,80.

Quanto à autoestima dos familiares entrevistados, observa-se na tabela 34, que a pontuação média obtida com a aplicação da EAR foi de 24,55 (\pm 2,06), sendo que a pontuação da EAR pode variar de 10 a 40 e que quanto maior o escore, maior a autoestima do familiar.

Tabela 34. Estatística descritiva da autoestima dos familiares, segundo os itens e total da EAR. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, como as outras pessoas	3,72	0,55	4,00	1,00	4,00
2.Eu acho que tenho várias boas qualidades	3,72	0,45	4,00	3,00	4,00

Continua

Continuação

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso	1,34	0,60	1,00	1,00	4,00
4. Eu acho que sou capaz de fazer a maioria das coisas tão bem como a maioria das pessoas	3,52	0,72	4,00	1,00	4,00
5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar	1,59	0,84	1,00	1,00	4,00
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo	3,59	0,61	4,00	1,00	4,00
7. No conjunto, estou satisfeito comigo	3,53	0,65	4,00	1,00	4,00
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim	2,36	1,11	2,00	1,00	4,00
9. As vezes eu me sinto inútil	1,79	0,99	1,00	1,00	4,00
10. As vezes eu acho que não presto pra nada	1,38	0,75	1,00	1,00	4,00
Total	24,55	2,06	25,00	20,00	30,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na Tabela 34 verifica-se que os itens 1 “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, como as outras pessoas” e 2 “Eu acho que tenho várias boas qualidades” apresentaram a maior média, com valor de 3,72 ($\pm 0,55$) para o item 1, demonstrando que 74,62% (n=97) concordaram totalmente com a afirmativa. Já para o item 2, 72,31% (n=94) dos familiares demonstraram concordância com a afirmativa. Por outro lado, o item 3 “Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso” apresentou o menor escore médio ($1,34 \pm 0,60$), demonstrando que 72,31% (n=94) dos familiares discordaram totalmente com a afirmativa. A consistência interna da EAR foi satisfatória quando aplicada nos familiares, pois o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi 0,78.

Quanto aos sintomas de ansiedade e depressão dos entrevistados, observa-se por meio da aplicação da HADS nos familiares, a pontuação média

de 11,18 ($\pm 6,17$) (Tabela 35), cuja pontuação da HADS pode variar de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e depressão.

Tabela 35. Estatística descritiva dos sintomas ansiosos e depressivos dos familiares, segundo os itens e total da HADS. Bauru, SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1.Eu me sinto tenso e contraído	1,22	0,81	1,00	0,00	3,00
2.Eu ainda sinto o gosto pelas mesmas coisas de antes	0,66	0,76	0,00	0,00	3,00
3. Eu sinto uma espécie medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	1,19	1,00	1,00	0,00	3,00
4.Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	0,46	0,77	0,00	0,00	3,00
5.Estou com a cabeça cheia de preocupação	1,44	0,99	1,00	0,00	3,00
6.Eu me sinto alegre	0,58	0,76	0,00	0,00	3,00
7.Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado	1,08	0,92	1,00	0,00	3,00
8.Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	0,78	0,69	1,00	0,00	3,00
9.Eu tenho uma sensação ruim de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	0,93	0,93	1,00	0,00	3,00
10.Eu perdi o interesse de cuidas da minha aparência	0,48	0,75	0,00	0,00	3,00
11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum	0,78	0,78	1,00	0,00	3,00
12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	0,52	0,93	0,00	0,00	3,00

Continua

Continuação

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	0,48	0,64	0,00	0,00	3,00
14. Consigo sentir prazer quando assisto um programa de TV, rádio ou quando leio algo	0,67	0,96	0,00	0,00	3,00
Total	11,18	6,17	10,00	0,00	3,00

DP: Desvio Padrão

Ainda na tabela 35 verifica-se que o item 5 “Estou com a cabeça cheia de preocupação” apresentou a maior pontuação média (1,44 \pm 0,99), demonstrando que 39,23% (n=51) indicaram que de vez em quando estão com a cabeça cheia de preocupações. Por outro lado, o item 4 “Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas” apresentou o menor escore médio (0,46 \pm 0,77), demonstrando que 68,46% (n=89) responderam dão risada e se divertem quando vêem coisas engraçadas do mesmo jeito que antes. A HADS apresentou satisfatória consistência interna ao ser aplicada nos familiares, com o coeficiente alfa de Cronbach de 0,79.

Na tabela 36 observa-se que o escore médio obtido na subescala da HADS de sintomas ansiosos e de sintomas depressivos foi de 7,13 (\pm 3,75) e 4,15 (\pm 3,25), respectivamente. Além disso, a consistência interna das subescalas da HADS foi satisfatória para sintomas ansiosos e aceitável para sintomas depressivos.

Tabela 36. Estatística descritiva da sintomatologia de ansiedade e depressão dos familiares, segundo os domínios da HADS e sua consistência interna. Bauru, SP, 2017.

Subescalas da HADS	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Ansiedade	7,13	3,75	7,00	0,00	17,00	0,72
Depressão	4,15	3,25	4,00	0,00	14,00	0,65

DP: Desvio Padrão

Dentre os 130 familiares avaliados, 54 (41,54%) apresentaram sintomas de ansiedade e 20 (15,38%) de sintomas depressivos.

5.9. Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos familiares

Quanto às relações entre a QVRS e a resiliência, observa-se na tabela 37 que houve correlação positiva, de fraca a moderada magnitude, com significância estatística nos domínios estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Quanto à relação da QVRS e resiliência com os níveis de espiritualidade, observa-se que não se observou correlação significativa entre a QVRS e a espiritualidade, exceto na dimensão saúde mental, que se verificou correlação positiva, de fraca magnitude com a dimensão esperança/otimismo da EEPPR ($r= 0,183$; $p=0,037$). Já entre a resiliência e a espiritualidade, observou-se correlação positiva e significativa, tanto com a EEPPR total, quando em seus domínios (Tabela 37).

Na relação entre a QVRS e a esperança e autoestima, observa-se que houve correlação positiva, de fraca a moderada magnitude, com significância estatística entre a EEH e os domínios estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Já com a EAR verificou-se significância estatística em todas as dimensões do SF-36, exceto na dor. A resiliência se correlacionou positivamente, com moderada magnitude, com a esperança e com a autoestima (Tabela 37).

Quanto à relação entre a percepção da QVRS e os sintomas ansiosos e depressivos dos familiares, observou-se correlação negativa, de fraca a moderada magnitude, com significância estatística na maioria dos domínios do SF-36, exceto na capacidade funcional e especificamente entre a HADS ansiedade e o estado geral de saúde. Verificou-se também correlação negativa, de fraca magnitude entre a ER e a HADS total e por domínio (Tabela 37).

Tabela 37. Coeficientes de Correlação de Spearman entre os domínios de QVRS do SF-36 e as escalas ER, EEPPR, EEH, EA e HADS dos familiares. Bauru, SP, 2017.

Instrumento/ Domínios		ER	EEPPR			EEH	EAR	HADS		
			Total	Crenças	EO			Total	Ansiedade	Depressão
SF-36										
CF	r	0,135	0,140	0,160	0,120	0,100	<u>0,225</u>	-0,096	-0,112	-0,126
	p-valor	0,125	0,111	0,070	0,174	0,256	0,010	0,279	0,205	0,154
AF	r	0,054	0,067	0,154	0,016	0,017	<u>0,211</u>	<u>-0,286</u>	<u>-0,290</u>	<u>-0,312</u>
	p-valor	0,540	0,447	0,081	0,856	0,847	0,016	0,001	0,001	0,001
D	r	0,146	0,063	0,072	0,050	0,039	0,133	<u>-0,189</u>	<u>-0,193</u>	<u>-0,135</u>
	p-valor	0,097	0,473	0,418	0,572	0,655	0,131	0,031	0,028	0,125
EGS	r	<u>0,225</u>	0,089	0,152	0,042	<u>0,204</u>	<u>0,360</u>	<u>-0,255</u>	-0,150	<u>-0,368</u>
	p-valor	0,010	0,312	0,084	0,634	0,020	<0,001	0,003	0,088	<0,001
V	r	<u>0,320</u>	0,120	0,000	0,140	<u>0,383</u>	<u>0,390</u>	<u>-0,555</u>	<u>-0,488</u>	<u>-0,571</u>
	p-valor	0,001	0,177	0,997	0,111	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
AS	r	<u>0,214</u>	0,142	0,019	0,160	<u>0,275</u>	<u>0,269</u>	<u>-0,337</u>	<u>-0,404</u>	<u>-0,262</u>
	p-valor	0,014	0,106	0,829	0,070	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,003
AE	r	<u>0,189</u>	0,119	0,024	0,159	<u>0,248</u>	<u>0,294</u>	<u>-0,401</u>	<u>-0,443</u>	<u>-0,357</u>
	p-valor	0,031	0,179	0,788	0,070	0,004	0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Continua

Continuação

SM	r	<u>0,258</u>	0,170	0,021	<u>0,183</u>	<u>0,391</u>	<u>0,433</u>	<u>-0,545</u>	<u>-0,594</u>	<u>-0,418</u>
	p-valor	0,003	0,053	0,816	0,037	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
ER	r	--	<u>0,366</u>	<u>0,336</u>	<u>0,360</u>	<u>0,460</u>	<u>0,440</u>	<u>-0,289</u>	<u>-0,284</u>	<u>-0,235</u>
	p-valor	--	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,001	0,007

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental.

Verifica-se na tabela 38 que os familiares com sintomas depressivos e com sintomas ansiosos apresentaram pior QVRS e resiliência que os familiares sem os referidos sintomas, com diferença estatisticamente entre a HADS depressão e as dimensões de QVRS aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, assim como com a ER. Especificamente na HADS ansiedade observou-se diferença entre os grupos (familiares com e sem sintomas ansiosos), nas dimensões de QVRS aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, assim como com a ER (Tabela 38).

Tabela 38. Comparação da percepção da QVRS (SF-36) e resiliência (ER), segundo a presença de sintomas ansiosos e depressivos (HADS) dos familiares. Bauru, SP, 2017.

Instrumentos	Variáveis	SF-36								ER
		CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM	
HADS Depressão	Sem sintomas depressivos	87,34	77,52	75,18	74,24	69,86	78,67	77,68	75,30	147,40
	Com sintomas depressivos	83,33	47,62	69,62	62,57	46,19	61,90	52,38	55,62	138,29
	p-valor*	0,550	0,003	0,464	0,005	<0,001	0,037	0,013	<0,001	0,031
HADS Ansiedade	Sem sintomas depressivos	88,49	82,89	76,26	73,67	73,22	83,39	87,28	79,68	148,58
	Com sintomas depressivos	84,17	58,33	71,50	70,50	55,93	65,51	54,32	61,48	142,20
	p-valor*	0,490	<0,001	0,330	0,292	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,022

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; * Teste de Mann-Whitney.

Quanto à percepção da QVRS dos familiares dos pacientes com câncer, segundo os níveis de resiliência dos familiares (baixa, moderada e alta), verifica-se na tabela 39 que houve diferença entre os grupos de familiares com baixa resiliência e os de moderada resiliência na dimensão estado geral de saúde, assim como observou-se diferença entre os grupos de familiares com baixa e alta resiliência na dimensão estado geral de saúde e vitalidade.

Tabela 39. Comparação da percepção da QVRS (SF-36), segundo os níveis de resiliência dos familiares. Bauru, SP, 2017.

Instrumento	Categorias	SF-36							
		CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
ER	Baixa	80,00	68,75	56,50	54,00	51,25	68,75	62,50	58,00
	Moderada	86,50	78,00	73,90	73,28	63,30	74,25	69,33	72,16
	Alta	87,57	69,44	76,53	73,75	69,58	77,95	77,78	73,67
	p-valor *	0,452	0,319	0,076	0,023	0,007	0,367	0,285	0,053

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; * Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto à relação entre os níveis de resiliência e de espiritualidade (tanto com a EEPPR total e por domínio) dos familiares dos pacientes com câncer em quimioterapia, observa-se na tabela 40, que os familiares com baixa resiliência apresentaram menor nível de espiritualidade, confirmando-se diferença estatística entre os grupos de baixa e alta resiliência.

Referente ao nível de esperança dos familiares dos pacientes com câncer em quimioterapia, os respondentes com baixa resiliência apresentaram menor nível de esperança, confirmando-se diferença estatística entre os grupos de baixa e alta resiliência (Tabela 40).

Em relação à autoestima dos familiares dos pacientes com câncer em quimioterapia, os entrevistados com baixa resiliência apresentaram menor autoestima, confirmando-se diferença estatística entre os grupos de baixa e alta resiliência (Tabela 40).

Tabela 40. Comparação da percepção da espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares, segundo os níveis de resiliência. Bauru, SP, 2017.

Instrumentos/ Domínios	Níveis De Resiliência			p-valor*
	Baixa	Moderada	Alta	
EEPPR	3,23	3,52	3,80	<0,001
Crenças	3,31	3,50	3,87	<0,002
Esperança/ Otimismo	3,17	3,53	3,75	0,002
EEH	37,75	41,54	43,78	<0,001
EAR	30,50	33,50	35,85	<0,001
HADS Total	18,63	11,66	10,01	0,001
HADS Ansiedade	11,63	7,16	6,61	0,010
HADS Depressão	7,00	4,50	3,60	0,007

* Teste de Kruskal-Wallis, seguido de teste de Dunn para comparações múltiplas ($p \leq 0,05$).

No que se refere ao nível de sintomas ansiosos e depressivos dos familiares dos pacientes com câncer em quimioterapia, observa-se na tabela 40, que os familiares com baixa resiliência apresentaram maiores escores na HADS total e por domínio, indicando maiores níveis de sintomas ansiosos e depressivos. Quanto à diferença estatisticamente significativa entre os grupos, confirmou-se entre os grupos de baixa resiliência com os grupos de moderada e de alta resiliência, tanto na HADS Total, quanto nos domínios ansiedade e depressão.

5.10. Fatores associados à QVRS e resiliência dos familiares

Dentre os fatores associados à melhor QVRS dos familiares, verifica-se na tabela 41 que, de forma geral, os fatores que se associaram à QVRS em alguma dimensão do SF-36 foram: sexo masculino, maior autoestima, ausência de sintomas ansiosos e depressivos, não ajudas na renda e não coabitação com o paciente.

Tabela 41. Fatores associados à melhor QVRS nos domínios do SF-36 para os familiares, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.

Domínio	Variáveis selecionadas	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.**
Capacidade Funcional	1. Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
		Masculino	<0,001	6,35	2,42 – 16,63
	2. Ajuda na renda	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,005	3,41	1,46 – 7,99
Aspectos Físicos	1. HADS depressão	Variável contínua	0,004	0,840	0,747 – 0,945
Dor	1. Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
		Masculino	0,019	2,56	1,17 – 5,62

Continua

Continuação

Estado Geral de Saúde	1. EAR	Variável contínua	<0,001	1,225	1,099 – 1,365
	2. Mora com o paciente	Sim (ref.)	---	1,00	---
		Não	0,005	3,23	1,43 – 7,31
Vitalidade	1. HADS depressão	Variável contínua	<0,001	0,740	0,624 – 0,879
	2. Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
		Masculino	0,004	3,88	1,54 – 9,81
	3. EAR	Variável contínua	0,007	1,178	1,046 – 1,327
Aspectos sociais	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,814	0,729 – 0,909
Aspectos emocionais	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,757	0,669 – 0,856
Saúde Mental	1. HADS ansiedade	Variável contínua	<0,001	0,706	0,603 – 0,827
	2. Sexo	Feminino (ref.)	---	1,00	---
		Masculino	0,016	3,09	1,24 – 7,70
	3. EAR	Variável contínua	0,031	1,143	1,012 – 1,290

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para melhor QVRS; **Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; Ref.: nível de referência.

Na tabela 41 observa-se na dimensão capacidade funcional que as variáveis sexo e ajuda na renda foram selecionadas como sendo significativamente associadas à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram: os do sexo masculino (chance 6,4 vezes maior que os do sexo feminino), e os que não ajudam na renda (chance 3,4 vezes maior que os que ajudam).

Na dimensão aspectos físicos, verifica-se que a variável sintomas depressivos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de sintomas depressivos (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 16,00%) (Tabela 41).

No domínio dor, a variável sexo foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foi o do sexo masculino (chance 2,6 vezes maior que os do sexo feminino) (Tabela 41).

Para a dimensão estado geral de saúde, verificou-se que as variáveis sexo e mora com o paciente foram selecionados como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram os com maior escore de autoestima (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS aumenta 22,50%), e os que não coabitam com o paciente (chance 3,2 vezes maior que os que moram) (Tabela 41).

No domínio vitalidade, que as variáveis sintomas depressivos, sexo e autoestima foram selecionados como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de sintomas depressivos (a cada 1 ponto no escore da HADS depressão, a chance de maior QVRS diminui 26,00%), os do sexo masculino (chance 3,9 vezes maior que os do sexo feminino), e os com maior escore de autoestima (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS aumenta 17,80%) (Tabela 41).

Na dimensão aspectos sociais, a variável sintomas ansiosos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QV diminui 18,60%) (Tabela 41).

Na dimensão aspectos emocionais, verifica-se que a variável sintomas ansiosos foi selecionada como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS

foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 24,30%) (Tabela 41).

No domínio saúde mental as variáveis sintomas ansiosos, sexo e autoestima foram selecionados como sendo significativamente associada à maior QVRS dos respondentes. Os familiares com maior chance de melhor QVRS foram os com menor escore de ansiedade (a cada 1 ponto no escore da HADS ansiedade, a chance de maior QVRS diminui 29,40%), os do sexo masculino (chance 3.1 vezes maior que os do sexo feminino), e os com maior escore de autoestima (a cada 1 ponto no escore da EAR, a chance de maior QVRS aumenta 14,30%) (Tabela 41).

Na Tabela 42 observam-se os fatores associados à alta resiliência dos familiares.

Tabela 42. Fatores associados à alta resiliência dos familiares, segundo análises de regressão logística multivariada. Bauru, SP, 2017.

Variáveis selecionadas	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.**
1. EEH	Variável contínua	<0,001	1,255	1.130 – 1,393
3. Prática Religiosa	Não (ref.)	---	1,00	---
	Sim	0,021	2,83	1,17 – 6,82

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para alta resiliência; **Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco; Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; Ref.: nível de referência.

Os familiares com maior chance de melhor resiliência foram os com maior escore de esperança (a cada 1 ponto no escore da EEH, a chance de maior resiliência aumenta 25,5%), e os praticantes religiosos (chance 2,8 vezes maior que os não praticantes) (Tabela 42).

6.DISSCUSSÃO

6.1.Caracterização sociodemográfica, clínica, terapêutica e de saúde dos pacientes oncológicos em QT.

Na presente pesquisa observou-se a predominância do sexo feminino (72,3%), sendo semelhante aos estudos de Tan et al. (2016) e de Monteiro et al. (2013). Tan et al. (2016) realizaram uma investigação com 128 participantes com câncer de pulmão de Cingapura e verificaram a predominância de mulheres (n=57; 89,0%). Monteiro et al. (2013), em uma pesquisa realizada em Portugal, avaliaram 36 adultos jovens com câncer e 24 (66,7%) respondentes eram mulheres.

Com relação à idade média dos pacientes entrevistados na presente pesquisa, o valor médio foi de 59,76 anos, variando de 28 a 84 anos. Estudos com resultados semelhantes foram encontrados na literatura, como o de Ristevska-Dimitrovska et al. (2015), realizado em Bitola e Skopje (Macedônia), com 218 participantes com câncer de mama, verificando-se a idade média das participantes de 60,2 anos. Dubey et al. (2015) desenvolveram uma investigação com 68 pacientes com câncer na Suíça e observaram que a idade média dos respondentes foi 63,2 anos, variando de 29 a 87 anos. No estudo realizado por Li, Yang e Wang (2016), com 365 pacientes com câncer na bexiga, atendidos em um hospital da China (na província de Liaoning), verificaram a idade média dos participantes de 63,76 anos. Jung et al. (2017), em um estudo desenvolvido em dois centros médicos da Coréia do Sul, com 830 entrevistados com câncer de pulmão, verificou que 619 (74,6%) pacientes apresentavam idade igual ou superior a 70 anos.

Na presente pesquisa predominou-se a situação conjugal de casados (n=80; 61,5%), sendo semelhante a diversas investigações publicadas na literatura, como o estudo de Lobo et al. (2014), desenvolvido em Fortaleza, Ceará, com 145 mulheres com câncer de mama, no qual 82 respondentes (56,6%) eram casadas ou viviam em união estável. Cohen, Baziliansky e Beny (2014), na pesquisa desenvolvida em Israel, com 92 pacientes com câncer colorretal, também verificaram que a maioria da amostra era de casados (60%). Honorato et al. (2017) realizaram uma investigação no Hospital das Clínicas de

Marília, São Paulo, com 50 pacientes adultos com câncer do aparelho digestivo, verificando-se que 28 entrevistados (76,0%) eram casados ou moravam com parceiro. Li, Yang e Wang, (2016), na pesquisa realizada no Primeiro Hospital da Universidade Médica da China, na Província de Liaoning - China, constataram que dos 365 pacientes com câncer de bexiga, 90,4% eram casados. Solano et al. (2016), em um estudo com 44 pacientes com câncer colorretal, atendidos no Departamento de Oncologia Clínica de um Hospital Terciário do Estado de São Paulo, verificaram que a maioria dos entrevistados eram casados (n=33; 75,0%). Jung et al. (2017), em um estudo desenvolvido em instituições da Coreia do Sul, com 830 entrevistados com câncer de pulmão, verificaram que 764 (92%) eram casados.

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, verificou-se na presente pesquisa que 54 (41,5%) participantes apresentavam ensino fundamental. Na literatura encontram-se resultados semelhantes, como se observa no estudo de Lobo et al. (2014), no qual das 145 mulheres com câncer de mama entrevistadas, 50 (34,5%) apresentavam de 5 a 8 anos de estudo. Tan et al. (2016) observaram que 18 (56,3%) participantes estudaram a educação primária. Honorato et al. (2017) indicaram que 21 (42,0%) entrevistados realizaram o primário. Li, Yang, Wang (2016) observaram que 201 (57,5%) entrevistados estudaram a escola primária. Fregnani et al. (2017), em uma pesquisa com 20 mulheres, atendidas no Departamento de Prevenção e Ginecologia Oncológica do Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo, observaram que 12 (60,0%) participantes apresentavam ensino fundamental.

Quanto à prática de alguma religião, a maioria dos pacientes avaliados no presente estudo era praticante de uma religião (n=102; 78,4%), sendo que 83 (63,8%) eram católicos. Um estudo semelhante foi o de Tan et al. (2016), em que 89,0% (n=57) dos entrevistados indicaram uma religião. Leão et al. (2015), em uma pesquisa com 15 pacientes diagnosticados com câncer de mama, realizado em um centro de quimioterapia de um instituto de referência em oncologia do Estado do Rio de Janeiro, indicam que para melhoria da QVRS dos pacientes com câncer torna-se crucial a continuidade das atividades da vida diária, a participação em projetos relacionados à religião e o desempenho de atividades que proporcionam bem-estar e aptidão física. Sette e Gradwohl (2014), em uma investigação com 10 pacientes em quimioterapia

em uma clínica de oncologia em um município do interior de SP, indicam que a religião esteve muito presente nos relatos dos pacientes e foi utilizada principalmente como uma maneira de apoio para enfrentar a doença, sendo que alguns pacientes se referiam à Deus como forma de se apegar a algo que traria conforto, auxiliando-os na aceitação da realidade. Custódio (2016), que avaliou 55 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, verificou que 26 (47,3%) eram católicos.

Em relação à ocupação, observa-se no presente estudo que a maioria dos entrevistados não trabalhava (n=93; 71,5%), sendo semelhante à pesquisa de Jung et al. (2017), na qual dos 830 participantes, 507 não estavam empregados (61,1%).

Quanto à aposentadoria, a maioria dos pacientes não eram aposentados N=66 (50,7%). No estudo de Coelho (2015), com 67 mulheres com diagnóstico de câncer de mama em quimioterapia, atendidas em um hospital público universitário no Estado do Paraná, identificou-se 58 (86,6%) pacientes eram aposentados. Lobo (2013) desenvolveu uma pesquisa em Fortaleza, Ceará, com 145 mulheres com câncer de mama e identificou que 140 (96,6%) não eram aposentadas.

Com relação à moradia, 105 (80,7%) pacientes relataram apresentar moradia alugada, indo de encontro aos estudos citados a seguir, como o de Leite, Nogueira e Terra (2015a), desenvolvido em uma unidade ambulatorial de oncologia de um hospital geral de médio porte, de um município do Sul do Estado de Minas Gerais, com 156 pacientes com câncer e que identificou que 85,9% dos participantes (n=134) possuíam casa própria. Na pesquisa de Trindade et al. (2016), desenvolvida com 665 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, de um município localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, verificaram que 562 respondentes (85,5%) possuíam casa própria.

Quanto à presença de filhos e número de pessoas no domicílio, identificou-se no presente estudo que 112 (86,1%) respondentes tinham filhos e que a média de filhos e de moradores no domicílio foi de 2,36 e 2,76, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados por Tan et al. (2016), em que 42 participantes (65,62%) moravam junto com o cônjuge ou

com criança. Além disso, Jung et al. (2017) verificaram que dos 830 participantes, 780 (93,9%) coabitaram com duas ou mais pessoas na casa. Coelho (2015), em seu estudo com 67 mulheres com diagnóstico de câncer de mama em quimioterapia atendidos em um hospital público universitário no Estado do Paraná, identificou que das 67 mulheres entrevistadas, 43 (64,2%) tinham de 1 a 3 filhos.

Relacionado à qualidade do sono, encontrou-se na presente pesquisa que 62 (47,9%) pacientes indicaram o sono como bom. Resultado semelhante foi verificado por Silva (2016), que desenvolveu um estudo nos ambulatórios de quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Hospital Dr. Hélio Angotti, ambos da cidade de Uberaba, Minas Gerais, com 163 pacientes oncológicos, em que verificou que grande parte dos pacientes (66,9%) classificou a qualidade do sono como boa. Franzi e Silva (2003) entrevistaram 49 pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis, São Paulo, comparando-se os grupos de pacientes que foram previamente submetidos a cirurgia, com aqueles que nunca foram operados e verificaram que ambos os grupos relataram não apresentar alterações do sono.

Resultados diferentes quanto ao sono foram encontrados nos estudos de Mansano-Schlosser e Ceolim (2016), Mansano-Schlosser e Ceolim (2017) e Amorim, Silva e Shimizu (2017).

Mansano-Schlosser e Ceolim (2016) em estudo com 107 mulheres com câncer de mama, realizado em três ambulatórios e na enfermaria de oncologia cirúrgica de um hospital universitário especializado em saúde da mulher no interior de São Paulo, identificou má qualidade do sono nas quatro etapas, ocorrendo em 57,0% das mulheres em T0 (início do tratamento) e em 59,8% em T3 (término do tratamento). Mansano-Schlosser e Ceolim (2017) em outro estudo realizado em um Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com grande abrangência no Estado de São Paulo, englobando 42 municípios, recrutou 102 mulheres com câncer de mama, onde a má qualidade do sono foi observada em 57,8% das mulheres. Amorim, Silva e Shimizu (2017) em uma investigação com 36 pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um hospital de referência em oncologia da cidade de Teresina, Piauí, verificaram que 21 respondentes (58,4%) apresentaram má

qualidade de sono, com uma pontuação entre 5 e 10, já os outros 15 pacientes (41,8%) obtiveram pontuação entre 0 e 4, evidenciando uma boa qualidade de sono.

Quanto à realização de atividades de lazer, 87 (66,9%) pacientes indicaram apresentar tais atividades. Fangel et al. (2013) indicaram na pesquisa desenvolvida com 42 mulheres com câncer de mama em quimioterapia, realizados em um núcleo especializado em reabilitação física e psicossocial para mulheres com câncer de mama, que 32 (76,0%) respondentes mantiveram as atividades de lazer e identificaram-nas como: passeios, caminhadas, visitas a familiares, utilização da internet e, ainda, bordar, ler e cozinhar. Franzi e Silva (2003) citaram em seu estudo, especificamente na questão referente aos hábitos cotidianos, que 43 (86,0%) pacientes entre 21 a 40 anos, de 41 a 60 anos (40,0%) e entre 61 a 80 anos (36,0%), responderam que não encontravam dificuldades para realizar qualquer atividade de lazer. Na investigação de Yu, Lavoué e Parent (2014), com 1.937 casos (homens adultos com câncer de próstata atendidos em hospitais franceses de Montreal) e 1.995 controles, verificaram que 908 (47,7%) casos e 931 (47,5%) controles, respectivamente, realizavam atividades de lazer.

Quanto às condições físicas dos participantes do presente estudo, observou-se que 99 pacientes (76,1%) eram sedentários, assemelhando-se ao encontrado na pesquisa de Silva (2013), que entrevistou 26 mulheres com câncer de mama em quimioterapiado Ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto HCFMRP-USP e que verificou que 19 (73,1%) participantes eram sedentárias. Li, Yang e Wang (2016) observaram que dos 365 respondentes de sua investigação, 199 (54,5%) não faziam atividade física regularmente. Leite, Nogueira e Terra (2015a) afirmam que dos 156 pacientes avaliados, 75,66% não praticavam atividade física. Coelho (2015) identificou que a maioria das mulheres entrevistadas (n=50; 74,6%) não praticava atividade física.

Com relação à queda do paciente em 1 ano, identificou-se na presente investigação que 104 pacientes (80,0%) não apresentaram quedas. No estudo de Weed-Pfaff et al. (2016), realizado com 1.748 pacientes com câncer em Clínicas e Hospitais de Cleveland, Ohio, verificou-se que apenas 42 pacientes

apresentaram quedas (2,4%), indo ao encontro com nosso estudo, onde a maioria não apresentou queda.

Referente ao relato de perda de peso, a maioria dos respondentes do presente estudo não apresentaram redução do peso (n=74; 56,9%), sendo semelhante ao achado de Custódio (2016), que observou em sua pesquisa que das 55 mulheres avaliadas que apresentavam câncer de mama em quimioterapia, atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 21,8% (n=12) não perderam peso.

Em relação à presença de dor, a maioria dos entrevistados da presente pesquisa não referiram dor relacionada ao câncer (n=78; 60,0%). Soares (2013), em um estudo com 90 mulheres com câncer de mama no Ambulatório de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho, em Aracaju – Sergipe, verificou que 59 participantes (66,0%) não apresentaram dor relacionada à sua doença.

Quanto ao uso de medicamentos diários, na presente investigação observou-se que 115 entrevistados faziam uso de medicamentos (88,4%), sendo que 93 (71,5%) faziam uso de um a quatro medicamentos. Silva (2013) observou que 57,7% dos entrevistados declararam fazer uso regular de mais de um medicamento.

Quanto ao plano de saúde que os participantes possuíam, 90 pacientes (69,2%) do presente estudo tinham seu tratamento realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Gonçalves (2013) realizou seu estudo em um ambulatório de Oncologia Clínica em Sergipe, com 100 mulheres, que tinham câncer de mama e faziam quimioterapia, sendo que 51 (51,0%) pacientes tiveram primeira consulta pelo SUS. Leite, Nogueira e Terra (2015a) observaram que 156 (100%) pacientes tiveram seu atendimento pelo SUS.

Quanto ao tempo médio de tratamento quimioterápico, observou-se na presente investigação a média de 22,38 meses. Alguns estudos vão de encontro aos nossos resultados, como o de Santichi et al. (2012), que dos 27 participantes com câncer de mama atendidos no Ambulatório de Oncologia Clínica, vinculado a Hospital Geral, localizado na cidade de Americana-SP, 10 pacientes apresentaram uma média de 210 meses em tratamento quimioterápico. Na pesquisa de Leite, Nogueira e Terra (2015b) evidenciou-se que os pacientes que tinham mais de 12 meses de tratamento QT eram 15

(9,7%). No estudo de Lobo et al. (2014) identificou-se que a maioria (n=99; 68,3%) realizou o tratamento por menos de 6 meses.

Outro dado que merece destaque relaciona-se ao câncer mais prevalente na amostra estudada, em que se observou o predomínio do diagnóstico médico de câncer de mama (n=51; 39,2%), sendo semelhante à pesquisa de Ristevska-Dimitrovska et al. (2015), que de 218 pacientes avaliados, 52 (27,9%) tiveram câncer de mama. Bergerot, Laros e Araujo (2014) entrevistaram 200 pacientes com diagnóstico de câncer, atendidos no setor de psico-oncologia de um centro especializado e observaram que o câncer de mama foi o mais prevalente (n=60; 30,0%). No estudo realizado por Bergerot, Araujo e Tróccoli (2014), em um centro especializado em oncologia, localizado na cidade de Brasília, observaram que de 328 pacientes com câncer avaliados, 78 (23,8%) tinham câncer de mama. Neste contexto cabe destacar que o câncer de mama em mulheres é o câncer mais incidente em todo mundo (INCA, 2016; WHO, 2008).

Ainda quanto ao diagnóstico de câncer, o segundo mais frequente no presente estudo foi o câncer de intestino (n=28; 21,5%). Nicolussi et al. (2014) realizaram um estudo com 152 pacientes, entre 2009 e 2011, em dois centros de quimioterapia, em Ribeirão Preto, São Paulo, identificaram que 36 pacientes (23,7%) tinham câncer de mama e 33 (21,7%) apresentavam câncer de intestino, corroborando os dados do presente estudo, já que o mesmo também apresentou o câncer de mama e o de intestino como os mais frequentes.

Estudo do INCA (2016) aponta a estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Entre as mulheres, as maiores frequências encontradas foram o câncer de mama em primeiro lugar (28,1%) e em segundo foi o câncer de intestino (8,6%). Já para os homens, o mais freqüente foi o câncer de próstata (28,6%), seguido de pulmão (8,1%).

Quanto à realização de cirurgia entre os pacientes da presente pesquisa, observou-se que 96 entrevistados (73,8%) já haviam realizado cirurgia em algum momento após o diagnóstico de câncer. Balsanelli (2012) realizou uma pesquisa com 112 mulheres em tratamento quimioterápico no Hospital Pérola Byington, localizado na cidade de São Paulo e verificou que 77 pacientes (63,0%) realizaram cirurgia previamente à quimioterapia. Já Ristevska-

Dimitrovska et al. (2015) e Lobo et al. (2014) verificaram que 33% (n=72) e 56,6% (n=82) dos respondentes, respectivamente, haviam realizado cirurgia combinada com quimioterapia.

Em relação à presença de metástase, na pesquisa observou-se que a maioria dos entrevistados não apresentaram metástase (n=67; 51,5%). O mesmo foi verificado por Dubey et al. (2015), em um estudo desenvolvido com 68 pacientes com câncer, em que a maioria dos participantes não apresentavam metástases (n=41; 60,3%). Gonçalves (2013) observaram também que de 100 mulheres com câncer de mama avaliadas em seu estudo, 66 (66,0%) não apresentaram metástases.

Com relação à realização de tratamento radioterápico, observa-se no presente estudo que a maioria não realizou tratamento radioterápico (n=86; 66,15). Resultados semelhantes foram obtidos por Mendes (2017), que desenvolveu um estudo no Setor de Clínica Cirúrgica do Hospital Haroldo Juaçaba (Instituto do Câncer do Ceará), localizado em Fortaleza - Ceará, observou que apenas 12 pacientes (27,3%), das 113 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, haviam realizado radioterapia.

Relacionado ao protocolo de tratamento quimioterápico para os pacientes com câncer de mama do presente estudo, observou-se que a maior frequência foi do protocolo “Adriplastina, Ciclofosfamida e Paclitaxel–Taxol” (AC+T) (n=21; 41,1%), assemelhando-se à pesquisa de Coelho (2015), em pesquisa realizada em um hospital público universitário no Estado do Paraná, observou que dos 67 pacientes mulheres com diagnóstico de câncer de mama em quimioterapia, a maioria apresentou o esquema de quimioterapia AC+T (n=32; 47,7%). Balsanelli (2012) verificou que 39,5% dos pacientes realizaram o mesmo esquema de quimioterapia (AC+T), dos 122 pacientes oncológicos do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama, atendidos no Hospital Público Pérola Byington, localizado na cidade de São Paulo. Gonçalves (2013) também verificou que de 100 pacientes mulheres com câncer de mama avaliadas, 32 (66,7%) fizeram o protocolo AC+T.

Já para o câncer de intestino, que ficou como o segundo tipo de câncer mais frequente na presente pesquisa, observou-se que o protocolo de quimioterapia 5-Fluoracila foi o mais comum (n=8; 28,5%). Nicolussi et al.

(2014) realizaram estudo com 152 pacientes com câncer atendidos no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Paulo, verificando-se que 19 pacientes (12,5%) utilizavam 5-Fluorouracil (5-FU). Martins, Wagner e Linden (2013), em um estudo de revisão bibliográfica sobre o quimioterápico 5-Fluoracil no câncer colorretal, relataram que o 5-Fluoracil é administrado, tanto como único ou com mais quimioterápicos concomitantes e em esquemas infusionais combinados, assemelhando-se ao presente estudo.

Sabe-se que quem decide sobre o melhor tratamento a ser realizado pelo paciente oncológico é o médico oncologista, onde o mesmo irá avaliar a doença existente desse paciente, suas condições clínicas para evitar que ocorra agravos à sua saúde, conduta essa individualizada para cada paciente, com o protocolo correto, dose certa e tempo predeterminado. A maioria dos quimioterápicos utilizados tem sua dose básica, para efeito antitumoral, que são ajustadas para cada paciente de acordo com sua superfície corporal (peso e altura) (BRASIL,2015).

Coelho (2015) salienta que os pacientes que iniciam o tratamento quimioterápico devem ser abordados pelo enfermeiro para a orientação quanto aos eventos adversos do seu tratamento, encorajados para diminuir sua ansiedade, medo e dúvidas que prejudicam o seu bem-estar, contribuindo assim de forma positiva para a desmistificação dos estigmas e estimulando-os a manter suas atividades diárias, com independência, autonomia e participação social.

Miranda et al. (2013), avaliaram o estado nutricional e a QV de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e afirmaram que a quimioterapia apresenta toxicidade, com diferentes graus de intensidade, podendo ser nocivos ou não à saúde do paciente, por esse motivo a importância da detecção e o tratamento precoce, assim assegurando a QV desse paciente.

6.2. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos de pacientes com câncer em QT

Quanto à QVRS dos pacientes com câncer em QT do presente estudo, quando avaliados pelo SF-36, observaram que os respondentes apresentaram melhor percepção da QVRS na dimensão “saúde mental” (70,98 ±21,96) e pior

percepção da QVRS nos “aspectos físicos” (27,88 ±35,44). Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas publicadas na literatura como verifica-se a seguir.

No estudo de Oliveira et al. (2014), realizado no Hospital A.C.Camargo, localizado na cidade de São Paulo, com 106 pacientes do sexo feminino com câncer de mama, objetivando-se testar as propriedades de medição de dois questionários genéricos de QV e um específico de QV para mulheres com câncer de mama, os autores observaram que os respondentes também apresentaram a melhor percepção no domínio “saúde mental” (média de 72,00) e a pior percepção nos “aspectos físicos”.

Cezar e Nascimento (2013) avaliaram a QV de 5 pacientes pós mastectomizadas em reabilitação oncológica, que frequentavam semanalmente o Centro de Reabilitação Gervásio Pinto Pereira, de Primavera do Leste, Estado de Mato Grosso e observaram que os domínios “capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental” obtiveram valores satisfatórios, pontuando a maior parte das pacientes acima de 50. Já os domínios dor, limitações por aspectos físicos e aspectos sociais apresentaram-se mais comprometidos.

Simeão et al. (2013), investigaram, a QV de mulheres acometidas com câncer de mama, com 50 mulheres com o referido diagnóstico, que passaram por intervenção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia e que frequentavam as reuniões do Grupo de Apoio “Amigas do Peito” na cidade de Bauru-SP. Dentre os resultados, observaram, por meio da aplicação do SF-36, especificamente na dimensão aspectos físicos, que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados, que foram: Grupo 1 - mastectomia com reconstrução (55,0 ±43,8); Grupo 2 - mastectomia sem reconstrução (34,1 ±40,7); Grupo 3 - quadrantectomia sem necessidade de reconstrução (87,5 ±32,2); e Grupo 4 - quadrantectomia com necessidade de reconstrução, mas não fizeram (75,7±38,8), verificando-se pior percepção no Grupo 1 e 2. No domínio “saúde mental”, o Grupo 1 (78,8 ±10,7), o Grupo 2 (71,6 ±15,5), o Grupo 3 (86,0 ±21,2) e o Grupo 4 (78,4 ±15,3), observando-se que os grupos 1 e 2 apresentaram menor pontuação.

No estudo de Castro et al. (2016), investigaram a relação entre exercício físico e seus efeitos na QV de pacientes com câncer de mama, pós-cirurgia

(seis meses), submetidas a exercícios físicos e não submetidas, selecionou-se 24 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, na faixa de 40 a 67 anos, atendidos no Hospital Aldenora Bello, em São Luís, Maranhão, e observou-se que a dimensão com a pior percepção da QVRS pelo SF-36 no grupo controle foi “aspectos físicos”, sendo que nos pacientes pré-treino o escore médio no referido domínio foi 8,33, já nos pacientes pós-treino (após 10 semanas do experimento) foi de 43,75.

Quanto à QVRS dos participantes do presente estudo, quando avaliados por meio do instrumento EORTC QLQ-C30, observou-se melhor percepção da “função social” ($82,18 \pm 22,08$) e pior percepção médio de 29,15 ($\pm 23,93$) no sintoma “fadiga”. Além disso, vale destacar que a pontuação média no domínio “escala global do estado de saúde” apresentou um escore médio baixo ($23,59 \pm 22,28$), sendo inferior ao encontrado na maioria dos estudos publicados na literatura, indicando má QVRS no referido domínio nos pacientes oncológicos em QT do presente estudo.

No estudo de Evangelista (2012) verificou-se a associação entre o nível de atividade física e a QV de mulheres com câncer de mama em tratamento curativo. Foram incluídas 354 mulheres com o referido diagnóstico e as entrevistas foram realizadas no Hospital A.C.Camargo, localizado na cidade de São Paulo, onde verificou-se que a função social ($86,62 \pm 22,37$) apresentou a melhor percepção de QVRS. O escore médio no sintoma fadiga foi de 20,99 ($\pm 21,58$) e no domínio escala global do estado de saúde obteve a pontuação média de 72,97 ($\pm 19,37$).

Almeida et al. (2013) tiveram como objetivo traçar o perfil das pessoas com câncer no trato digestivo superior, onde realizaram uma investigação com 46 pacientes em quimioterapia atendidas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, localizado em Vitória-ES. Foi utilizado o instrumento EORTC QLQ-C30, por meio do qual a função social pontuou o escore médio de 84,40 ($\pm 25,70$) e a fadiga apresentou uma média de 20,30 ($\pm 23,90$). Além disso, observou-se que na escala global do estado de saúde a média foi de 69,70 ($\pm 19,90$).

Guimarães e Anjos (2012) desenvolveram uma pesquisa onde avaliaram a QV em mulheres com câncer de mama e caracterizá-las quanto aos aspectos sociodemográficos durante o tratamento quimioterápico adjuvante do início ao

término, composto por 3 fases. A amostra constou com 14 pacientes atendidas em ambulatório de oncologia de um hospital universitário de Minas Gerais. Na referida pesquisa verificou-se que o domínio “função social” obteve um aumento no valor médio do escore no 2º ciclo de quimioterapia (pontuação 100,00), comparado ao 1º ciclo que apresentou valor médio de 89,00 e no 3º ciclo com valor médio de 86,90.

O estudo de Silva et al. (2013b) comparou a amplitude de movimento e a QV antes e após de dez sessões de fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama, com uma amostra de 28 mulheres com câncer de mama, atendidas na Fundação Beneficência Hospital Cirúrgica (FBHC), no município de Aracaju-SE. Os autores identificaram na 1ª sessão de QT que a “função social” apresentou melhor percepção de QVRS ($81,67 \pm 31,13$), enquanto a fadiga apresentou a menor pontuação ($23,25 \pm 24,84$). Na 10ª sessão foram avaliados novamente os pacientes, verificando-se melhoria na QV destes, na qual a função social apresentou elevado escore médio ($89,96 \pm 19,84$) e a “fadiga” reduziu sua pontuação média para $22,53 (\pm 26,70)$, corroborando também os achados do presente estudo. Na escala global do estado de saúde a pontuação média foi de $76,50 (\pm 24,81)$ e $77,03 (\pm 23,09)$, na primeira e décima sessão de fisioterapia, respectivamente. Observa-se especificamente nesta dimensão escala global do estado de saúde, assim como nos demais estudos descritos até o momento, que a percepção da QVRS dos pacientes do presente estudo esteve mais prejudicada.

Miranda et al. (2013) entrevistaram 60 pacientes oncológicos em quimioterapia, atendidos no hospital de referência em oncologia localizado na cidade de Belém, Estado de Pará, com o objetivo de avaliar o estado nutricional e a QV dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e por meio da aplicação do EORTC-QLQ-C30 identificaram que os sintomas referentes aos eventos adversos apresentaram menor escore, especificamente na fadiga ($6,5 \pm 2,9$), indicando melhor QVRS dos pacientes oncológicos. Nos demais sintomas avaliados pelo EORTC QLQ-C30, obteve-se: dispneia ($1,2 \pm 0,6$), náusea ($1,9 \pm 1,1$), vômito ($1,5 \pm 1,0$), dor ($4,4 \pm 2,1$), insônia ($2,5 \pm 1,2$), perda de apetite ($2,5 \pm 1,3$), constipação ($1,6 \pm 1,1$) e diarreia ($1,5 \pm 1,0$). Neste estudos valores dos sintomas foram inferiores aos no nosso estudo. Neste estudo a pontuação na escala global do estado de saúde foi $11,40 (\pm 2,9)$,

indicando pior percepção dos participantes deste estudo comparativamente aos da presente pesquisa.

Frente aos dados sobre QVRS dos pacientes oncológicos em QT discutidos com a literatura científica, observa-se que de forma geral as percepções dos domínios de QVRS foram semelhantes aos dados publicados, com exceção da dimensão referente à escala global do estado de saúde, que para maioria das publicações os escores foram superiores aos encontrados no presente estudo.

Outro importante construto avaliado no presente estudo foi a resiliência. Ristevska-Dimitrovska et al. (2015) afirmam que a resiliência é como um recurso individual, tendo um propósito para melhoria da QV. A resiliência nos torna capaz de procurar recursos para superar as adversidades e poder buscar recursos em si mesmo e no ambiente, que nos cerca para a resolução de conflitos (HORNES, GHELERE, 2016).

A melhora da resiliência pode representar uma opção mais confiável para influenciar de forma positiva a QV dos pacientes com câncer. A identificação dos níveis de resiliência também pode oferecer importantes caminhos aos pacientes com câncer, que enfrentarão possíveis dificuldades na interpretação da sua percepção de QV (POPA-VELEA et al., 2017).

Neste contexto, verificou-se no presente estudo que o nível de resiliência dos pacientes avaliados foi alto para maioria (n=63; 48,46%), com escore médio na ER de 143,49 ($\pm 15,33$). Outras publicações que avaliaram o nível de resiliência de pacientes com câncer estão decritos a seguir.

Costa et al. (2016) entrevistaram 144 pacientes com câncer colorretal em quimioterapia, atendidos no ambulatório de oncologia clínica do Instituto de Câncer Octavio Frias de Oliveira, em São Paulo, com o objetivo de determinar se o estresse percebido, o suporte social e a resiliência estão associados à QV em pacientes que fizeram QT para o câncer colorretal. Verificaram, dentre os resultados, de moderado a alto nível de resiliência dos respondentes, com pontuação média da ER de 139,4 ($\pm 15,2$), assemelhando-se ao resultado do presente estudo.

Lima e Araújo (2012) realizaram uma pesquisa com 15 pacientes em quimioterapia, atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília, com o objetivo de avaliar a resiliência entre pacientes oncológicos e na

aplicação da ER foram identificados que 47,28% dos pacientes eram resilientes, com escore alto, assemelhando-se com os achados do presente estudo. Os autores ainda salientam sobre a capacidade de inovar e se adaptar frente a situações estressoras, sendo que estas características levam às estratégias de enfrentamento, adotadas pelo paciente oncológico, em fase de tratamento quimioterápico.

Santos et al. (2016) realizaram uma investigação na Casa de São Rafael (CSR) e no Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), ambos localizados na cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais, com o objetivo de avaliar e comparar a resiliência entre pessoas idosas hospitalizadas com câncer e aquelas atendidas em instituição de apoio, utilizando-se o instrumento de QUEST-Resiliência. A amostra foi composta por 40 pacientes com câncer, sendo 20 de cada local (CSR e HCSL). Os autores observaram alto nível de resiliência nos idosos avaliados, em ambos os gêneros e cenários de estudo.

Na pesquisa de Popa-Velea et al. (2017), realizada nas Unidades de Oncologia Clínica de dois hospitais da Romênia, com o objetivo de avaliar distintas estratégias de enfrentamento sobre resiliência e a percepção da QV autorrelatada em pacientes com câncer, em que se avaliou 178 pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia. Dentre os resultados obtidos, verificou-se especificamente em relação à resiliência, que a pontuação média verificada por meio da ER foi de 78,10 ($\pm 13,31$), indicando pior percepção do nível de resiliência que o presente estudo.

No estudo desenvolvido por Li, Yang e Wang (2016), com 365 pacientes com câncer na bexiga, atendidos em um hospital da China (na província de Liaoning), visando avaliar a QV, bem como os efeitos integrativos de apoio social, esperança e resiliência sobre a QV dos pacientes chineses com câncer de bexiga, obteve-se o valor médio na ER de 65,59 ($\pm 18,26$), indicando baixa resiliência, indo de encontro aos achados da presente pesquisa.

No estudo qualitativo de Rodrigues e Polidori (2012) participaram três pacientes com câncer de cólon, atendidos em um hospital privado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com o objetivo de compreender o processo de enfrentamento da doença e a resiliência dos pacientes com câncer, submetidos a tratamento quimioterápico, e de seus familiares e entre os fatores

utilizados pelos pacientes estavam questões pessoais, crenças e valores, coragem, fé, pensamento positivo e vontade de cura, apoio médico, incentivo e força recebida pelos familiares e amigos, bem como questões possíveis para alcançar a cura: a possibilidade de ter fé; pensamento positivo e a adesão ao tratamento medicamentoso.

Neste contexto, outro importante construto avaliado nos pacientes do presente estudo refere-se à espiritualidade, em que se verificou nível satisfatório de espiritualidade dos participantes, que por meio da aplicação da EEPPR, obteve-se o escore médio total de 3,53 ($\pm 0,53$), sendo que a melhor percepção da espiritualidade referiu-se ao item “A minha fé e crenças me dão força nos momentos difíceis” (3,74 $\pm 0,55$) e pior percepção no item “Sinto que minha vida mudou para melhor” (3,03 $\pm 1,11$). Especificamente na dimensão crenças obteve-se média de 3,75 e de 3,39 em esperança/otimismo. Há publicado na literatura outros estudos que mensuraram a espiritualidade de pacientes com câncer, os quais estão descritos a seguir.

Pinto, Caldeira e Martins (2012) realizaram seu estudo com 92 pacientes com câncer em quimioterapia, em um Hospital Central Português, obtendo o valor médio total de 2,79 na EEPPR, 2,83 em crenças e 2,76 em esperança/otimismo. Os resultados descritos pelos autores indicam nível de espiritualidade inferior ao encontrado no presente estudo. Cabe informar que o item 2 da EEPPR “A minha fé e crenças me dão forças nos momento difíceis” apresentou uma elevada porcentagem de concordância, assemelhando-se ao presente estudo.

No estudo de Batista e Rodrigues (2012), com o objetivo de estudar o nível de espiritualidade dos pacientes em quimioterapia e relacioná-lo à QV. Foram entrevistados 33 pacientes atendidos no Hospital do Câncer Bom Pastor em Varginha, Minas Gerais. Dentre os resultados obtidos, verificou-se que a pontuação média na EEPPR total foi de 3,8 ($\pm 0,22$) e nas subescalas de crenças e esperança/otimismo, os escores médios de 3,9 ($\pm 0,22$) e 3,7 ($\pm 0,38$), respectivamente. Os achados deste estudo assemelham-se aos da presente investigação.

Na pesquisa de Sousa, Guerra e Lencastre (2015), desenvolvida com 85 mulheres com câncer de mama, atendidas em um hospital da cidade do Porto, em Portugal, com o objetivo foi construir um modelo de QV numa amostra de

mulheres com câncer de mama e sua relação com a espiritualidade. Dentre os resultados, verificaram-se os escores médios de 3,26 e 2,84, para crenças e esperança/otimismo, respectivamente.

Dentre os resultados do presente estudo, observou-se satisfatória consistência interna da EEPPR e suas dimensões. No estudo de Pinto, Caldeira e Martins (2012), a consistência interna da EEPPR também se apresentou satisfatória, indicando valores de alfa de Cronbach de 0,92 para crenças, 0,67 em esperança/otimismo e 0,77 na escala total.

Outra pesquisa que verificou as propriedades psicométricas da EEPPR em pacientes com câncer foi a de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), que realizaram um estudo no Instituto Português de Oncologia do Porto, em Portugal, com o objetivo de elaborar e validar a EEPPR, e, para tanto, avaliaram 426 pessoas que possuíam câncer e se encontravam na fase de pós-tratamento. Dentre os resultados, a consistência interna da EEPPR, avaliada por meio alfa de Cronbach, obteve valores de 0,74 para o instrumento total, 0,92 para crenças e 0,69 para esperança e otimismo. Ainda os autores afirmam que a EEPPR decorre da relevância da esperança na atribuída ao sofrimento decorrente de uma doença crônica e também como um recurso de esperança frente às mudanças no estado de saúde.

No estudo de Ottaviani et al. (2014), realizado especificamente com pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, com o objetivo de analisar a relação entre a esperança e a espiritualidade, avaliaram 127 participantes atendidos em uma unidade de terapia renal substitutiva do interior do Estado de São Paulo e verificou-se confiabilidade satisfatória da EEPPR total (alfa de Cronbach de 0,72). Além disso, a pontuação média mais alta foi no item 2 “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis” (3,73 \pm 0,64) e média mais baixa no item 4 “Sinto que minha vida mudou para melhor” (2,34 \pm 1,22). Estes resultados assemelham-se aos do presente estudo, apesar de ser uma amostra com outra condição crônica.

Neste contexto, verifica-se que o nível de espiritualidade dos pacientes do presente estudo foi elevado, indo ao encontro dos achados da literatura, percebendo-se que a maioria dos pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico se apegam a uma crença religiosa independente de qual for, gerando conforto já que é esse Deus ou ser supremo que sabe o que ele está

passando nesse momento e é para ele que poderá desabafar nos momentos de angústia, dor e sofrimento e ter amparo e esperança.

Os indivíduos com câncer buscam estratégias para os auxiliarem na superação das limitações e perdas, sendo a crença religiosa um importante recurso para o manejo e o enfrentamento da doença, permeando todo o processo do adoecimento e fazendo o papel de esperança, equilíbrio e fortalecimento, necessários na luta pela vida (CAMPOSANO et al., 2017).

Os pacientes oncológicos avaliados no presente estudo apresentaram nível médio de esperança, já que a pontuação total obtida foi de 27,44 ($\pm 3,12$) na EEH, sabendo-se que o escore pode variar de 12 a 48 e quanto maior, maior a esperança dos pacientes. Além disso, observou-se que dos itens avaliados pela EEH, o escore mais elevado foi observado no item “Eu tenho uma fé que me conforta” (3,84) e inferior no item “Eu me sinto muito sozinho” (2,07). Resultados semelhantes foram encontrados por Pinto, Caldeira e Martins (2012), na pesquisa com 92 pacientes oncológicos em quimioterapia, atendidos no Hospital Dia do Hospital Geral Português, com o objetivo de analisar o índice de esperança de pacientes submetidos a quimioterapia e compreender a influência de algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas, onde obtiveram a pontuação total média na aplicação da EEH de 29,61 ($\pm 4,25$). Os autores ainda citam que a esperança constitui um fenômeno importante na vida humana, estando presente nas situações de crise, apresentando a necessidade de ser incluída no planejamento de cuidados prestados pela enfermagem.

Outros estudos recentes que mensuraram a esperança de pacientes com câncer encontram-se descritos abaixo, observando-se que o nível de esperança dos respondentes apresentou-se mais alto que dos entrevistados no presente estudo.

No estudo de Silva (2015), com o objetivo de analisar a relação entre capacidade funcional, nível de estresse, sintomas depressivos e o nível de esperança de 123 idosos em quimioterapia, atendidos em uma central de quimioterapia de um hospital geral terciário. Dentre os resultados obteve-se a média de 44,4 na EEH e identificou que o item “eu tenho uma fé que me conforta” apresentou maior pontuação para 119 participantes (96,7%) e a

menor pontuação no item “eu me sinto muito sozinho” e “eu tenho medo do futuro” para 12 respondentes (9,8%).

Mendes (2017) analisou o nível de esperança de mulheres com câncer de mama no período pré e pós-operatório de mastectomia, por meio da EEH. Foram entrevistadas 270 mulheres mastectomizadas e admitidas no Setor de Clínica Cirúrgica do Hospital Haroldo em Fortaleza, CE. As pontuação média da EEH global foi 40,6 ($\pm 0,4$) pontos no pré-operatório e 41,9 ($\pm 0,4$) pontos no pós-operatório, constatando-se assim, níveis elevados de esperança no pré-operatório e seu aumento após realização do procedimento cirúrgico, diferindo-se do presente estudo. Além disso, o item 3 “Eu me sinto muito sozinha” apresentou o menor escore (3,30) e a afirmativa “Eu tenho uma fé que me conforta” (item 5) apresentou a maior pontuação (4,00).

A esperança se constitui como sentimento importante no processo de confronto com a doença e bem-estar individual, sendo crucial na manutenção dos sentimentos de capacidade e afeto para com aqueles que lhes cercam.

No estudo de Schuster et al. (2015), o objetivo foi identificar a esperança e depressão de 89 pacientes sob tratamento quimioterápico, em atendimento ambulatorial ou em regime de internação para algum tipo de neoplasia na Unidade de Oncologia (UNIONCO) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), situado na cidade de Tubarão-SC. Na aplicação da EEH obteve-se a média total de 40,72 ($\pm 3,4$), indicando também elevado nível de resiliência, indo de encontro com os achados do presente estudo. Já com relação à média dos itens da EEH, verifica-se na pesquisa de Schuster et al., (2015) que a terceira maior pontuação média foi no item 5 “Eu tenho uma fé que me conforta” ($3,74 \pm 0,64$) e o menor escore médio foi em “Eu me sinto muito sozinho” ($3,02 \pm 0,94$), assemelhando-se aos resultados do presente estudo.

Balsanelli (2012) objetivou caracterizar a esperança de pacientes com câncer de mama no início e término do tratamento quimioterápico e identificar fatores associados e preditores para variação da esperança de pacientes ao término do tratamento quimioterápico. Dentre os resultados, observou-se a manutenção ou melhoria da esperança e aumento da autoestima, após a finalização da QT.

Em relação ao nível de autoestima dos entrevistados da presente pesquisa, a pontuação média obtida na aplicação da EAR foi de 24,62 ($\pm 2,10$).

O item 2 “Eu acho que tenho várias boas qualidades” apresentou o maior escore médio (3,69), enquanto o item 3 “Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso” apresentou menor escore (1,32). Encontrou-se na literatura outras pesquisas sobre a autoestima de pacientes oncológicos, sendo descritas algumas abaixo.

No estudo de Gomes e Silva (2013), desenvolvido com 37 mulheres submetidas à cirúrgica oncológica mamária na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em Uberaba-MG, com o objetivo de caracterizar as mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária e analisar a autoestima dessas, obteve-se com a aplicação da EAR, a pontuação média de 30,32 ($\pm 4,58$), onde 1 (2,7%) apresentou baixa autoestima, 16 (43,2%) apresentaram média autoestima e 20 (54,1%) apresentaram alta autoestima.

Ferreira (2015) apresentou o objetivo de avaliar a autoestima e a QVRS de pacientes estomizados por câncer colorretal, atendidos no Programa de Atendimento Multidisciplinar ao Paciente Estomizado do Ambulatório Central Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A amostra foi composta por 36 pacientes com câncer colorretal. Dentre os resultados, com a aplicação da EAR obteve-se a média total foi de 18,88 ($\pm 5,4$) e a mediana 20,00, assemelhando-se aos achados no presente estudo.

Neste estudo citado, verificou-se também a consistência interna da EAR, ao ser aplicada nos participantes e confirmou-se satisfatória confiabilidade, assemelhando-se à pesquisa de Leite, Nogueira e Terra (2015b), na qual tiveram o objetivo de avaliar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, desenvolveu-se uma pesquisa com 156 pacientes, atendidos em uma unidade de oncologia de um hospital geral de médio porte de Alfenas, Minas Gerais. Identificou-se alto nível de autoestima em 70,5% dos respondentes (n=110) e consistência interna da EAR satisfatória (alfa de Cronbach de 0,746). Ferreira (2015) também encontraram satisfatória consistência interna da EAR (alfa de Cronbach de 0,90) na aplicação com pacientes com câncer colorretal.

Quanto aos sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em QT, avaliados pelo instrumento da HADS, onde identificou-se a média para sintomas ansiosos de 5,85 ($\pm 3,80$) e depressivos de 4,54 ($\pm 3,86$). Na HADS

total a média foi de 10,38 ($\pm 6,95$). Identificou que os 33,0% dos pacientes apresentaram sintomas ansiosos ($n=43$) e 19,2% depressivos ($n=25$). Com relação à pontuação média dos itens da HADS, o item 8 “Eu estou lento para pensar e fazer as coisas” apresentou a maior média (1,16), por outro lado o item 13 “De repente tenho a sensação de entrar em pânico” apresentou a menor pontuação média (0,37). Outros estudos que mensuraram os sintomas ansiosos e depressivos de pacientes oncológicos encontram-se descritos abaixo.

Pinho (2015), com o objetivo de avaliar a relação entre as estratégias de coping, a QV e a angústia psicológica em pacientes com câncer, entrevistou 31 mulheres com câncer ginecológico e da mama, atendidas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil. Dentre os resultados, obteve-se a mediana de 8,00 ($\pm 4,69$) na HADS ansiedade e 6,00 ($\pm 3,97$) para depressão, observando-se escores mais elevados que no presente estudo.

Santichi et al. (2012), com o objetivo de avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva em mulheres portadoras de câncer de mama, entrevistaram 27 pacientes do sexo feminino, em tratamento para câncer de mama em um Ambulatório de Oncologia Clínica, vinculado ao Hospital Geral localizado na cidade de Americana-SP. Vale informar que as pacientes foram avaliadas em três momentos, sendo no momento do diagnóstico ($n=9$), após cirurgias ($n=8$) e no período de tratamento quimioterápico ($n=10$). Dentre os resultados obtidos, 66,6% ($n=6$) das mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama apresentaram sintomas ansiosos, com pontuação média na HADS ansiedade de 8,8 ($\pm 5,3$) e 22,2% ($n=2$) apresentaram sintomas depressivos, com média na HADS depressão de 5,0 ($\pm 5,1$). Na segunda etapa, 37,5% ($n=3$) das mulheres entrevistadas em pós-cirúrgico apresentaram sintomas ansiosos, com média de 5,7 ($\pm 4,3$) e 25% ($n=2$) apresentaram sintomas depressivos, com média de 5 ($\pm 3,6$). Já entre as pacientes em tratamento quimioterápico, apenas 10% ($n=1$) apresentaram sintomatologia ansiosa, com média de 4,4 ($\pm 2,6$) e 100% ($n=10$) não apresentaram sintomatologia depressiva, com média 3,3 ($\pm 2,1$). Os autores citam que a prevalência dos entrevistados ($n=27$) com sintomas depressivos foi de 14,8% e de ansiedade de 37,0%.

Simão et al. (2017) avaliaram a presença de sintomas de ansiedade e depressão e sua associação com a QV em pacientes com câncer antes de iniciar o tratamento quimioterápico. Foram avaliados 55 pacientes atendidos em uma unidade oncológica de um hospital universitário de Minas Gerais. Quanto à frequência de sintomas de ansiedade, obteve-se 21,8% dos participantes (n=12) com “provável” ansiedade. Já em relação à sintomatologia de depressão, observa-se que 23,6% (n=13) dos participantes apresentaram “provável” depressão. A questão que apresentou maior pontuação, assim como no nosso estudo foi “estou lenta(o) para pensar e fazer as coisas” (n= 31, 56,4%), podendo-se indicar que pessoas com diferentes níveis de ansiedade têm impacto significativo no seu bem estar físico, funcional, emocional, social/familiar, bem como na sua QV global.

Uma pesquisa com o objetivo de avaliar as vantagens e desvantagens psicométricas e clínicas de medidas usualmente empregadas em serviços de oncologia, dentre as quais incluiu-se a HADS, entrevistaram 200 pacientes com câncer em quimioterapia, atendidos em um serviço especializado em QT. Dentre os resultados, 37,5% dos pacientes apresentaram quadro de ansiedade e 17% de depressão (BERGEROT, LAROS, ARAÚJO, 2014), assemelhando-se aos resultados do presente estudo.

Goraybe et al. (2012) avaliaram os níveis de ansiedade e depressão de mulheres com câncer de mama ou ginecológico, em período pré-cirúrgico. Participaram do estudo 181 pacientes internadas na enfermaria de oncologia ginecológica e mastologia de um hospital escola no interior do Estado de São Paulo. Dentre os resultados obtidos, encontrou-se 12,7% (n=23) respondentes com sintomas de ansiedade grave e 6,6% (n=12) de sintomas de depressão grave e estes achados impactam na QVRS dos referidos respondentes.

No estudo de Lima (2014), desenvolvido com 21 mulheres sobreviventes de câncer da mama, em fase livre da doença, atendidas no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga, Portugal, verificaram na subescala de depressão da HADS a pontuação média de 4,19 ($\pm 2,60$) e na subescala de ansiedade de 5,90 ($\pm 2,86$), assemelhando-se ao presente estudo.

Sousa, Guerra e Lencastre (2015) analisaram a relação entre as variáveis alexitimia, espiritualidade, assertividade, ansiedade, depressão e QV de 85 pacientes com câncer de mama de um hospital de Porto, Portugal.

Dentre os resultados observou-se que 28,2% (n=24) participantes apresentaram sintomas ansiosos e 9,4% (n=8) com sintomas de depressão, assemelhando-se ao presente estudo.

Frente aos construtos mensurados no presente estudo, presentes nestes tópicos, discutidos com a literatura científica nacional e internacional, observa-se que a dimensão física da QVRS apresenta-se mais comprometida e os aspectos sociais mais preservados. A QVRS mensurada pela escala global de saúde do EORTC QLQ-C30 indicou prejuízo na percepção da QVRS dos respondentes, contrapondo-se a maioria dos estudos publicados na literatura. Quanto à esperança de vida dos respondentes, de forma geral, apresentaram nível médio e inferior à maioria dos estudos que mensuraram tal construto. Já em relação ao nível de autoestima, os escores mostraram, de forma geral, semelhantes aos demais estudos publicados, assim como os dados referentes à sintomatologia ansiedade e depressão.

6.3. Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes com câncer em QT

Quanto às relações entre a QVRS e a resiliência dos pacientes oncológicos em QT avaliados, confirmou-se tal relação entre os referidos construtos no presente estudo, tanto por meio das análises de correlação, quanto por comparação de média entre os grupos, verificando-se que os pacientes com alto nível de resiliência, apresentaram melhor QVRS. Além disso, nas análises de regressão confirmou-se que a resiliência foi fator associado à QVRS em alguns domínios “estado geral de saúde” do SF-36 e “escala global do estado de saúde” e “função cognitiva” no EORTC QLQ-C30. Outros estudos publicados na literatura também confirmaram tal relação e serão descritos a seguir.

No estudo de Popa-Velea et al. (2017), realizado com 178 pacientes com câncer, observou-se que a resiliência apresentou correlação (de moderada a forte magnitude) significativa com todos os componentes de QV do instrumento de sintomas de Roterdã, que é específico para medir QV de pacientes com câncer (global: $p < 0,001$, sintoma físico: $p < 0,04$, sofrimento psicológico: $p < 0,0005$ e nível de atividade: $p < 0,03$).

Silva (2016) realizou pesquisa com 19 pacientes oncológicos em programa de transplante de medula óssea atendidos no Instituto Português de Oncologia do Porto, a maioria submetidos a quimioterapia e avaliou o funcionamento cognitivo, a QV e resiliência destes. Dentre os resultados observou que a resiliência foi fator preditor de QV (independentemente da presença de déficits cognitivos).

No estudo de Ristevska-Dimitrovska et al. (2015) foi examinada a relação entre resiliência e QV em pacientes com câncer de mama. Foram entrevistadas 218 mulheres com câncer de mama e utilizado o instrumento EORTC-QLQ-C30 e a Connor Davidson Resilience Scale. O estudo foi realizado em um hospital de Bitola e uma clínica em Skopje, na Macedônia. A QV global se correlacionou positivamente com os níveis de resiliência ($r= 0,39$; $p<0,001$). Em relação as escalas funcionais, todas estavam em correlação positiva com a resiliência (funcionamento físico, papel, emocional, cognitivo e social). A intensidade dos sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras) apresentaram correlação negativa com a resiliência. Identificou-se que os pacientes com câncer de mama menos resistentes apresentaram pior imagem corporal e perspectiva futura e sentiram efeitos adversos mais severos da terapia sistêmica e sintomas no braço e mama. Evidenciou também que a resiliência psicológica afetou diferentes aspectos da QVRS e os pacientes mais resilientes tiveram QV significativamente melhor em quase todos os aspectos.

Li, Yang e Wang (2016) realizaram o estudo no Primeiro Hospital da Universidade Médica da China, na Província de Liaoning - China, com 365 pacientes com câncer na bexiga, tendo como objetivo avaliar a QV, bem como os efeitos integrativos do apoio social, esperança e resiliência na QV entre os pacientes chineses com câncer de bexiga e os autores utilizaram um instrumento de avaliação da QV específico para câncer de bexiga (FACT-BL), um instrumento de avaliação funcional do tratamento do câncer (FACT-G), e a Escala de Resiliência - 14 (RS). Dentre os resultados foram observadas correlações entre QV (FACT-BL) e resiliência, indicando que os respondentes com melhor QV apresentavam maior nível de resiliência. Portanto, os fatores psicológicos positivos (no caso a resiliência) desempenharam um papel significativo na QV.

Neste estudo também confirmou-se relação entre a percepção da QVRS e da espiritualidade dos pacientes avaliados, estes achados confirmaram-se também em pesquisas da literatura, como pode ser verificado no estudo de Meneses et al. (2013), que compararam a relação entre a QV e espiritualidade de participantes com diagnósticos de seis doenças crônicas (diabetes tipo I, diabetes tipo II esclerose múltipla, epilepsia, obesidade e câncer). Foram entrevistados 607 pacientes com doenças crônicas, sendo que 106 tinham câncer. Dentre os resultados observou-se correlação significativa e positiva entre a escala de espiritualidade e os domínios de QVRS: “saúde mental” ($r=0,276$), “funcionamento social” ($r=0,213$), “desempenho emocional” ($r=0,260$) e “físico” ($r=0,209$). Nas subescalas crenças observou correlação significativa e negativa com: “vitalidade” ($r=-0,203$) e “funcionamento físico” ($r=-0,246$) e na esperança/otimismo houve significância positiva em todos os domínios de QVRS do SF-36, exceto “funcionamento físico”.

Pinto e Pais-Ribeiro (2007), no estudo com 426 paciente com câncer e que se encontravam na fase de pós-tratamento, verificaram por meio da aplicação do EORTC-QLQ-C30 e da EEPPR, que a sub-escala esperança/otimismo se correlacionou moderadamente com a QV global ($r=0,29$) e ambas as dimensões da EEPPR se correlacionam fracamente com o papel funcional do EORTC-QLQ-C30. Identificou-se ainda a associação entre a espiritualidade e a crença religiosa, sinalizando também sua importância e que a melhor percepção da esperança/otimismo foi relevante para o bem-estar e afeto positivo frente a vivência de uma doença crônica como o câncer.

Areco (2016) identificou e avaliou as evidências disponíveis na literatura científica, através de uma revisão integrativa, sobre a espiritualidade entre mulheres com câncer de mama e dentre os resultados dos estudos identificados que a espiritualidade e a religiosidade foram importantes recursos para o enfrentamento da doença e de seus tratamentos, sendo utilizados em sua rotina diária. Além disso, a escala de espiritualidade se associou com a religião e a subescala esperança e a otimismo foi relevante para o bem-estar e afeto positivo de ter uma doença crônica como o câncer, estando efetivamente mais correlacionada com as dimensões da QV.

Pestana, Estevens e Conboy (2007) avaliaram qual o papel que a espiritualidade desempenha na QV dos pacientes oncológicos que estão

realizando tratamento quimioterápico. A amostra foi constituída por 23 indivíduos que estavam fazendo quimioterapia no Hospital Distrital de Faro, Portugal. Dentre os resultados observou-se que houve correlação positiva entre Bem Estar Espiritual e QV total ($r= 0,654$; $p<0,01$).

Carvalho et al. (2016) descrevem os sentimentos vivenciados por mulheres com diagnóstico de câncer de mama, por meio de um estudo descritivo e qualitativo onde foram entrevistadas 12 mulheres internadas num hospital de referência em câncer em Teresina-PI. Dentre os resultados, identificou-se a religião como uma das principais formas ou a principal forma de enfrentamento encontrada pelas mulheres durante o processo da doença, pois se percebe nos depoimentos das participantes que estas depositam confiança em Deus, que ultrapassa a confiança que as mesmas depositam em tudo, onde a religião auxilia muito no processo de recuperação dessas mulheres.

Zavala et al. (2009) salientam que poucos estudos investigam o papel que a fé e a espiritualidade desempenham na QV de pacientes com câncer.

A esperança e a autoestima também se mostraram associadas à QVRS dos pacientes oncológicos em QT do presente estudo, corroborado por outros estudos publicados na literatura, como pode-se ver a seguir.

Gomes, Soares e Silva (2015) analisaram a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e autoestima na QV de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. A amostra foi composta por 37 mulheres, que estavam no período de pós-operatório tardio, atendidas na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (GO/HC/UFTM). Após avaliação entre QV e EAR, percebeu-se que não houve correlação entre EAR e domínio social ($r= 0,20$ e $p=0,225$), mas confirmou-se correlação moderada entre EAR e domínio ambiental ($r=0,42$ e $p=0,01$) e correlação forte entre EAR e domínio físico ($r= 0,56$ e $p=0,00$) e psicológico ($r=0,54$ e $p=0,001$). Para avaliação da QV, foi utilizado o instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-bref.

Balsanelli (2012) verificou em seu estudo que a autoestima aumentou durante o tratamento quimioterápico para as pacientes que trataram o câncer de mama. Além disso, no referido estudo a maioria das pacientes (65%) apresentou aumento da esperança ao término do tratamento. Pode-se prever

que com a melhoria destes dois importantes construtos, tem-se a melhor percepção da QVRS. Carvalho et al. (2016) relatam que a mulher acometida por câncer de mama não se sente apenas com seu corpo modificado, mas também com a autoimagem corporal e diferentes aspectos da sua vida social afetada.

Leite, Nogueira e Terra (2015b) avaliaram a autoestima de pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia, em estudo quantitativo, com amostra composta por 156 participantes de uma unidade de oncologia de um hospital geral em Minas Gerais. Dentre os resultados observou-se que os pacientes apresentaram alto nível de autoestima (70,50%) e isso ocorreu devido aos pacientes se sentirem confiantes, valorizados, importantes e receber afeto, pois o nível da autoestima tem relação com a forma como as pessoas enxergam a si mesmas.

Fernandes et al. (2013) avaliaram o nível de autoestima de mulheres mastectomizadas, com doença metastática, com a aplicação da EAR em 14 mulheres pertencentes a um Grupo de Apoio de Fortaleza, Ceará. O estudo verificou que as mulheres desse estudo apresentaram autoestima elevada com pontuação média de 8,70. Além disso os pesquisadores verificaram que a autoestima das respondentes esteve fundamentada em como elas se sentiam em relação a si mesmas e em comparação as outras pessoas e concluíram que elas se sentiam igual ou tão importantes quanto às outras pessoas.

O'Shaughnessy e Esterman (2015) realizaram uma análise temática sobre os dados de uma série de estudos qualitativos com sobreviventes de câncer de próstata e seus parceiros, explorando-se temas como amor, esperança e fé de 30 participantes do Sul da Austrália. Os homens com câncer de próstata neste estudo identificaram a paz interior, a esperança e o otimismo como sendo uma parte importante de sua QVRS.

No presente estudo também se confirmou relação entre a percepção da da QVRS com os sintomas ansiosos e depressivos, assemelhando-se com outros estudos publicados na literatura como se segue.

Avelar et al. (2006) selecionaram 85 mulheres internadas na enfermaria de oncologia do Centro de Atenção à Saúde da Mulher, com o objetivo de avaliar a QV, ansiedade e depressão de mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia, observando-se que a depressão teve relação positiva com a

ansiedade antes e depois da cirurgia. No referido estudo utilizou-se o instrumento FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General), com avaliação global da QV dos pacientes com câncer, com uma subescala para avaliação de mulheres com câncer de mama e a HADS. Cabe destacar que na maioria das vezes a depressão esteve associada a outros efeitos colaterais que exercem influência negativa sobre a QV.

Simão et al. (2017) avaliaram a presença de sintomas de ansiedade e depressão e sua associação com a QV em pacientes com câncer antes de iniciar o tratamento quimioterápico. Foram avaliados 55 pacientes atendidos em uma unidade oncológica de um hospital universitário de Minas Gerais e identificaram em seu estudo que a presença da sintomatologia ansiosa e depressiva na população oncológica antes do início da quimioterapia, geraram impacto na QV dos participantes. Assim, sugere-se que a equipe de saúde que presta a assistência direta a esses pacientes, em especial o enfermeiro, atue de forma ativa na identificação precoce desses sintomas, possibilitando, estabelecer planos de cuidados individualizados, para melhora da QV dos pacientes oncológicos.

Ye et al. (2017) verificaram na pesquisa os níveis de QV, sofrimento emocional e resiliência em pacientes chineses em QT para câncer pulmonar, gástrico ou colorretal, bem como investigar o efeito mediador da resiliência na relação entre QV e sofrimento emocional. A amostra foi composta por 276 pacientes oncológicos atendidos em um hospital especializado em câncer no sudeste da China. Dentre os resultados observou-se que os pacientes com câncer frequentemente experimentaram sofrimento emocional, o que diminuiu a sua QV e aumentou o risco para os sintomas de ansiedade, depressão e dificuldade emocional. Os autores confirmaram que os sintomas depressivos interferiram na percepção da QV dos entrevistados

Pinho (2015) avaliou a relação entre as estratégias de coping, a QV e a angústia psicológica em pacientes com câncer, entrevistando-se 31 mulheres com câncer ginecológico e da mama, atendidas no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil. Dentre os resultados encontrados verificou-se relação entre a QV e os sintomas de depressão e ansiedades. Os autores encontraram correlação negativa significativa entre a HADS ansiedade e a subescala de saúde/QV global ($r=0,45$, $p\leq 0,05$), correlações negativas

significativas entre a HADS ansiedade e algumas subescalas funcionais do EORTC-QLQ-C30 (funcionamento físico, emocional e cognitivo). Além disso, encontraram correlações positivas significativas entre a HADS ansiedade com algumas subescalas de sintomas do EORTC-QLQ-C30 (fadiga, dor e dificuldades financeiras). Também se verificou correlação negativa significativa com a subescala de saúde/QV global com a HADS depressão e entre a HADS depressão e todas as subescalas funcionais do EORTC-QLQ-C30 (funcionamento físico, de papel, emocional, cognitivo e social). Somado a isto, encontraram correlações positivas significativas entre a HADS depressão com algumas subescalas de sintomas do EORTC-QLQ-C30 (fadiga e dor). Concluiu que os dados revelaram que o sofrimento psicológico tem um impacto negativo na QV global e na maior parte das dimensões de funcionamento, mostrando que quanto mais ansiosas e deprimidas se encontram as pacientes, menor é a QV.

No estudo de Armando (2010) também indica-se relação entre QV, resiliência e depressão, assemelhando-se aos achados do presente estudo. Os referidos autores realizaram investigação com 38 pacientes com câncer de pulmão em tratamento no serviço de radioterapia do Hospital Santa Rita-Complexo Hospitalar Santa Casa, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. No referido estudo aplicou-se a ER, o WHOQOL-bref e o Inventário de depressão de Beck (BDI). Dentre os resultados verificou-se que as estratégias que visam melhorar a resiliência do pacientes com baixos escores de resiliência após o diagnóstico, poderiam contribuir na melhoria da QV. Na associação entre QV e depressão identificou-se relação na dimensão física, psicológica, social e do meio ambiente, sendo que a depressão acomete os pacientes oncológicos. Os autores ainda citam que há relação entre os escores de depressão e resiliência.

No presente estudo se verificou relação entre a resiliência e diversos construtos avaliados, como a espiritualidade, a esperança, a autoestima e os sintomas de ansiedade e depressão. Outros estudos que encontraram relação entre estes aspectos serão descritos a seguir.

Tomaz, Veras Junior e Carvalho (2015), em um estudo de revisão integrativa, com o objetivo de identificar aspectos relacionados ao enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer, submetidos a tratamento

quimioterápico e descrever as formas de enfrentamento, mostrou dentre os resultados que as estratégias de resiliência de pacientes com cânceres submetidos a tratamento quimioterápico citadas foram: a espiritualidade, a religiosidade e a fé, auxiliando-os nas experiências relacionadas ao adoecimento e tratamento quimioterápico, atuando como fonte de equilíbrio e fortalecendo-os na luta contra o câncer.

Solano et al. (2016) com o objetivo de explorar as associações entre resiliência, esperança e outros possíveis preditores de esperança em pacientes com câncer colorretal avançado, identificaram forte correlação entre resiliência e esperança ($r=0,63$; $p < 0,05$).

Ojeda (2014) apresentou o objetivo de determinar que a imagem corporal está associada com a resiliência e a autoestima de 60 pacientes com câncer de mama no México. Dentre os resultados confirmou-se a relação entre o maior nível de resiliência, autoestima e imagem corporal.

6.4. Características sociodemográficas, clínicas, terapêuticas e de saúde dos familiares dos pacientes oncológicos em QT

Dos 130 familiares entrevistados, houve a predominância de respondentes do sexo feminino (65,3%). Outros estudos também encontraram a predominância feminina, como os descritos abaixo.

Xie et al. (2016) realizaram uma pesquisa com 79 pacientes com câncer no Hospital Geral localizado em Chengdu, Sichuan, China e seus cuidadores familiares ($n=119$), verificando-se que 53,0% dos familiares eram mulheres. Ullrich et al. (2017) no estudo com 51 cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado, admitidos na enfermaria de um Centro Médico Universitário no período de 12 semanas, identificou que 55,0% ($n=23$) da amostra era do sexo feminino.

Shaffer et al. (2016) realizou o estudo em Boston (Massachusetts) com 275 pacientes com diagnóstico de câncer incurável de pulmão e gastrointestinal não-colorretal (hepatobiliar, estômago, esôfago, pâncreas) e seus familiares e verificou-se que a maioria dos cuidadores era composta por mulheres ($n=190$; 69,1%). Rumpold et al. (2016) realizaram uma investigação com 80 cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado, atendidos em cinco hospitais oncológicos da Universidade Médica de Viena e de dois hospitais principais da

cidade de Viena, Áustria. Os autores verificaram também que 53 (66,3%) cuidadores eram do sexo feminino.

No estudo de Holm et al. (2016) realizado na Suécia, com 82 pacientes com câncer, com doenças pulmonares e coronarianas e seus respectivos familiares, identificaram que 56 (68,0%) cuidadores familiares eram mulheres.

Nascimento et al. (2008) referem que a mulher em toda a sociedade possui o papel de cuidador principal, com atribuições culturais e sociais ao cuidar dos filhos, marido e familiares.

Com relação à idade dos familiares avaliados, verificou-se o predomínio de respondentes na faixa etária de 20 a 59 anos (n=104; 80,0%), assemelhando-se outras pesquisas publicadas na literatura, como as que se seguem.

Aquino (2017) realizou uma pesquisa no Centro Regional Integrado de Oncologia, em Fortaleza - Ceará, com 70 familiares cuidadores de mulheres com câncer de mama avançado, identificou que 60 (85,7%) familiares tinha idade entre 20 a 59 anos. No estudo de Nemati et al. (2017), desenvolvido com 21 cuidadores familiares de pacientes com câncer, atendidos em dois centros de referência de oncologia afiliados à Universidade de Ciências Médicas Shahid Beheshti em Teerã, no Irã, observaram que a maioria dos familiares tinha idade entre 22 e 42 anos (n=10; 47,6%).

Hashemi, Irajpour e Taleghani (2017) avaliaram 18 cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal atendidos em dois hospitais de ensino das províncias de Isfahan e Fars (Irã) e identificaram que 11 (61,0%) entrevistados tinham idade entre 29 e 58 anos. No estudo de Santos (2014), realizado com 62 cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia em Vitória, Espírito Santo, observaram que 43 (69,0%) respondentes possuíam de 26 a 55 anos de idade.

Outro aspecto avaliado nos familiares entrevistados no presente estudo foi o parentesco com os pacientes, observando que a maioria foi composta por filhos (41,5%). Resultado semelhante foi encontrado em outras pesquisas, como a de Nemati et al. (2017), na qual identificou-se que 10 (47,6%) familiares dos pacientes com câncer eram filhos.

Hirooka et al. (2017), desenvolveram uma pesquisa na cidade de Tohoku, no Japão, com 53 pacientes com câncer e 53 membros das família do

pacientes e identificaram que 22 (41,5%) familiares eram filhos dos pacientes. Santos (2014) observou também que 18 (29,0%) cuidadores familiares avaliados que eram filhos dos pacientes oncológicos.

Liu et al. (2017) realizaram pesquisa nos anos de 2003-2004 (n=1049) e 2011-2012 (n=1901) com pacientes adultos com câncer e cuidadores familiares em Taiwan, respectivamente. Os cuidadores participantes foram os indicados pelos pacientes como o membro da família mais envolvido em seus cuidados. Verificou-se que na pesquisa dos anos de 2003-2004, 360 (34,3%) cuidadores eram filhos dos pacientes e nos anos de 2011-2012, 591 (31,1%) familiares eram filhos.

No estudo de Aquino (2017) com 70 familiares de pacientes oncológicos em tratamento QT e o radioterápico, atendidos no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO) em Fortaleza-CE, observou-se que 38 (54,3%) cuidadores familiares eram filhos dos pacientes.

Outro aspecto verificado no presente refere-se à moradia com o paciente (65,38% dos familiares avaliados), sendo semelhante com várias publicações da literatura, como se verifica abaixo.

Rumpold et al. (2016) realizaram uma pesquisa na Universidade Médica de Viena, com 80 pacientes com câncer e 80 familiares e observaram que 45 (56,3%) familiares moravam na mesma casa que o paciente. Holm et al. (2017) identificaram em seu estudo que 52 (63,0%) familiares moravam com o pacientes. Aquino (2017) evidenciaram que 44 (62,9%) moravam com os pacientes. Shaffer et al. (2016) identificaram que que 208 (78,5%) familiares moravam com os pacientes oncológicos.

Lohne, Miaskowski e Rustoen (2012) avaliaram 112 cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado na Noruega e verificaram que 107,5 (96,0%) viviam com o paciente. Liu et al. (2017) também observaram que mais de 70,0% dos cuidadores moravam com os pacientes oncológicos tanto no estudo dos anos de 2003-2004, como nos anos de 2011-2012. Johansen, Cvancarova e Ruland (2017) avaliaram 281 pacientes com câncer e seus respectivos familiares na Noruega e observaram que 234 (83,27%) familiares moravam com o paciente.

Dionne-Odom (2017) entrevistaram 294 familiares cuidadores de idosos com câncer, atendidos em oito centros médios de três estados dos Estados

Unidos da América (EUA) (Alabama, Flórida, Tennessee) e verificaram que 243 (82,6%) moravam com os pacientes ou eram casados com eles.

Foi avaliado no presente estudo também a escolaridade dos familiares, identificando-se que a maioria era de respondentes com ensino superior completo (n=51; 39,2%), assemelhando-se aos resultados de estudos internacionais, como o estudo de Oh (2016), realizado com 1.397 cuidadores familiares de pacientes com câncer dos EUA e verificaram que 443 (31,7%) possuíam graduação. Johansen, Cvancarova e Ruland (2017) verificaram que 147 (52,3%) familiares de pessoas com câncer possuíam ensino superior. Nemat et al. (2017) também verificaram que a maioria dos familiares avaliados em seu estudo possuíam formação superior (n=12; 57,2%).

Outro aspecto verificado no presente estudo referiu-se à ocupação dos familiares, confirmando-se que a maioria trabalhava (n=80; 61,5%) indo ao encontro dos estudos internacionais como o de Oh (2016), no qual 58,5% (n=817) dos familiares trabalhavam e da pesquisa de Lohne, Miaskowski, Rustoen (2012), na qual 46 familiares (41,0%) trabalhavam.

Johansen, Cvancarova e Ruland (2017) também verificaram que 180 (64,0%) familiares trabalhavam. Hashemi, Irajpour e Taleghani (2017) identificaram que 8 (44,4%) familiares trabalhavam.

Quanto à crença religiosa dos familiares, confirmou-se na presente pesquisa que a maioria possuía alguma religião (n=103; 79,2%), assemelhando-se com outras investigações publicadas, como o estudo de Hirooka et al. (2017), no qual identificou-se que 37 (69,8%) familiares possuíam uma religião. Santos (2014) também citou que 100% (n=62) dos familiares possuíam alguma religião. Dionne-Odom (2017) indicaram que 84,7% (n=249) dos cuidadores familiares apresentavam religião. Kim et al. (2014), em uma pesquisa na Coreia do Sul observaram que de 210 cuidadores familiares de pacientes com câncer avaliados, 134 (63,8%) indicaram alguma religião.

Kristanti et al. (2017), com o objetivo de descrever e comparar as experiências de 13 cuidadores de pacientes com câncer e 12 cuidadores de pacientes com demência na Indonésia e identificaram que a maioria dos cuidadores familiares relatou usar o enfrentamento espiritual para aliviar seus problemas, além disso relataram que passavam mais tempo do que o habitual

praticando sua religião e tornando-se mais perto de Deus depois que os pacientes ficaram doentes.

Os familiares do presente estudo, em sua maioria, ajudavam os pacientes a realizar alguma atividade de vida diária (n= 100; 76,9%), 111 (85,3%) mudaram sua rotina de vida após o início do tratamento do paciente, inclusive 96 (73,8%) familiares acompanham os pacientes em todas as sessões de QT.

Kristanti et al. (2017) em seu estudo qualitativo tiveram o objetivo de avaliar como o treinamento básico de habilidades dado aos cuidadores familiares poderia melhorar a QV de pacientes com câncer de cuidados paliativos na Indonésia. Identificaram que os cuidadores familiares tiveram que lidar no transcorrer do processo de cuidar com preocupações sobre a qualidade do cuidado prestado ao paciente, os problemas com as mudanças físicas ou nutrição, e com o modo de lidar nas mudanças comportamentais dos pacientes, tornando-se um desafio para o cuidadores familiares. Os autores ainda relatam que, sempre que possível, os pacientes devem participar ativamente do processo de tomada de decisão em seu tratamento, além de realizarem suas atividades de vida diária.

Os autores supracitados relatam que os cuidadores avaliados indicaram atividades adicionais que precisavam realizar, como fazer tarefas domésticas e relataram sentir-se cansados, exaustos e alguns revelaram sentir-se sobrecarregados.

Perrando (2015), descreveu em seu estudo as vivências de cuidadores familiares no cuidado ao idoso com câncer em tratamento QT ambulatorial, sendo essa uma pesquisa qualitativa realizada com 12 cuidadores familiares de idosos em tratamento quimioterápico, atendidos em um ambulatório de quimioterapia de um hospital no interior do RS. Verificou que todas as mudanças observadas pelos cuidadores apresentaram implicações em seu bem-estar, podendo ter relações futuras com a doença física e mental do cuidador familiar. O autor cita ainda que os pacientes que apresentam poucos efeitos colaterais da QT podem dar continuidade em suas atividades diárias, preservando sua independência e diminuindo a dependência de cuidado do familiar.

Duggleby et al. (2012) com o objetivo de descrever a experiência de cuidadores familiares de pessoas com câncer avançado, verificaram em entrevista com 6 mulheres e 4 homens, em uma área rural de uma província ocidental do Canadá, verificou-se dentre os relatos, que a vida foi jogada no “caos” quando eles inesperadamente tornaram-se cuidadores.

Capello et al. (2012) relatam que quando um familiar descobre o câncer em um de seus familiares, ele passa a enfrentar um grande conflito emocional, pois o câncer ainda nos dias de hoje apresenta o estigma social de doença incurável, as perspectivas da vida dessa família são abaladas pelo sentimento que têm e da experiência que terão de viver.

Figueiredo et al. (2017) em sua pesquisa com 7 familiares de pacientes com câncer, atendidos em uma unidade de oncologia em Montes Claros-MG, verificaram que os respondentes demonstraram sentimentos relacionados à mudança de vida, declarando-se cansados, estressados, amedrontados e emotivos.

Os familiares da presente investigação indicaram a realização de atividades de lazer com o paciente (n=97; 74,6%). Aquino (2017) identificou que 31 (44,3%) familiares realizavam atividade de lazer com os pacientes, em contraposição à 39 (55,7%) respondentes que não realizavam, contrariando os achados do presente estudo. Vale informar que a questão foi direcionada às atividades de lazer junto com o paciente no presente estudo, talvez se fosse direcionada apenas ao familiar os achados fossem diferentes.

Em relação ao sono dos familiares, identificou-se que a maioria dormia bem (n=53; 40,7%). No estudo de Ito e Tadaka (2017), com o objetivo de identificar fatores associados à QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal em casa, entrevistaram 262 familiares de várias prefeituras metropolitanas do Japão (Tóquio, Tochigi, Ibaraki, Saitama, Chiba, Kanagawa, Nara, Hyogo, Kagawa, Ehime e Saga) e identificaram que os familiares cuidadores dormiam em média 6,3 ($\pm 1,5$) horas por dia.

Santos (2014) evidenciou em seu estudo que é preciso reavaliar essa ‘transferência’ de responsabilidade dos cuidadores familiares, pois a mudança na rotina, vida diária e dinâmica familiar pode prejudicar outros aspectos da vida dos cuidadores, além do bem estar e a QV dos mesmos. Portanto torna-se de suma importância que a equipe de enfermagem reconheça o perfil do

cuidador familiar para assim orientar uma assistência profissional direcionada às demandas necessária para o paciente.

6.5. QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima, sintomas ansiosos e depressivos dos familiares dos pacientes oncológicos em QT

A QVRS dos familiares, mensurada pelo SF-36, apresentou a melhor percepção na dimensão “capacidade funcional” (86,69 \pm 17,47) e a pior percepção na “vitalidade” (66,04 \pm 18,67). Há outras pesquisas publicadas na literatura que mensuraram a QV de familiares de pessoas com câncer, as quais são descritas a seguir.

Effendy et al. (2015) entrevistaram 100 familiares de pacientes oncológicos atendidos em um hospital em Yogyakarta (Indonésia), visando identificar fatores que influenciavam a QV dos cuidadores familiares foi aplicado o Caregiver QoL Index-Cancer Questionnaire obteve-se a média total de QV de 67,34 (\pm 19,30), indicando boa QV. Os autores citam que as variações culturais em diferentes áreas podem influenciar a QV do familiar.

Spatuzzi (2017) teve o objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidador e a QV em ambientes de tratamento ativo para o câncer e cuidados paliativos e para tanto entrevistaram 76 familiares cuidadores de pacientes com câncer avançado na Itália, verificando-se em comparação com o grupo ativo, que o grupo de cuidados paliativos apresentou índices de QV significativamente menores na pontuação dos componentes mentais e maiores pontuações na subescala de saúde geral e na pontuação de componentes físicos. O autor salientou que os cuidadores com pior QV devem ser submetidos a uma atenção redobrada, comparada aos cuidadores sem esses problemas.

Bilgin e Gozum (2016) identificaram as necessidades de cuidados domiciliares de pacientes com câncer de estômago e de seus cuidadores e o efeito dos cuidados de enfermagem de apoio familiar sobre a QV de pacientes e familiares. O grupo pré-teste foi composto pelos cuidadores que vieram durante a primeira semana ao serviço de oncologia e no grupo pós teste foram os que vieram durante a segunda semana. O estudo foi realizado com 72 familiares, onde verificou-se um aumento da pontuação geral da QV dos familiares de 84,82 (\pm 13,81) no pré-teste e 91,45 (\pm 11,00) no pós-teste.

Padmaja et al. (2016) explorou a relação entre a QV dos pacientes câncer e seus cuidadores familiares, entrevistando 206 pacientes com câncer e seus cuidadores familiares em hospitais de duas regiões da Índia. Nos resultados, verificou-se que a percepção da QV dos pacientes e de seus cuidadores familiares apresentaram forte correlação, com significância estatística.

Outro importante construto que foi avaliado nos familiares foi a resiliência, observando-se alto nível de resiliência para a maioria dos respondentes (n=72; 55,3%), com escore médio de 145,43 ($\pm 14,20$) na ER. Ao se analisar as pontuações médias dos itens da ER, verificou-se que o item 11 “Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas” apresentou a média mais baixa (3,53 $\pm 2,17$) e o item 21 “Minha vida tem sentido” foi o que apresentou o escore médio mais alto (6,59 $\pm 0,75$). Há na literatura científica outras pesquisas que corroboram tais resultados.

Simpson et al. (2015) investigaram o nível de resiliência de cuidadores de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, no qual entrevistaram 51 cuidadores de dois serviços de oncologia em Nova Gales do Sul, na Austrália. Dentre os resultados, verificou-se a média de 152 ($\pm 17,2$) na ER, classificando os participantes (segundo critérios dos autores) com moderadamente alta a alta a resiliência na maioria dos cuidadores avaliados (n=34; 67,0%), assemelhando-se os resultados com a da presente pesquisa.

Lee et al. (2016) examinaram a QV e resiliência de familiares cuidadores de pacientes com câncer terminal na Coréia do Sul e entrevistaram 25 participantes, obtendo-se a pontuação média de 61,90 pela Escala de Resiliência de Connor-Davidson, apresentando alto nível de resiliência.

Rosenberg et al. (2013) tiveram como objetivo estabelecer as bases para futuras pesquisas sobre a promoção da resiliência entre os pacientes com câncer pediátrico e seus familiares em um Hospital em Seattle, EUA, em que foram entrevistados 18 familiares. Dentre os resultados, verificou-se que a resiliência é uma construção complexa e que pode ser modificada, sendo algo pessoal e único para cada indivíduo. Os autores ainda citam que uma vez validada a promoção da resiliência, há facilidade no desenvolvimento de intervenções destinadas para sua promoção em familiares de crianças com câncer.

A espiritualidade dos familiares do presente estudo também foi avaliada e considerada satisfatória. O escore médio obtido no domínio “crenças” da EEPPR foi de 3,69 ($\pm 0,60$) e “esperança/otimismo” foi de 3,63 ($\pm 0,48$). Vale informar que a consistência interna da referida escala também foi satisfatória quando aplicada nos familiares. Abaixo estão alguns estudos publicados na literatura que vão ao encontro da presente pesquisa.

Delgado-Guay (2012) apresentou em seu estudo o objetivo de avaliar a espiritualidade, religiosidade e a dor espiritual de cuidadores de pacientes com câncer avançado que enfrentam dificuldades físicas, sociais e emocionais. Foram entrevistados 43 cuidadores de pacientes com câncer em um ambulatório de cuidados paliativos da Universidade do Texas, EUA. Identificou-se que todos os cuidadores relataram que a espiritualidade e a religiosidade os ajudaram a lidar com a doença de seus familiares e muitos relataram que a espiritualidade e a religiosidade tiveram um impacto positivo sobre os sintomas físicos (58,0%) e emocionais (76,0%) de seus entes queridos.

Lai et al. (2017) investigaram a associação entre espiritualidade, sobrecarga e estado psicológico de 200 cuidadores de pacientes com câncer em fase terminal, atendidos em um hospital da Itália e dentre os achados verificou-se que os cuidadores apresentaram níveis mais elevados de espiritualidade intrínseca, relacionado a uma maior quantidade de tempo dedicada aos cuidados desses pacientes, tornando-os protegidos contra o sofrimento emocional ligado à assistência prestada aos pacientes.

Gesselman et al. (2016) avaliaram a relação entre espiritualidade, angústia emocional e crescimento pós-traumático em sobreviventes do câncer de mama e seus parceiros. Foram entrevistados 498 casais nos Estados Unidos. Foi evidenciado que após o diagnóstico e o tratamento, a espiritualidade se associou ao crescimento positivo nos sobreviventes do câncer de mama e nos seus parceiros, devido a pensamentos positivos, como a fé e diminuindo os pensamentos negativos, como a culpa e morte. O estudo mostrou que a espiritualidade dos parceiros foi associada à diminuição da ocorrência de pensamentos indesejáveis.

Em relação à esperança dos familiares da presente pesquisa, observou-se um nível médio de esperança, já que por meio da EEH obteve-se a pontuação média de 27,93 ($\pm 2,64$), tendo como possível variação o escore de

12 a 48 e quanto maior a pontuação, maior o nível de esperança do indivíduo. Na literatura há escassos estudos com foco na esperança de vida do familiar/cuidador de pessoas com câncer.

Santos et al. (2015b) tiveram o objetivo de avaliar a QV e explorar o papel da coesão familiar e da esperança como mediadores dessa associação em crianças com câncer e seus pais. Para tanto realizou-se uma pesquisa no Instituto Português de Oncologia e no Hospital de São João na cidade do Porto e no Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal, na qual participaram 389 crianças portuguesas com câncer e um de seus pais. Dentre os resultados confirmou-se a associação entre QV e esperança para 95% dos entrevistados. Além disso, os autores identificaram que as famílias com melhor QV tiveram melhoria em sua esperança.

Balsanelli, Grossi e Herth (2011) com o objetivo de avaliar o escore de esperança entre três diferentes grupos de participantes (47 pacientes oncológicos, 40 pacientes diabéticos e 44 acompanhantes ou familiares e/ou cuidadores) e sua correlação com variáveis sociodemográficas e clínicas, verificaram que os três grupos apresentaram alto nível de esperança, apresentando médias de 41,57 (pacientes oncológicos), 40,46 (respondentes com diabetes) e 40,88 para familiares ou cuidadores, sendo superior ao encontrado no presente estudo. As autoras salientaram que a avaliação da esperança possibilitou um aprimoramento na assistência de enfermagem, bem como a viabilidade em se propor intervenções aos entrevistados para manter e aumentar suas esperanças.

A avaliação da autoestima dos familiares no presente estudo foi também considerada satisfatória. Moreira et al. (2015) avaliaram a autoestima de 90 cuidadores de pacientes oncológicos atendidos em um hospital público especializado em oncologia do município de São Paulo e encontraram médio nível de autoestima, quando avaliados pela Escala para Medida do Sentimento de Autoestima de Dela Coleta, na qual a pontuação de 6 a 10 indica média autoestima, obtendo-se o valor médio de 10,8 pontos.

A frequência da sintomatologia de ansiedade dos familiares na presente investigação foi de 41,5% e de 15,3% para os sintomas de depressão. Outras pesquisas sobre a temática obtiveram elevados percentuais como se observa a seguir.

Gotze et al. (2016) avaliaram 72 cuidadores familiares de pacientes com câncer na Alemanha, entrevistando-os no início dos cuidados domiciliares e após a morte do paciente. Nos resultados observaram que 31,9% dos participantes apresentaram altos níveis de ansiedade e 29,2% de depressão no início dos cuidados domiciliares e após a morte 15,0% apresentaram sintomas ansiosos e 25,0% depressivos. Os autores verificaram que o apoio social relatado pelos cuidadores foi insuficiente, sendo que as esposas dos pacientes evidenciaram baixa função física e apresentaram níveis elevados de sintomas depressivos.

Fridriksdóttir et al. (2011) realizaram uma pesquisa com 223 familiares de pacientes com câncer, atendidos no Hospital Universitário Landspítali, na Islândia e verificaram que 41% da amostra apresentava sintomas de depressão e 20% de ansiedade. O escore médio na aplicação da HADS foi de 7,30 ($\pm 2,70$) para depressão e de 5,50 ($\pm 2,80$) para ansiedade. Os autores ainda indicaram que a ansiedade foi mais elevada nas mulheres em comparação aos homens. Os resultados do presente estudo mostraram percentuais mais elevados para ansiedade e inferiores para depressão nos familiares avaliados.

Jho (2016) investigou a prevalência e os fatores associados à sintomatologia de ansiedade e depressão entre os familiares de pacientes com câncer, participando 1.112 cuidadores familiares de pacientes oncológicos atendidos em um centro de câncer da Coréia do Sul. Dentre os resultados verificou-se que 48% indicaram sintomas ansiosos, sendo que 10,3% possuíam nível severo de ansiedade. Com relação à depressão, 57,6% indicaram tal sintomatologia, sendo que 13,6% consideraram grave. Quanto às pontuações médias na HADS, para ansiedade foi 7,90 ($\pm 4,90$) e 8,90 ($\pm 4,80$) para depressão. Sendo assim, observa-se que a prevalência de sintomatologia de ansiedade e depressão foi elevada, assemelhando-se aos achados na presente investigação.

6.6. Relação entre QVRS, resiliência, espiritualidade, esperança, autoestima e sintomas ansiosos e depressivos dos familiares

A relação entre QVRS e resiliência também foi verificada entre os familiares avaliados no presente estudo. São escassos os estudos sobre esta temática na literatura, encontrando-se apenas a pesquisa de Lee et al. (2016),

examinaram a QV e resiliência de 25 cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal na Coréia do Sul, evidenciando-se também associação entre resiliência e QV.

Quanto à relação da QVRS e resiliência com os níveis de espiritualidade dos familiares da presente investigação, verificou-se correlação positiva e significativa estatisticamente na dimensão “saúde mental” da QVRS e espiritualidade. Além disso, encontrou-se correlação positiva e significativa estatisticamente entre a resiliência e a espiritualidade, tanto com a EPPR total, quanto em seus domínios.

Tavares (2016) teve como objetivo verificar estratégias de enfrentamento e resiliência em 26 cuidadores familiares de pacientes terminais e identificou que a religião foi a estratégia de enfrentamento significativamente relacionada com a resiliência, assemelhando-se ao presente estudo, em que a prática da religião esteve associada à alta resiliência dos familiares avaliados.

Na presente pesquisa, também se confirmou associação da QVRS e da resiliência dos familiares com a percepção da esperança e da autoestima, confirmada em análises de correlação, comparação de média e de regressão multivariada.

Santos et al. (2015b) entrevistaram 388 participantes, com o intuito de explorar o papel da coesão familiar e da esperança em crianças com câncer e seus pais em Portugal e dentre os resultados observaram associação do convívio familiar à melhora da QV e esperança dos pacientes e de seus pais, ocorrendo interação entre pais e filhos.

Moreira (2015) avaliou a autoestima de 90 cuidadores familiares de doentes oncológicos com capacidade funcional reduzida, atendidos em um hospital de São Paulo. Houve a predominância de cuidadores do sexo feminino, com baixa renda mensal, que possuíam relações familiares com o paciente e pelos escores médios obtidos, observou-se os cuidadores apresentavam média autoestima, associado estatisticamente significativo apenas em relação à renda familiar, sugerindo que quanto menor a renda, menor a autoestima. O autor concluiu o estudo citando que os cuidadores apresentaram elevada demanda emocional e sugeriu pesquisas para avaliação da QV desses cuidadores.

Adejumo (2009) salienta que há relação entre a autoestima e o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares dos pacientes oncológicos, o que sugere a necessidade de apoio psicológico e participação de outros membros da família no auxílio à assistência do paciente.

A QVRS e a resiliência dos familiares avaliados se associaram à percepção dos níveis de sintomas ansiosos e depressivos, confirmados também em análises de correlação, comparação de média e de regressão multivariada.

Fridriksdóttir et al. (2011) ao avaliar 223 familiares de pacientes com câncer na Islândia confirmaram também associação entre QV e os sintomas de ansiedade e depressão, já que os respondentes com sintomas de ansiedade relataram pior QV ($71,63 \pm 18,6$) comparativamente aqueles sem sintomas de ansiedade ($86,48 \pm 14,12$) ($p=0,01$) e possíveis sintomas ($82,83 \pm 12,27$) ($p=0,01$). O mesmo aconteceu com os sintomas de depressão, sendo que os familiares sem depressão apresentaram melhor QV ($88,84 \pm 11,52$) que aqueles com possíveis sintomas de depressão ($80,63 \pm 14,90$) ($p=0,01$) ou com sintomas depressivos ($76,00 \pm 20,89$) ($p=0,01$).

Simpson et al. (2015) investigaram os níveis de resiliência entre cuidadores de pacientes com câncer de cabeça e pescoço de Nova Gales do Sul, Austrália, avaliando 51 cuidadores e dentre os resultados identificou-se que o maior nível de resiliência dos cuidadores se associou a menores níveis de sofrimento psicológico.

Tang et al. (2013) entrevistaram 447 cuidadores de pacientes com câncer em Taiwan e verificaram que os cuidadores na trajetória de resiliência sendo ela em quatro períodos próximo da morte do paciente (1-30 dias, 31-90 dias, 91-180 dias, mais de 180 dias), estavam em uma posição mais vulnerável do que aqueles em outras trajetórias quaisquer. Os autores citam que os recursos para serviços de saúde mental são limitados e que intervenções devem ser priorizadas para intervir nos sintomas de alta depressão, facilitando retorno rápido a um funcionamento psicológico saudável aos cuidadores.

Como limitações do presente estudo tem-se o desenho transversal que não permitiu o estabelecimento de relações de causa e efeito, além do pouco aprofundamento na discussão de alguns achados, frente à escassez de

publicações na literatura científica, principalmente com familiares de pessoas com câncer.

7. CONCLUSÃO

Com base nos objetivos propostos e resultados obtidos, pode-se concluir que:

As características sociodemográficas, clínicas e de saúde dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e dos seus familiares, de forma geral, se assemelharam aos estudos nacionais e internacionais publicados na literatura científica, predominando-se entre os pacientes oncológicos em QT a idade acima de 60 anos, sexo feminino, casados, com ensino fundamental, católicos, praticantes da religião, aposentados e com filhos. Além disso, a maioria apresentou boa qualidade do sono, realizava atividade de lazer, não realizava atividade física, usava mais de um medicamento, não apresentavam metástases, não relataram dor, não sofreram queda no último ano, não perderam peso, realizaram o tratamento pelo SUS, tinham câncer de mama, haviam realizado cirurgia e não tinham feito radioterapia.

Quanto às características sociodemográficas, clínicas e de saúde avaliadas nos familiares, predominou-se participantes do sexo feminino, adultos, filhos/as, com ensino superior completo, tinham uma religião, eram praticantes da crença religiosa, trabalhavam, residiam com os pacientes e os ajudavam em suas atividades de vida diária. Eles também, em sua maioria, mudaram a rotina diária por conta do cuidado, acompanhavam o paciente nas sessões de QT e realizavam atividade de lazer com os pacientes.

Quanto à percepção da QVRS dos pacientes oncológicos em QT, os aspectos físicos (dimensão do SF-36) e fadiga (domínio do EORTC-QLQ-C30) apresentaram prejuízo da QVRS e melhor percepção em saúde mental (mensurado pelo SF-36) e função social (avaliada pelo EORTC-QLQ-C30). Já os familiares indicaram pior percepção em vitalidade e melhor avaliação da QVRS em capacidade funcional do SF-36. Além disso, o nível de resiliência dos pacientes e familiares avaliados foi alto, indo ao encontro de achados publicados na literatura científica.

Os pacientes oncológicos em QT apresentaram níveis altos de espiritualidade e de autoestima, médio nível de esperança e maior frequência de sintomas de depressão. Os familiares também apresentaram níveis altos para a espiritualidade e autoestima, médio nível de esperança e maior

frequência de sintomas de ansiedade. Os achados do presente estudo assemelham-se aos resultados publicados na literatura, nos construtos de espiritualidade, autoestima e sintomatologia de ansiedade e depressão, porém o nível de esperança foi inferior ao encontrado nas demais pesquisas.

Confirmou-se relação entre a QVRS e a resiliência dos pacientes oncológicos em QT e de seus familiares e destes dois construtos com a espiritualidade, a esperança, a autoestima e os sintomas ansiosos e depressivos, corroborando estudos publicados sobre a temática. Neste contexto, os pacientes e familiares com melhor QVRS e alto nível de resiliência apresentaram maior nível de espiritualidade, esperança, autoestima e menores níveis de sintomas ansiosos e depressivos.

Dentre os fatores associados à melhor QVRS dos pacientes com câncer em QT encontrou-se a menor idade, a menor escolaridade, não fazer uso de medicamentos, ausência e presença de metástase, ausência dor, alto nível de resiliência, de espiritualidade, de esperança e de autoestima, além do baixo nível de sintomas ansiosos e depressivos. Já para os familiares, teve-se como fatores associados à melhor QVRS, o sexo masculino, não ajudar na renda familiar, não residir com o paciente, alto nível de autoestima e baixo nível de sintomas ansiosos e depressivos.

Já os fatores associados à alta resiliência dos pacientes oncológicos em QT identificou-se o alto nível de esperança e de espiritualidade e o baixo nível de sintomas depressivos. Para os familiares encontrou-se a prática da religião e o alto nível de esperança.

Neste contexto, a equipe de saúde que presta assistência a pacientes oncológicos e seus familiares devem estar atentos à avaliação da QVRS e resiliência e seus fatores associados. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos logintudinais, para o entendimento das relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas e de ensaios clínicos randomizados, buscando-se a minimização dos sintomas de depressão e ansiedade e melhoria da QVRS e dos níveis de resiliência, espiritualidade, autoestima e esperança dos pacientes oncológicos e de seus familiares.

8. REFERÊNCIAS

ADEJUMO, A. Influence of social support, depression, and self-esteem on burden of care among caregivers of oncology patients. **World Hosp. Health Serv.**, n.45, v.3, p.: 19-21, 2009.

ALMEIDA, A.F. et al. Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas por Câncer no Trato Aerodigestivo Superior em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p.: 229-237, 2013.

ALMEIDA, C.S.L., SALES, C.A., MARCON. S.S. The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.1, p.:34-40, 2014.

AMARO, L.S. **Resiliência, religiosidade e sentido de vida em mulheres com câncer de mama**. 143f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós Graduação em ciências das Religiões, 2014.

AMORIM, J.R., SILVA, I.A., SHIMIZU, I.S. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. **Rev. Bras. Mastologia**, n.27, v.1, p.:3-7, 2017.

ANDRADE, V., SAWADA, N.O., BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.47, n.2, p.:355-361, 2013.

AQUINO, C.B.Q., **Avaliação do Conforto do Cuidador Familiar da Mulher com Câncer de Mama Avançado**. 85 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, 2017.

ARECO, F.S. **A espiritualidade para mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa**. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

ARMANDO, A. **Avaliação de escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico**. 53f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto Alegre, 2010.

AVELAR, A.M.A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Rev. Ciênc. Médic.**, v.15, n.1, p.:11-20, 2006.

BALSANELLI, A.C.S. **Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. 107f. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BALSANELLI, A.C.S., GROSSI, S.A.A., HERTH, K. Avaliação da Esperança em Pacientes com Doença Crônica e em Familiares ou Cuidadores. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.3, p.:354-358, 2011.

BATISTA, S., RODRIGUES, A.A.M. Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. Bioét.**, v.20, n.1, p.:175-188, 2012.

BERGEROT, C.D., ARAUJO, T.C.C.F., TRÓCCOLI, B.T. Avaliação de Distress Entre Pacientes em Quimioterapia: Um Estudo Comparativo de Gênero. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v.24, n.57, p.:56-65, 2014.

BERGEROT, C.D., LAROS, J.A., ARAUJO, T.C.C.F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico USF.**, v.19, n.2, p.:187-197, 2014.

BILGIN, S., S. GOZUM, S. Effect of nursing care given at home on the quality of life of patients with stomach cancer and their family caregivers' nursing care. **European Journal of Cancer Care**, p.;1-11, 2016.

BONASSA, E.M.A., MOLINA, P. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4^o edição. São Paulo, SP: Atheneu, 2012.

BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v.9, p.:355-63, 1995.

BRASIL. Portaria n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 09, n. 142 (236 Seção 1), p.: 80-1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção a Saúde-Departamento de Regulação, Avaliação e Controle- Coordenação Geral de Sistemas de Informação –. **Manual de bases técnicas da oncologia – sia/sus - sistema de informações ambulatoriais**, 21^o edição, p.:135, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2016**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>> Acessado em: 06 dez 2016, INCA; 2016 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acessado em: 06 dez 2016, INCA; 2016 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que causa o câncer** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acessado em: 06 dez 2016, INCA; 2016 c.

BUETTO, L.S. **O significado de qualidade de vida no contexto da quimioterapia antineoplásica para paciente com câncer colorretal.** 158f. Dissertação (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2014.

CAMPOSANO, G.F. et al. Vivenciando o câncer: sentimentos e perspectivas do paciente diante do Diagnóstico. *Investigação Qualitativa em Saúde. Atas CIAIQ.*, v.2, p.:859-868, 2017.

CAÑADA, J.M.B. et al. Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad de vida de las mujeres durante la quimioterapia adyuvante por cáncer de mama. **Revista Calidad. Asistencial**, v.26, n.5, p.: 299-305, 2011.

CAPELLO, E.M.C.S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **Journal of the Health Sciences Institute.**, v.30, n.3, p.:235-240, 2012.

CARVALHO, C.M.S. et al. Entimentos de Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama. **Rev enferm UFPE (on line)**., v.10, n.11, p.:3942-3950, 2016.

CASTRO FILHA, J.G.L. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte.**, v.38, n.2, p.:107-114, 2016.

CEZAR, K, NASCIMENTO, A.P.C. Qualidade de Vida de Pacientes Pós-Mastectomizadas em Reabilitação Oncológica. **Cient. Ciênc. Biolog. Saúde.**, v.16, n.1, p.:29-32, 2013.

CHAVES, E.C.L. et al. Validação da escala de espiritualidade de pinto e pais-ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Ver. Enferm.**, v. 4, n. 2, p.: 715-721, 2010.

CHAVES, P.L., GORINI, M.I.P.C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Revista Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.:767-73, 2011.

CHERNICHARO, I.M., SILVA, F.D., FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery.**, v.18, n.1, p.:156-62, 2014.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para Língua Portuguesa e Validação de Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. De Reumatol.**, v.39, n. 3, p.: 143-150, 1999.

COELHO, R.C.F.P. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante.** 123f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

COHEN, M., BAZILIANSKY, S., BENYC, A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. **Journal of geriatric oncology**, v.5, p.: 33-39, 2014.

COSTA, A.L.S. et al. Social Support Is a Predictor of Lower Stress and Higher Quality of Life and Resilience in Brazilian Patients With Colorectal Cancer. **Cancer Nursing**, v. 0, n. 0, p.:1-9, 2016.

CUSTÓDIO, I.D.D. **Impacto da quimioterapia na alimentação e estados nutricionais de mulheres com câncer de mama**. 92f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, 2016.

DELGADO-GUAY, M.O. et al. Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v.30, n.5, p.:455-461, 2012.

DINI, G.M. **Adaptação cultural, validade e reprodutividade da versão brasileira da escala de Autoestima de Rosenberg**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, 2001.

DIONNE-ODOM, J.N. et al. The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. **Support Care Cancer**, p.: 1-8, 2017.

DUBEY, A.E. et al. Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. **European Journal of Oncology Nursing**, v.19, p.: 582-588, 2015.

DUGGLEBY, W. et al. The chaos of caregiving and hope. **Qual. Soc. Work**, v.11, p.: 459-469, 2012.

EFFENDY, C., et al. Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. **Psycho-Oncology**, v.24, p.:585-591, 2015.

EORTC. Quality of Life Questionnaire-Core 36 (EORTC QLQ-C36). **European Organization for Research and Treatment of Cancer**; 1997. Disponível em: <<http://groups.eortc.be/qol/qlq-c30-development>>. Acesso em: out 2016.

EVANGELISTA, E.L. **Verificar a associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama tratadas com intuito de cura**. 134f. Tese (Doutorado). Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2012.

EWALD, F., DANIELSKI, K. Cuidado de enfermagem diante do diagnóstico de câncer de mama. **Ries Caçador**, v.2, n.1, p.:58-78, 2013.

FANGEL, L.M.V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.1, p.:93-100, 2013.

FERNANDES, M.M.J. et al. .Autoestima de Mulheres Mastectomizadas – Aplicação da Escala de Rosenberg. **Rev Rene**, v.14, n.1, p.:101-108, 2013.

FERREIRA, E.C. **Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados secundários ao câncer colorretal**. 96f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015.

FIGUEIREDO, T. et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. **ABCS Health Sci.**, v.42, n.1, p.:34-39, 2017.

FOLKMAN, S. Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions. The Oxford Hand Book of Stress, health and coping. **Oxford University Press**, p.: 453-462, 2011.

FONSECA, S.M., ALMEIDA, E.P.M., MASSUNAGA, V.M. **Protocolo de intervenções de enfermagem frente às reações adversas aos quimioterápicos antineoplásicos**. Manual de quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso: 2000.

FRANZI, A.S., SILVA, P.G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.3, p.:153-158, 2003.

FREGNANI, C.M.S. et al. Tradução e adaptação cultural do Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Cervical Dysplasia (FACIT-CD) para avaliar qualidade de vida em mulheres com neoplasia intraepitelial cervical. **Einstein**, v.15, n.2, p.:155-161, 2017.

FREIRE, M.E.M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista Escola Enferm.**, v.48, n.2, p.:357-367, 2014.

FRIDRIKSDOTTIR, N. et al. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. **Acta Oncologica**, v.50, p.:252-258, 2011.

GESSELMAN, A.N. et al. Spirituality, Emotional Distress, and Post-traumatic Growth in Breast Cancer Survivors and Their Partners: An Actor–Partner Interdependence Modeling Approach. **Psycho. Oncology**, v.26, n.10, p.:1691-1699, 2016.

GLOBOCAN (IARC). **Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide**. 2012. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=24076&Text-p=Brazil&selection_cancer=290&Text-c=All+cancers+excl.+non-melanoma+skin+cancer&pYear=13&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0. Acesso em: nov 2017, IARC;2012. Acesso em: Ago 2017.

GOMES, C.H.R., SILVA, P.V., MOTA, F.F. Comunicação do diagnóstico de Câncer: Análise do comportamento médico. **Rev. Bras. Cancerologia**, v.58, n.4, p.:619-627, 2012.

GOMES, N.S., SILVA, S.R. Avaliação da Autoestima de Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica Mamária. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.2, p.:509-516, 2013.

GOMES, N.S., SOARES, M.B.O., SILVA, S.R. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **REME- Rev. Min. Enferm.**, v.19, n.2, p.:120-126, 2015.

GONÇALVES, L.L.C. **Trajetória de mulheres com câncer de mama: dos sinais e sintomas ao tratamento.** 145f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GORAYEB, R. et al. Ansiedade e Depressão Pré-Cirúrgica numa Enfermaria de Ginecologia Oncológica e Mastologia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.13, n.2, p.:145-156, 2012.

GOTZE, H. et al. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. **Eur. J. Cancer Care**, p.:1-8, 2016.

GOZZO, T.O. et al. Náusea, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.3, p.:110-116, 2013.

GROTBERG, E. H. **Introdução: novas tendências em resiliência.** Em Melillo, A., Ojeda, E. N. S. e colaboradores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, p.: 15-22, 2005.

GUIMARÃES, A.G.C., ANJOS, A.C.Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n.58, v.4, p.:581-592, 2012.

GUIMARÃES, R.C.R. et al. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, v.7, n.2, p.:2440-2452, 2015.

HASHEMI, M., IRAJPOUR, A., TALEGHANI, F. Caregivers needing care: the unmet needs of the family caregivers of end-of-life cancer patients. **Support Care Cancer**, p.:1-8, 2017.

HETH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J Adv. Nurs.**, v. 17, n. 10, p.: 1251-1259, 1992.

HIROOKA, K. et al. End-of-life experiences of family caregivers of deceased patients with cancer: A nation-wide survey. **Psycho. Oncology**, p.:1-20, 2017.

HOLM, M. et al. Characteristics of the Family Caregivers Who Did Not Benefit From a Successful Psychoeducational Group Intervention During Palliative Cancer Care. **Cancer Nursing**, p.:1-8, 2016.

HONORATO, N.P. et al. Personality traits, anger and psychiatric symptoms related to quality of life in patients with newly diagnosed digestive system cancer. **Arq. Gastroenterol.**, v.54, n.2, p.: 156-162, 2017.

HORNES, B.M., GHELERE, V.R. **Um Estudo De Caso Sobre A Resiliência Em Mulheres Com Câncer**. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso Elaborado como Requisito a Obtenção do Título de Bacharel em Psicologia. Faculdade Sant'ana, Ponta Grossa, 2016.

INCA. **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2^o edição. Rev. Atual. Rio de Janeiro: Pro-Onco. 1993. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: abr. 2017. INCA;1993.

INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Números de câncer do Brasil**. 2016 Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2016/numeros-cancer-brasil.asp>>. Acesso em: 06 dez. 2016. INCA; 2016.

ITO, E., TADAKA, E. Quality of life among the family caregivers of patients with terminal cancer at home in Japan. **Japan Journal of Nursing Science**, v.14, n.4, p.:341-352, 2017.

JHO, H.J. et al. Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depressive Symptoms Among Bereaved Family Members of Cancer Patients in Korea. **Medicine**, v.95, n.22, p.:1-8, 2016.

JOHANSEN, S., CVANCAROVA, M., RULAND, C. The Effect of Patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. **Cancer Nursing**, v.0, n.0, p.:1-9, 2017.

JUNG, J.Y. et al. Comparison of fatigue, depression, and anxiety as factors affecting posttreatment health-related quality of life in lung cancer survivors. **Psycho-Oncology**, p.:1-6, 2017.

JUNQUEIRA, M.F.P.S, DESLANDES, S.F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.: 227-235, 2003.

KIM, S.Y. et al. Determinants of a hopeful attitude among family caregivers in a palliative care setting. **General Hospital Psychiatry**, v.36, p.:165-171, 2014.

KRISTANTI, M.S. et al. Comparison of the lived experiences of family caregivers of patients with dementia and of patients with cancer in Indonesia. **International Psychogeriatrics**, p.:1-12, 2017.

LAI, C. et al. Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients. **Eur. J. Cancer Care**, p.:1-7, 2017.

LEAO, D. et al. Experiences of women with breast cancer and implications of wellness practices during chemotherapy treatment: a descriptive study. **INCA**, 2015.

LEE, Y.J. et al. Resilience at the End of Life as a Predictor for Postloss Growth in Bereaved Caregivers of Cancer Patients: A Prospective Pilot Study. **J. Pain Symptom Manage**, v.51, n.3,p.:1-5, 2016.

LEITE, M.A.C., NOGUEIRA, D.A., TERRA, F.S. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. **Rev. Rene**, v.16, n.1, p.:38-45, 2015a.

LEITE, M.A.C., NOGUEIRA, D.A., TERRA, F.S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Americ. Enfermagem**, v.23, n.6, p.:1082-1089, 2015b.

LEVIN, J., FOX, J. **Estatística para ciências humanas**. 9º edição. São Paulo: Pearson-Prentice Hall, 2004.

LI, M.Y. et al. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, 14:73, 2016.

LIMA, J.B., ARAUJO, T.C.C.F. Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológico. **Psicol. Argum.**, v.30, n.68, p.: 139-147, 2012.

LIMA, M.C.M. **Intervenção psicoeducativa em sobreviventes de cancro da mama**. 72f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Aveiro, 2014.

LIU, T.W. et al. Terminally Ill Taiwanese Cancer Patients' and Family Caregivers' Agreement on Patterns of Life-Sustaining Treatment Preferences Is Poor to Fair and Declines Over a Decade: Results from Two Independent Cross-Sectional Studies, Journal of Pain and Symptom Management. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.54, n.1, p.:35-45, 2017

LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 3º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOBO, S.A. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia**. 56f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

LOBO, A.S. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.6, p.:554-559, 2014.

LOHNE, V., MIASKOWSKI, C., RUSTOEN, T. The Relationship between Hope and Strain in Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer. **Cancer Nursing**, v.35, n. 2, p.:99-105, 2012.

MACHADO, S. M. B., BERGMANN, P. A. Qualidade de vida de mulheres brasileiras com câncer de mama: revisão sistemática da literatura. **Corpus et Scientia.**, v.8, n.3, p.:139-53, 2012.

MAIA, V. R. et al. **Protocolo de enfermagem – Adm. de QT antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas.** 1º edição, HEMORIO 2010. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/ccih.pdf>. Acesso em: Ago 2017.

MAJEWSKI, J.M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.17, n.3, p.:707-16, 2012.

MANOEL, M.F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.17, n.2, p.:346-353, 2013.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C., CEOLIM, M.F. Variação longitudinal da qualidade do sono em mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.5, p.: 595-602, 2016.

MANSANO-SCHLOSSER, T.C., CEOLIM, M.F. Fatores associados à má qualidade do sono em mulheres com câncer de mama. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.25, e2858, 2017.

MARTINS, C.G., WAGNER, S.C., LINDEN, R. Individualização Farmacocinética das Doses de 5-Fluoruracil no Câncer Colorretal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.2, p.:271-280, 2013.

MAZANEC, S.R. et al. The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. **Canc Nurs.**, v.33, p.: 235–243, 2013.

MENESES, R.T. et al. Qualidade de vida e espiritualidade em seis doenças crônicas. **Livro de atas do VIII simpósio nacional de investigação em Psicologia**, p.:1157-1167, 2013.

MENDES, C.R.S. **Esperança de vida em mulheres diagnosticadas com câncer de mama submetidas à mastectomia.** 71f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MIRANDA, S.L., LARA E LANA. M.A., FELIPPE, W.C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.35, n.3, p.:870-885, 2015.

MIRANDA, T.V. et al. Estado Nutricional e Qualidade de Vida de Pacientes em Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.1, p.:57-64, 2013.

MONTEIRO, S. et al. Psychosocial Outcomes in Young Adults with Cancer: Emotional Distress, Quality of Life and Personal Growth. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.27, p.:299–305, 2013.

MOREIRA, N.S. et al. Autoestima dos Cuidadores de Doentes Oncológicos com Capacidade Funcional Reduzida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.2, 2015.

NARDIN, J.M. **Toxicidades em Oncologia**. 1edição, Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.4, p.:514-517, 2008.

NASCIMENTO, T.G. **Neutropenia e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico**. 76f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

NEMATİ, S. et al. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. **Nordic College of Caring Science.**, p.:1-8, 2017.

NICOLUSSI, A.C., SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p.:759- 766, 2011.

NICOLUSSI, A.C. et al. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. **Rev. Rene**, v.15, n.1, p.:132-40, 2014.

NORTHOUSE, L.L., KATAPODI, M.C., SONG, L., ZHANG, L., MOOD, D.W. Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients Meta-Analysis of Randomized Trials. **CA CANCER J CLIN.**, v.60, p.:317–339, 2010.

OH, Y.S. Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stresscoping theory. **Applied Nursing Research**, v.33, p.:5-9, 2016.

OJEDA, A.H. **“Resiliencia y Autoestima Asociados a Imagen Corporal en Pacientes con Cáncer de Mama en Grupo de Recuperación Total Reto A.C.** 86f. Título (Especialista) - Diploma de especialista em saúde pública, Universidade Autônoma do Estado do México, Faculdade de Medicina, 2014.

OLIVEIRA, I.S. et al. Assessment of the measurement properties of quality of life questionnaires in Brazilian women with breast cancer . **Braz J PhysTher.**, v.18, n.4, p.: 372-383, 2014.

OLIVEIRA, M.C.L., FIRMES, M.P.R. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico. **REME: Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.1, p.:91-97, 2012.

O'SHAUGHNESSY, P.K., LAWS, T.A., ESTERMAN, A.J. Love, faith and hope a secondary analysis of prostate cancer survivors and their partners. **Contemporary Nurse**, v.50, n.2-3, p.:149-168, 2015.

OTTAVIANI, A.C. et al. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.2, p.:248-54, 2014.

PADMAJA, G. et al. Quality of Life of Patients with Cancer: A Determinant of the Quality of Life of Their Family Caregivers. **American Association for Journal Cancer Education**, v.32, n.3, p.:655-661, 2016.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4º edição Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PAULA JÚNIOR, W., ZANINI, D.S. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n.27, v.4, p.:491-7, 2011.

PERRANDO, M.S. **Vivências de Cuidadores Familiares no Cuidado ao Idoso em Tratamento Quimioterápico Ambulatorial**. 81f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 2015.

PERRANDO, M.S. et al. O Cuidado de Familiares ao Idoso em Tratamento Quimioterápico Ambulatorial: Fatores e Atitudes **Rev. Enferm. UFPE**, v.10, n.9, p.:3265-3275, 2016.

PESCE, R.P. et. al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.436-448, 2005.

PESTANA, J.P., ESTEVENS, D., CONBOY, J. O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. **Rev. Cons. Ciências**, p.:125-158, 2007.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, p.:67-75, 2004.

PINHO, A.C.F. **Estratégias de coping, qualidade de vida e distress psicológico em doentes com cancro ginecológico e da mama**. 53f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Aveiro, 2015.

PINTO, C., PAIS-RIBEIRO, J.L. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. **Arq Med.**, v.21, n.2, p.:47-53, 2007.

PINTO, S., CALDEIRA, S., MARTINS, J.C. A esperança da pessoa com cancro- estudo em contexto de quimioterapia. **Rev. Enferm. Refer.**, v.3, n.7, p.:23-31, 2012.

POPA-VELEA, O. et al. Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.52, n.2, p.:124–136, 2017.

REICH, M, REMOR, E. Calidad de vida relacionada com La salud y variablespsicosociales: caracterización em uma muestra de mujeresuruguayas com câncer de mama. **Psicooncología**, v.8, n.2/3, p.:453-141, 2011.

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G. et al. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. **OA Maced. J. Med. Sci.**, v.3, n.4, p.:727-731, 2015.

RODRIGUES, F.S.S., POLIDORI, M.M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.4, p.:619-627, 2012.

ROSENBERG, A.R. et al. Promoting Resilience among Parents and Caregivers of Children with Cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v.16, n.6, 2013.

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. Princeton: **Princeton University Press**, 1965.

RUMPOLD, T. et al. Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. **Psycho-Oncology**, v.26, n.5, p.:672-678, 2016.

SALES, C.A. et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm.**,v.25, n.5, p.:736-742, 2012.

SANTICHI, E.C. et al. Rastreo de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicol. Hosp. (São Paulo)**, v.10, n.1, p.: 42-67, 2012.

SANTOS, F.C. et al. El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional. **Enferm. Global**, v.37, n.5, p.:313-324, 2015a.

SANTOS, R.P. et al. Resiliência em pessoas idosas portadoras de câncer em contextos distintos. **Enfermagem Brasil**, v.15, n.1, 2016.

SANTOS, S. et al. Family Rituals and Quality of Life in Children With Cancer and Their Parents: The Role of Family Cohesion and Hope. **Journal of Pediatric Psychology**, v.40, n.1, p.:76-83, 2015b.

SANTOS, S.C.P. **Qualidade de vida e sobrecarga do cuidador familiar de mulheres em tratamento do câncer de mama**. 97f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

SARTORE, A.C., GROSSI, S.A.A. Escala de esperança de herth – Instrumento adaptado e validado para a língua português. **Rev. Esc. Enferm, USP.**, v.42, n.2, p.:227-232, 2008.

SAWADA, N.O. et al. Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Americ. Enfermagem**, 24:e2688, 2016.

SCHROETER, D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário.** 173f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCHUSTER, J.T. et al. Esperança e Depressão em Pacientes Oncológicos em um Hospital do Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS.**, v.59, n.2, p.:84-89, 2015.

SETTE, C.P., GRADVOHL, S.M.O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev. psicol. UNESP.**, v.13, n.2, p.: 26-31, 2014.

SHAFFER, K.M. et al. Mental and physical health correlates among family caregivers of patients with newly-diagnosed incurable cancer: a hierarchical linear regression analysis. **Support Care Cancer**, v.25, n.3, p.:965-971, 2016.

SILVA, C.M.G.C.H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.:1457-1465, 2011.

SILVA, L.C. et al. Satisfação do paciente oncológico diante da assistência de enfermagem. **Rev. Rene**, v.16, n.6, p.:856-862, 2015.

SILVA, L.O. **Avaliação da qualidade de vida e presença de fadiga e distúrbios do sono em pacientes.** 78f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

SILVA, M.D. et. al. Vida e Movimento do Ombro no Pós-Operatório de Câncer de Mama: um Enfoque da Fisioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.:419-426, 2013b.

SILVA, M.E.D.C. et al. Nursing care to cancer patients in the hospital. **Rev. Enferm. UFPI.**, v.2, n.5, p.:69-75, 2013 a.

SILVA, N.M. **Idosos em tratamento oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse.** 151f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SILVA, P.R. **Qualidade do sono e fadiga em mulheres com câncer de mama antes, durante e após o tratamento quimioterápico**. 80f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SIMÃO, D.A.S. et al. Qualidade de Vida, Sintomas Depressivos e de Ansiedade no Início do Tratamento Quimioterápico no Câncer: Desafios para o Cuidado. **Enferm. Foco**, v.8, n.2, p.:82-86, 2017.

SIMEÃO, S.F.A.P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.:779-788, 2013.

SIMPSON, G.K. et al. Does Resilience Mediate Carer Distress After Head and Neck Cancer? **Cancer Nursing**, v.38, n.6, 2015.

SMELTZER, S. C., BARE, B G. **Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, C.G.R. **Etiologia e frequência da dor relatada por mulheres com câncer de mama**. 59f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2013.

SOARES, S.G.S.C., ALBUQUERQUE, J.O.L. Intervention nurses in chemotherapy in women with breast cancer. **Rev Enferm UFPI**, Piauí, v.2, n. 4, p.:58-65, 2013.

SOLANO, J.P.C. et al. Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. **BMC Palliative Care**, v.15, n.70, p.:1-8, 2016.

SÓRIA, D.A.C. et al. Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.5, p.:702-706, 2009.

SOUSA, H., GUERRA, M., LENCASTRE, L. Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da Mama. **Análise Psicológica**, v.1, p.: 39-53, 2015.

SPATUZZI, R. et al. Quality of Life and Burden in Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer in Active Treatment Settings and Hospice Care: A Comparative Study. **Death Stud.**, v.41, n.5, p.:276-283, 2017.

STEVENS, J. **Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2^o edição, p.:123-127, 1992.

TAN, K.K. et al. A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. **Patient Education and Counseling**. v.99, p.:108–16, 2016.

TANG, S.T. et al. Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. **Psycho-Oncology**, v.22, p.:2702–2710, 2013.

TAVARES, P.E.O. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. **Psicología y Salud.**, v.26, n.2, p.:177-184, 2016.

TERRA, F.S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 11, n. 2, p.:112-7, 2013.

TOMAZ, L.A., VERAS JUNIOR, E.F., CARVALHO, P.M.G. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. **R. Interd.**, v.8, n.2, p.:195-201. 2015.

TRINDADE, L.F. et al. Qualidade de vida de pacientes oncológicos assistidos na atenção básica. **Ciência Alimentando o Brasil Unijuí**, p.:1-6, 2016.

ULLRICH, A et al. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. **BMC Palliative Care**, v.31, n.16, p.:1-10, 2017.

VICENZI, A. et al. Cuidado Integral de Enfermagem ao Paciente Oncológico e à Família. **Rev. Enferm. UFSM**, v.3, n.3, p.:409-417, 2013.

WAGNILD, G.M., YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J. Nurs. Meas.**, v.1, p.:165-178, 1993.

WARE, J. E., SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med. Care.**, n. 30, p.: 473-483, 1992.

WEED-PFAFF, S.H. et al. Validation of Predictors of Fall Events in Hospitalized Patients With Cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v.20, n.5, 2016.

WHITE, B., DRIVER, S., WARREN, A.M. Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. **Rehabil Psychol.**, v.53, p.:9-17, 2008.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report 2008**. Lyon: 2008. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>>. Acesso em: out 2017. WHO;2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Disponível em: <www.who.int/nmh/publications/en>. Acesso em: novembro 2017. WHO;2014.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **SocSci Med.**, v. 41, n. 10, p.: 1403-1409, 1995.

XIE, B. et al. Health information sources for different types of information used by Chinese patients with cancer and their family caregivers. **Health Expectations.**, v.20, p.:1–10, 2016.

YE , Z.J. et al. Predicting Changes in Quality of Life and Emotional Distress in Chinese Patients with Lung, Gastric and Colon-rectal Cancer Diagnoses: The Role of Psychological. **Psychooncology**, v.26, n.6, p.:829-35, 2017.

YU, J., LAVOUÉ, J., PARENT, M.E. Sunlight exposure during leisure activities and risk of prostate cancer in Montréal, Canada, 2005–2009. **BMC Public Health**, v.14, p.:756, 2014.

YUNES, M.A.M., SZYAMANSKI, H. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas.** In: Zavala, M. W., Maliski, S. L., Kwan, L., Fink, A., & Litwin, M. S. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v.18, n.7, p.:753–761. 2009.

ZAVALA, M.W. et al. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psycho-Oncology**, v.18, p.:753-761, 2009.

ZIGMOND, A.S., SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiat. Scand.**, v. 67, p.: 361-370, 1983.

9. APÊNDICES

9.1. APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa “Qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares”. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes oncológicos e de seus familiares e identificar fatores associados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados terão os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição que forneceu os seus dados. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder oito questionários na pesquisa, sendo eles: perfil sociodemográfico, qualidade de vida, resiliência, autoestima, esperança, espiritualidade e ansiedade e depressão, com duração de 1 hora.

O (A) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Considera-se com o preenchimento destes oito instrumentos a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação do tratamento oncológico que realiza. O possível risco subjetivo se refere às dificuldades presentes no atual momento. E sempre que necessário será realizado encaminhamento ao psicólogo do Instituto Amaral Carvalho, para oferecimento de apoio psicológico.

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico sobre qualidade de vida e resiliência (modo de enfrentamento de momentos difíceis) do paciente em tratamento oncológico.

O(A) Sr (a) receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável por esta pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profª Dra. Fabiana de Souza Orlandi
Pesquisador Responsável
E-mail: forlandi@ufscar.br
Telefone: (16) 3306-6673

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 – São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Terá como Co-Participante o Hospital Amaral Carvalho, localizado na cidade de Jaú - SP com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FAC, na Rua Dona Silvéria, 150 - Chácara Braz Miraglia, Jaú, São Paulo-SP, telefone (014) 36021200.

Bauru, ____ de _____ de 2016

Assinatura do Paciente

9.2. APÊNDICE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiar)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa “Qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares”. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e resiliência de pacientes oncológicos e de seus familiares e identificar fatores associados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados terão os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição que forneceu os seus dados. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder oito questionários na pesquisa, sendo eles: perfil sociodemográfico, qualidade de vida, resiliência, autoestima, esperança, espiritualidade e ansiedade e depressão, com duração de 1 hora.

O (A) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Considera-se com o preenchimento destes oito instrumentos a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à auto-avaliação do tratamento oncológico realizado pelo seu familiar. O possível risco subjetivo se refere às dificuldades presentes no atual momento.

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico sobre qualidade de vida e resiliência (modo de enfrentamento de momentos difíceis) do familiar e do paciente em tratamento oncológico.

O(A) Sr (a) receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável por esta pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profª Dra. Fabiana de Souza Orlandi
Pesquisador Responsável
E-mail: forlandi@ufscar.br
Telefone: (16) 3306-6673

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 – São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Terá como Co-Participante o Hospital Amaral Carvalho, localizado na cidade de Jaú - SP com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FAC, na Rua Dona Silvéria, 150 - Chácara Braz Miraglia, Jaú, São Paulo-SP, telefone (014) 36021200.

Bauru, ____ de _____ de 2016

Assinatura do Acompanhante

9.3. APÊNDICE 3. Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Saúde dos Pacientes



1. INICIAIS: _____ Nº: _____
2. DATA DE NASCIMENTO: _____
3. PROCEDÊNCIA: _____
4. ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO/DESQUITADO () VIÚVO
5. ESCOLARIDADE: _____ ESTUDOU QUANTO TEMPO: _____
6. TEM FILHOS: () SIM () NÃO QUANTOS: _____
7. VOCÊ TRABALHA: () SIM () NÃO QUAL OCUPAÇÃO? _____
8. QUAL A RENDA FAMILIAR? _____
9. QUEM AJUDA NA RENDA FAMILIAR DA CASA? _____
10. É APOSENTADO? () SIM () NÃO
11. MORADIA: () ALUGUEL () PRÓPRIA
12. POSSUI RELIGIÃO? () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____
13. PRATICANTE DA RELIGIÃO? () SIM () NÃO
14. COMO É SEU SONO? () ÓTIMO () BEM () RAZOÁVEL () RUIM () PÉSSIMO
15. REALIZA ATIVIDADE DE LAZER? () SIM () NÃO
16. REALIZA ATIVIDADE FÍSICA? () SIM () NÃO
17. SOFREU ALGUMA QUEDA NO ÚLTIMO ANO? () SIM () NÃO
18. PERDEU PESO APÓS INÍCIO DO TRATAMENTO? () SIM () NÃO
19. SENTE DOR? () SIM () NÃO
20. TOMA MEDICAMENTOS EM CASA? () SIM () NÃO QUAIS? _____
21. TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO: _____
22. DATA DO DIAGNÓSTICO: ____/____/____
23. TRATAMENTO PREVIAMENTE REALIZADO:
 - a. CIRURGIA : () SIM () NÃO
 - b. RADIOTERAPIA: () SIM () NÃO
24. METÁSTASES: () SIM () NÃO
25. TRATAMENTO : () SUS () CONVÊNIO () PARTICULAR

9.4. APÊNDICE 4. Dados Sociodemográficos, Clínicos e de Saúde dos Familiares

1. INICIAIS: _____ Nº _____
2. DATA DE NASCIMENTO: _____
3. TIPO DE PARENTESCO: _____
4. RESIDE COM O PACIENTE?: () SIM () NÃO
5. RESIDE NA MESMA CIDADE: () SIM () NÃO
6. AJUDA NA RENDA FAMILIAR DO PACIENTE?: () SIM () NÃO
7. ESCOLARIDADE: _____ ESTUDOU QUANTO TEMPO: _____
8. VOCÊ TRABALHA?: () SIM () NÃO
9. AJUDA O PACIENTE A REALIZAR ALGUMA ATIVIDADE?: () SIM () NÃO
10. O PACIENTE É TOTALMENTE DEPENDENTE DE VOCÊ?: () SIM () NÃO
11. REALIZA ATIVIDADE DE LAZER COM O PACIENTE?: () SIM () NÃO
12. POSSUI RELIGIÃO?: () SIM () NÃO
13. PRATICANTE DA RELIGIÃO?: () SIM () NÃO
14. COMO É SEU SONO?: () ÓTIMO () BEM () RAZOÁVEL () RUIM () PÉSSIMO
15. MUDOU ALGUMA COISA EM SUA VIDA APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO?:
() SIM () NÃO
16. ACOMPANHA O PACIENTE EM TODAS AS QUIMIOTERAPIAS?: () SIM () NÃO

10. ANEXOS

10.1.ANEXO 1. Parecer Consubstanciado do CEP-Hospital Amaral Caravilho

	HOSPITAL AMARAL CARVALHO / FUNDAÇÃO DR. AMARAL CARVALHO											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
Elaborado pela Instituição Coparticipante												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A RESILIÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E DE SEUS FAMILIARES												
Pesquisador: FABIANA DE SOUZA ORLANDI												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 55704416.6.3001.5434												
Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 1.842.423												
Apresentação do Projeto: ver parecer nº 1.751.462												
Objetivo da Pesquisa: ver parecer nº 1.751.462												
Avaliação dos Riscos e Benefícios: ver parecer nº 1.751.462												
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: ver parecer nº 1.751.462												
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: ver parecer nº 1.751.462												
Recomendações: ver parecer nº 1.751.462												
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Foram corrigidos e enviados os documentos solicitados no parecer nº 1.751.462. Sugiro aprovação.												
<table border="1"><tr><td>Endereço: Rua das Palmeiras, 89</td><td>CEP: 17.210-120</td></tr><tr><td>Bairro: VILA ASSIS</td><td></td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: JAU</td></tr><tr><td>Telefone: (14)3602-1194</td><td>Fax: (14)3602-1207</td></tr><tr><td></td><td>E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br</td></tr></table>			Endereço: Rua das Palmeiras, 89	CEP: 17.210-120	Bairro: VILA ASSIS		UF: SP	Município: JAU	Telefone: (14)3602-1194	Fax: (14)3602-1207		E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br
Endereço: Rua das Palmeiras, 89	CEP: 17.210-120											
Bairro: VILA ASSIS												
UF: SP	Município: JAU											
Telefone: (14)3602-1194	Fax: (14)3602-1207											
	E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br											

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 1.842.423

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Informamos que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou da votação.

Aproveito para recordar-lhe do compromisso de enviar Relatórios Semestrais referentes à evolução do estudo e Relatório Final contendo os resultados da pesquisa.

Não autorizamos divulgação dos dados e/ou publicação sem antes passar para análise deste CEP o Relatório Final de encerramento do estudo contendo os resultados da pesquisa.

ANTES DE INICIAR A PESQUISA É OBRIGATÓRIO ENCAMINHAR NO DEPARTAMENTO DE RH DO HOSPITAL PARA PROVIDENCIAR A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_653387.pdf	12/07/2016 08:41:16		Aceito
Outros	DeclaracaoCoparticipacao.pdf	11/07/2016 15:51:38	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
Outros	AutorizacaoDDS.pdf	11/07/2016 15:51:05	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_653387.pdf	06/07/2016 19:45:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEa.pdf	06/07/2016 18:37:40	larissa martins cordeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEp.pdf	06/07/2016 18:37:16	larissa martins cordeiro	Aceito
Outros	Carta.pdf	05/07/2016 17:28:57	FABIANA DE SOUZA ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/07/2016 17:28:36	FABIANA DE SOUZA ORLANDI	Aceito

Endereço: Rua das Palmeiras, 89

Bairro: VILA ASSIS

CEP: 17.210-120

UF: SP

Município: JAU

Telefone: (14)3602-1194

Fax: (14)3602-1207

E-mail: cep.aurea@amaralcarvalho.org.br



HOSPITAL AMARAL
CARVALHO / FUNDAÇÃO DR.
AMARAL CARVALHO



Continuação do Parecer: 1.842.423

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_653387.pdf	01/05/2016 22:11:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPaciente.pdf	01/05/2016 22:10:25	larissa martins cordeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAcompanhante.pdf	01/05/2016 22:10:05	larissa martins cordeiro	Aceito
Outros	DocumentosCPC.pdf	12/04/2016 14:55:38	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOpdf.pdf	15/03/2016 21:08:41	larissa martins cordeiro	Aceito
Folha de Rosto	Scan2.pdf	15/03/2016 20:56:53	larissa martins cordeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

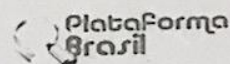
JAU, 29 de Novembro de 2016

Assinado por:
Osvaldo Contador Junior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Palmeiras, 89
Bairro: VILA ASSIS **CEP:** 17.210-120
UF: SP **Município:** JAU
Telefone: (14)3602-1194 **Fax:** (14)3602-1207 **E-mail:** cep.aurea@amaralcarvalho.org.br

10.2.ANEXO 2. Parecer Consubstanciado do CEP- UFSCar

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A RESILIÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E DE SEUS FAMILIARES

Pesquisador: FABIANA DE SOUZA ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55704416.6.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.680.639

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto, o qual incorporou esclarecimentos solicitados no primeiro parecer. A proposta é de um estudo correlacional, de abordagem quantitativa e de corte transversal, prospectado para ser desenvolvido junto a pessoas em tratamento quimioterápico e um de seus familiares.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar, relacionar e identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde e a resiliência de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico e de seus familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação ao risco, aponta-se existir perguntas que remetem às dificuldades, tanto do paciente, quanto do familiar, diante do tratamento oncológico. E, na necessidade o psicólogo da instituição parceira será acionado. O benefício apontado foi o de aumentar o conhecimento científico sobre qualidade de vida e resiliência (modo de enfrentamento de momentos difíceis) do familiar e do paciente em tratamento oncológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo fará uso de 8 instrumentos que serão aplicados em um único encontro, contudo, as

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer 1.680.639

proponentes afirmam ser os mesmos de preenchimento fácil, prospectando duração de uma hora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória estão apresentados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante dos esclarecimentos e ajustes desenvolvidos na proposta, recomendo aprovação da mesma.

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	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_653387.pdf	12/07/2016 08:41:16		Aceito
Outros	DeclaracaoCoparticipacao.pdf	11/07/2016 15:51:38	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
Outros	AutorizacaoDDS.pdf	11/07/2016 15:51:05	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERa.pdf	06/07/2016 18:37:40	larissa martins cordeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERp.pdf	06/07/2016 18:37:16	larissa martins cordeiro	Aceito
Outros	Carta.pdf	05/07/2016 17:28:57	FABIANA DE SOUZA ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	05/07/2016 17:28:36	FABIANA DE SOUZA ORLANDI	Aceito
Outros	DocumentosCPC.pdf	12/04/2016 14:55:38	Jeferson Rodrigo Ramos do Couto	Aceito
Folha de Rosto	Scan2.pdf	15/03/2016 20:56:53	larissa martins cordeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

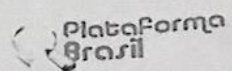
UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.680.639

SAO CARLOS, 16 de Agosto de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 03 de 03

10.3. ANEXO 3. Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada à um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
Levantar ou carregar mantimento	1	2	3
Subir vários lances de escada	1	2	3
Subir um lance de escada	1	2	3
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
Andar mais de 1KM	1	2	3
Andar vários quarteirões	1	2	3
Andar 1 quarteirão	1	2	3
Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefa do que gostaria?	1	2
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex: necessitou de um esforço extra)	1	2

- 5- Durante as últimas semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (ex: como se sentie deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefa do que gostaria?	1	2
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

- 6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	moderadamente	bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

- 8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo trabalho de casa).

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- 9- Estas ultimas questões sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta de que mais se aproxime com a maneira como se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido esgotado						
Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo você tem se sentido cansado	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (visitar amigos, parentes, etc.)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você

	Definitivamente e verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivame nte falso
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoas que eu conheço					
Eu acho que a minha saúde vai piorar					
Minha saúde é excelente.					

10.4. ANEXO 4. European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC-QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e a sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
Você tem que ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana	-----	-----	-----	-----
Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
Você teve falta de ar?	1	2	3	4
Você tem tido dor?	1	2	3	4
Você precisou repousar?	1	2	3	4
Você tem tido problemas	1	2	3	4

para dormir?				
Você tem se sentido fraco?	1	2	3	4
Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
Você tem se sentido enjoado?	1	2	3	4
Você tem vomitado?	1	2	3	4
Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
Você esteve cansado?	1	2	3	4
A dor interfereu em sua atividade diária?	1	2	3	4
Você tem tido dificuldade em concentrar-se para ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
Você se sentiu-se nervoso?	1	2	3	4
Você esteve preocupado?	1	2	3	4
Você se sentiu irritado facilmente?	1	2	3	4
Você se sentiu deprimido?	1	2	3	4
Você tem tido dificuldade de lembrar das coisas?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido na sua atividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

10.5. ANEXO 5. Escala de Resiliência (ER)

	Discordo			Nem concordo, nem discordo	Concordo		
	Totalmente	muito	pouco		Pouco	muito	totalmente
	1	2	3		4	5	6
1. Quando eu faço planos levo até o fim							
2. Eu costumo lidar com os problemas							
3. Sou capaz de depender mim mais que qualquer outra pessoa							
4. Manter interesse nas coisas é importante pra mim							
5. Eu posso estar por minha conta se precisar							
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida							
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação							
8. Eu sou amigo de mim mesmo							
9. Eu sinto que posso lidar com Muitas coisas ao mesmo tempo							

10. Eu sou determinado							
11. Eu raramente penso sobre os objetivos das coisas							
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez							
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já enfrentei dificuldades antes							
14. Eu sou disciplinado							
15. Eu mantenho interesse nas Coisas							
16. Eu normalmente posso achar motivos para rir							
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar momentos difíceis							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa que as pessoas podem contar							
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras							

20. As vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não							
21. Minha vida tem sentido							
22. Eu não insisto em coisas as quais não posso fazer nada sobre elas							
23. Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída							
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer							
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim							

10.6. ANEXO 6. Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro (EEPPR)

As frases seguintes referem-se à sua espiritualidade, suas crenças pessoais e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com um X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1.As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido a minha vida				
2. A minha fé e crenças me dão forças nos momentos difíceis				
3.Vejo o futuro com esperanças				
4.Sinto que minha vida mudou para melhor				
5.Aprendi a dar valor as pequenas coisas da vida				

10.7. ANEXO 7. Escala de Esperança de Herth (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um X na coluna que descrever o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo completamente	discordo	concordo	Concordo completamente
1. Estou otimista quanto a vida				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazo				
3. Eu me sinto muito sozinho				
4. Eu consigo ver possibilidade em meio as dificuldades				
5. Eu tenho uma fé que me conforta				
6. Eu tenho medo do futuro				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos				
8. Eu me sinto muito forte				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor				
10. Eu sei onde quero ir				
11. Eu acredito no valor de cada dia				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade				

10.8. ANEXO 8. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Leia cada frase com atenção e faça um X em torno da opção mais adequada.

	Discordo totalmente	Discordo	concordo	Concordo totalmente
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, como as outras pessoas				
2. Eu acho que tenho várias boas qualidades				
3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso				
4. Eu acho que sou capaz de fazer a maioria das coisas tão bem como a maioria das pessoas				
5. Eu acho que não tenho muito do que me orgulhar				
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo				
7. No conjunto, estou satisfeito Comigo				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim				
9. As vezes eu me sinto inútil				
10. As vezes eu acho que não presto pra nada				

10.9. ANEXO 9. Escala de Sintomas de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS)

Leia todas as frases. Marque um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentindo na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Eu me sinto tenso e contraído

A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez enquanto	Nunca
3	2	1	0

Eu ainda sinto o gosto pelas mesmas coisas de antes

Sim, do mesmo jeito que antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada
3	2	1	0

Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

Sim, de um jeito muito forte	Sim, mas não tão forte	Um pouco mas isso não me preocupa	Não sinto nada disso
3	2	1	0

Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

Do mesmo jeito que antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais
3	2	1	0

Estou com a cabeça cheia de preocupação

A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez enquanto	Raramente
3	2	1	0

Eu me sinto alegre

Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
3	2	1	0

Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado

Sim quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
3	2	1	0

Eu estou lento para pensar e fazer as coisas

Quase sempre	Muitas vezes	De vez enquanto	Nunca
3	2	1	0

Eu tenho uma sensação ruim de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

Nunca	De vez enquanto	Muitas vezes	Quase sempre
3	2	1	0

Eu perdi o interesse de cuidar da minha aparência

Completamente	Não estou mais me cuidando como deveria	Talvez não tão quanto antes	Me cuido do mesmo jeito que antes
3	2	1	0

Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum

Sim demais	Bastante	Um pouco	Não me sinto assim
3	2	1	0

Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

Do mesmo jeito de antes	Um pouco menos que antes	Bem menos que antes	Quase nunca
3	2	1	0

De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

A quase todo momento	Várias vezes	De vez enquanto	Não sinto isso
3	2	1	0

Consigo sentir prazer quando assisto um programa de TV, rádio ou quando leio algo

Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca
3	2	1	0