



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação da Qualidade de Vida de doentes com cancro do pulmão seguidos na Beira Interior

Sofia Carvalho Marçalo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Nuno Miguel Alexandre de Sousa
Coorientadora: Dra. Maria La Salette Beirão Valente

Covilhã, maio de 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Pelo enorme esforço que fizeram para que esta longa caminhada fosse possível e por todo o apoio incondicional.

À minha mãe, pelos ensinamentos que me facultou enquanto mulher e enquanto pessoa.

Ao meu pai, pelos valores de sinceridade, honestidade e humildade transmitidos.

Ao meu irmão e à minha irmã,

Os meus caçulas, pelo apoio prestado em todos os momentos de ausência e também nos de presença que se revelaram mais austeros e, por cada gargalhada sincera que partilhámos nestes longos 6 anos.

*“We are such stuff as dreams are made on;
and our little life is rounded with a sleep.”*

The Tempest - William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Nuno Miguel Alexandre de Sousa, pelo apoio na elaboração deste trabalho, por todo o tempo despendido comigo e, pelo excelente exemplo de dedicação e profissionalismo.

À minha coorientadora, Dra. Maria La Salette Beirão Valente, pela disponibilidade em apoiar-me.

Ao Dr. Miguel Freitas, pelo auxílio no tratamento estatístico dos dados e, pela paciência e simpatia com que sempre me recebeu.

Aos meus primos, Susana e Pedro, pelo abrigo acolhedor que gentilmente me ofereceram nestes longos 6 anos.

RESUMO

Introdução: O cancro do pulmão (CP) é o tipo de cancro mais frequente no mundo, constituindo a principal causa de morte desta natureza. Apresenta, atualmente, uma sobrevida global aos 5 anos de cerca de 15%, sem grandes previsões de mudança. Muitos doentes encontram-se muito sintomáticos, a maioria num estadio em que não é possível um tratamento curativo, e com um papel cada vez mais importante na tomada de decisões sobre o seu tratamento. Também alguns tratamentos, por vezes com elevados custos financeiros, resultam em modestos benefícios na taxa de sobrevivência e até mesmo no tempo de sobrevida. Assim, é cada vez maior o interesse no impacto da doença e do seu tratamento na qualidade de vida (QV) específica de cada doente pelo que, o objetivo deste estudo foi proceder a uma avaliação de fatores influentes na QV dos doentes com CP seguidos na Beira Interior, tendo em conta a pluralidade daquele conceito.

Materiais e Métodos: Estudo transversal, descritivo e comparativo. Entre agosto de 2012 e março de 2013, foram aplicados 53 questionários a doentes com CP, seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica na Beira Interior. Recolheu-se informação sociodemográfica e clínica e aplicaram-se instrumentos de avaliação de perturbações psicológicas de ansiedade e depressão (HADS), qualidade de vida (EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13), e estado nutricional (MNA).

Resultados: As perturbações psicológicas de ansiedade e depressão relacionaram-se com pior QV, com maior influência da depressão relativamente à ansiedade.

O bom estado nutricional demonstrou estar associado a melhor função física, melhor nível de desempenho, melhor função social, melhor QV global e menor sintomatologia. Além disso, o tratamento com radioterapia e quimioterapia demonstrou estar associado a maior risco de desnutrição, sendo que, no primeiro, esse risco foi superior.

Na relação das diferentes modalidades de tratamento com a QV, apenas o tratamento com radioterapia prévia e a terapêutica com opióides parecem encontrar-se relacionados com um prejuízo da QV, na primeira associado a pior função cognitiva, e na segunda associado a pior função física, pior nível de desempenho, pior função social, pior QV global e maior sintomatologia. A relação do tratamento cirúrgico e quimioterapia com a QV não foi significativa.

O CPPC esteve associado a um prejuízo da função social, quando comparado com o CPNPC. Já o estadiamento TNM, não demonstrou qualquer relação com a QV.

No que respeita às características sociodemográficas, apenas o nível educacional e os hábitos etílicos demonstraram ter algum tipo de impacto negativo na QV, não se encontrando qualquer influência do nível socioeconómico e dos hábitos tabágicos na QV.

Conclusão: Atualmente, a abordagem do CP requer um processo clínico que inclui prevenção, deteção precoce, tratamento específico e melhoria da sobrevida. No entanto, num futuro muito próximo, residirá sobre a melhoria da QV. Este trabalho aponta para que a inclusão de estratégias de intervenção psicológica e de apoio nutricional, na terapêutica de suporte, possa ter um impacto significativo na QV destes doentes.

Palavras-chave

Cancro do pulmão; qualidade de vida; perturbações psicológicas; estado nutricional; tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Lung cancer (LC) is the most frequently occurring cancer in the world, representing the main cause of death from cancer. It presents a current 5-year overall survival of approximately 15%, without any change in predictions. Many patients are widely symptomatic, most in a stage in which curative treatment is not possible, and with an increasingly important role in making decisions about their treatment. Also, some treatments, sometimes with high financial costs, result in modest benefits in survival rate and even in survival time. Therefore, the interest on the impact of the disease and its treatment on specific quality of life (QOL) of each patient is increasing, whereat, the objective of this study was to carry out an assessment of the influencing factors on the QOL of LC patients followed in Beira Interior, taking into account the plurality of that concept.

Materials and Methods: Cross-sectional, descriptive and comparative study. Between August 2012 and March 2013, 53 questionnaires were administered to patients with LC, followed in Lung Oncology consultation in Beira Interior. Social-demographic and clinical data were obtained, and assessment tools of psychological disorders of anxiety and depression (HADS), quality of life (EORTC QLQ-C30 and QLQ-LC13), and nutritional status (MNA) were applied.

Results: The psychological disorders of anxiety and depression were related to worse QOL, with greater influence of depression in relation to anxiety.

Good nutritional status shown to be associated with better physical function, better performance, better social function, better overall QOL and lower symptomatology. Furthermore, radiotherapy and chemotherapy have shown to be associated with an increased risk of malnutrition, with the higher risk associated to radiotherapy.

In what concerns the different treatment options and its relation with QOL, only treatment with previous radiation therapy and therapy with opioids seem to be related with an impairment of QOL, the first associated with worse cognitive function, and the second associated with worse physical function, worse performance, worse social function, worse global QOL and greater symptoms. The relationship of surgical treatment and chemotherapy with QOL was not significant.

The SCLC was associated with an impairment of social function compared with NSCLC. The TNM staging, showed no relationship with QOL.

With regard to social-demographic characteristics, only the educational level and the drinking habits were found to have some kind of negative impact on QOL, with no influence of socioeconomic status and smoking habits on QOL.

Conclusions: Currently, the LC approach requires a clinical process that includes prevention, early detection, specific treatment and survival improvement. However, in the near future, it will be based on the improvement of QOL. This work suggests that the inclusion of psychological intervention strategies and nutritional support strategies, in supportive therapy, may have a significant impact on QOL of these patients.

Keywords

Lung cancer; quality of life; psychological distress; nutritional status; treatment.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABELAS.....	X
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	XI
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 - OBJETIVOS	2
1.2 - HIPÓTESES DO ESTUDO	2
2. MATERIAIS E MÉTODOS	3
2.1 - PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO	3
2.2 - MATERIAL	3
2.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA	5
3. RESULTADOS	7
4. DISCUSSÃO	19
5. BIBLIOGRAFIA.....	25
ANEXOS	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (n=50).....	7
Tabela 2 - Características clínicas da amostra.....	9
Tabela 3 - Relação entre as perturbações psicológicas de ansiedade e depressão e a QV.....	10
Tabela 4 - Relação entre o estado nutricional e a QV.....	12
Tabela 5 - Relação entre as diferentes modalidades de tratamento e o estado nutricional...	13
Tabela 6 - Relação entre o tratamento prévio com radioterapia e a QV.....	13
Tabela 7 - Relação entre a terapêutica com opióides e a QV.....	14
Tabela 8 - Relação entre o tipo histológico (CPNPC e CPPC) e a QV.....	15
Tabela 9 - Relação entre a presença de metástases e a QV.....	15
Tabela 10 - Relação entre o nível educacional e a QV.....	16
Tabela 11 - Relação entre os hábitos etílicos e a QV.....	16
Tabela 12 - Valores de <i>p</i> de variáveis testadas como influentes na QV, nas quais não se obteve significância estatística.....	17

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CP	Cancro do pulmão
CPNPC	Carcinoma pulmonar de não pequenas células
CPPC	Carcinoma pulmonar de pequenas células
DP	Desvio-padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale - Ansiedade
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Depressão
HSM	Hospital Sousa Martins
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de massa corporal
MNA	Mini Nutritional Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Performance Status - estado funcional
QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire Core 30
QLQ-LC13	Quality of Life Questionnaire Lung Cancer specific module
Quimio	Quimioterapia (abr.)
QV	Qualidade de vida
SPSS®	<i>Software Package for Social Sciences</i>
TNM	T - tamanho do tumor; N - envolvimento de gânglios linfáticos regionais; M - presença ou ausência de metástases à distância

1. INTRODUÇÃO

O cancro do pulmão (CP) é o tipo de cancro mais frequente no mundo, com cerca de 1,6 milhões de novos casos registados em 2008 (1). Os carcinomas pulmonares de não pequenas células (CPNPC) são responsáveis por aproximadamente 85% dos casos, sendo o adenocarcinoma, atualmente, o tipo histológico mais comum em homens e mulheres (2). Infelizmente, o CP é quase sempre fatal, constituindo a principal causa de morte por cancro em ambos os sexos (3). Na verdade, ele é responsável por 29% de todas as mortes por cancro, causando mais mortes que os cancros da mama, colón-retal e próstata, combinados (4). Em Portugal, estima-se uma incidência atual de 34/100 000 com 28/100 000 novos casos para o sexo masculino e 6/100 000 para o sexo feminino (5). No nosso país, esta neoplasia tem a mesma tendência observada mundialmente, constituindo a primeira causa de morte por cancro (5). O fumo do tabaco é o fator de risco mais importante, sendo responsável por cerca de 75-90% dos casos (1). A maioria dos CP são assintomáticos nos seus estadios precoces. Apenas 18% dos casos são detetados nos estadios de doença local; 38% são diagnosticados nos estadios de doença regional e 37% no estadio de doença metastática (2). A atual sobrevida global aos 5 anos é de cerca de 15%, sem grandes previsões de mudança (5).

Tendo em conta a elevada taxa de incidência e a fraca sobrevida do CP, a questão da qualidade de vida (QV) torna-se soberana. A QV definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (The WHOQOL Group, 1995) (6), deixa implícita a ideia de que este é um conceito subjetivo e multidimensional (7).

Tradicionalmente, as implicações da doença oncológica e do seu tratamento eram avaliadas através dos resultados biomédicos, como a resposta tumoral, o tempo de remissão da doença ou o nível de toxicidade associado ao tratamento. Porém, atualmente tem vindo a aumentar o interesse em expandir os parâmetros desta avaliação, de forma a ter em conta o impacto da doença e do seu tratamento na QV específica de cada doente (8). De entre as causas responsáveis por este interesse crescente estão: o facto de muitos pacientes se encontrarem altamente sintomáticos e num estadio em que não é possível um tratamento curativo; o progressivo aumento da autonomia do doente na tomada de decisões; e os custos financeiros dos tratamentos estabelecidos que, muitas vezes, resultam apenas em modestos benefícios na taxa de sobrevivência (9).

Posto isto, e porque é inexistente até à data, o desafio desta análise será mostrar o retrato global dos fatores mais relacionados com a QV do doente com CP seguido na Beira Interior; lembrando que a QV é um conceito plural, que integra variáveis que vão desde, características do próprio doente sobre as quais se pode atuar - como perturbações psicológicas de ansiedade e depressão, estado nutricional, estado funcional e

comportamentos aditivos -, e características sociodemográficas - como suporte financeiro e suporte social -, até características clínicas - relacionadas com as opções de tratamento, o tipo histológico e o estadiamento tumoral.

1.1 - OBJETIVOS

Numa amostra de pacientes com CP pretende-se como *end-point* primário:

1. Averiguar qual a relação das perturbações psicológicas de ansiedade e depressão com a QV.

Como *end-points* secundários pretende-se:

1. Averiguar qual a relação do estado nutricional com a QV e com as diferentes modalidades de tratamento;
2. Analisar qual a relação das diferentes modalidades de tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia da dor) com a QV;
3. Analisar qual a relação do tipo histológico e gravidade da doença com a QV;
4. Averiguar se alguma das variáveis sociodemográficas analisadas tem maior influência na QV.

1.2 - HIPÓTESES DO ESTUDO

É esperado que:

- As perturbações psicológicas de ansiedade e depressão se relacionem negativamente com a QV.
- Doentes classificados como desnutridos ou em risco de desnutrição revelem pior QV; e que evidências de tratamento prévio ou atual com quimioterapia e/ou radioterapia, e/ou cirurgia, e/ou opióides contribuam para a desnutrição.
- Pacientes submetidos a cirurgia revelem um prejuízo global da QV nos primeiros meses após a intervenção (traduzido por um agravamento de sintomas de dispneia e dor, e também da função física), sendo esses prejuízos recuperáveis com o tempo.
- Pacientes a efetuar e/ou que tenham efetuado radioterapia e/ou quimioterapia paliativa manifestem uma pior QV relativamente àqueles cuja intenção do tratamento é curativa.
- A presença de um estadio de doença metastática e a necessidade de terapêutica com opióides se traduzam em pior QV.
- O tipo histológico de CPPC se relacione mais negativamente com a QV, comparativamente ao tipo histológico de CPNPC.
- As seguintes variáveis sociodemográficas tenham um impacto negativo na QV: baixo nível educacional e socioeconómico, e hábitos tabágicos e/ou etílicos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 - PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e comparativo, utilizando uma amostra acidental e por conveniência, constituída por 50 doentes, seguidos em regime de consulta externa da especialidade de Pneumologia Oncológica, no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e no Hospital Sousa Martins (HSM). Os doentes de ambas as instituições foram agrupados na mesma amostra, não tendo sido efetuada qualquer distinção entre aqueles seguidos no CHCB e aqueles seguidos no HSM, uma vez que todos são doentes seguidos na região geográfica designada por Beira Interior.

A recolha dos dados decorreu no período compreendido entre agosto de 2012 e março de 2013, durante o qual foram aplicados 53 questionários. Cada questionário foi administrado pelo mesmo entrevistador, e teve uma duração de aplicação de aproximadamente 30 minutos.

Foram critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico histológico e/ou citológico de neoplasia primária do pulmão, e a aceitação voluntária informada da participação no estudo.

Foram excluídos do estudo: doentes com comorbilidades que os tornavam incapazes de preencher os formulários de autoadministração e/ou que não permitiam a recolha dos dados pelo entrevistador, bem como doentes em consulta de *follow-up* há mais de cinco anos, por este ser considerado critério de cura.

Todos os participantes no estudo receberam informação explicativa dos motivos e objetivos do estudo, e a confidencialidade dos dados foi assegurada através do consentimento informado (anexo 1).

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Núcleo de Investigação das duas instituições de onde foi obtida a amostra populacional.

2.2 - MATERIAL

A cada doente foi aplicado um questionário estruturado de recolha de variáveis sociodemográficas e clínicas, elaborado pela autora do projeto de acordo com a finalidade do estudo e tendo em vista os fatores específicos que se pretendia estudar (anexo 2). Este questionário encontrava-se dividido em duas partes. A primeira parte, desenhada para ser preenchida pelo próprio doente, era constituída por itens relativos à história sociodemográfica e incluía: idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, religião e rendimento mensal do agregado. A segunda parte, desenhada para ser preenchida pelo

entrevistador com base em informações obtidas através de respostas do doente e da consulta do processo clínico de cada um, dizia respeito à história clínica e incluía informação sobre: hábitos tabágicos e hábitos etílicos, estado funcional - avaliado pela *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Scale of Performance Status (PS) (10)* -, tempo de diagnóstico, tipo histológico, estadiamento, metástases, intenção do tratamento, tipo de tratamento e tratamentos associados.

Além do questionário referido anteriormente, foi também aplicado um conjunto de instrumentos a saber, relativos às perturbações psicológicas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e estado nutricional:

Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS (11)

Esta escala trata-se de um instrumento fidedigno e válido para avaliação da ansiedade e depressão no contexto médico e foi aplicada na versão portuguesa (12). É uma escala que está dividida em duas subescalas, uma que mede a ansiedade (HADS-A), com sete itens, e outra que mede a depressão (HADS-D), também com sete itens, que são pontuados separadamente. Cada item é respondido pelo paciente com uma de quatro respostas possíveis, pontuadas individualmente de zero a três, o que faz com que os scores finais possíveis variem de 0 a 21 pontos para a ansiedade e de 0 a 21 pontos para a depressão.

Snaith (2003) propôs que um score maior ou igual a 11 indicava uma probabilidade elevada da presença real de um caso de transtorno do humor, que scores entre 8 e 10 eram apenas sugestivos desse transtorno e que scores entre 0 e 7 eram considerados normais. Desta forma, a pontuação final da HADS, para este estudo em particular, foi obtida adotando como ponto corte aquele correspondente a um score ≥ 11 , conforme o recomendado por Snaith (2003). O significado atribuído às pontuações em ambas as subescalas foi então o seguinte:

- HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 10, com ansiedade ≥ 11 ;
- HAD-depressão: sem depressão de 0 a 10, com depressão ≥ 11 . (11)

The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 - EORTC QLQ-C30 (13)

O QLQ-C30 trata-se de um questionário composto por 30 itens, dos quais vinte e quatro formam nove subescalas constituídas por múltiplos desses itens e seis são itens individuais de medição de sintomas. As subescalas de múltiplos itens e os itens individuais tentam demonstrar a multidimensionalidade da construção da QV, a saber: cinco subescalas funcionais (física, desempenho, cognitiva, emocional, social); uma subescala de saúde global/QV; três subescalas de sintomas (fadiga, dor, e náusea/vómito); itens individuais de avaliação de sintomas adicionais comumente reportados pelos doentes com cancro (dispneia, perda de apetite, perturbação do sono, obstipação, e diarreia); e um item adicional relacionado com o impacto financeiro percebido pelo paciente, em relação ao cancro e tratamento do cancro. Todas as escalas de itens são pontuadas em 4 pontos

consoante o tipo de resposta: “não” (um ponto), “um pouco” (dois pontos), “bastante” (três pontos) ou “muito” (quatro pontos). A exceção são os dois itens relativos à subescala de saúde global/QV que usa uma escala analógica linear modificada de 7 pontos. Todas as escalas e os itens são depois convertidos num score que varia de 0 a 100%. Um score elevado na subescala funcional e na subescala de saúde global/QV representa elevado nível de função e de qualidade de vida. Um score elevado nas subescalas/itens de sintomas representa um elevado nível de sintomatologia ou de problemas.

Este questionário provou ser uma ferramenta válida e confiável quando usado numa ampla amostra de pacientes com cancro, incluindo pacientes com CP (14). Um estudo anterior demonstrou a validação dos resultados para a versão Portuguesa do EORTC QLQ-C30 e QLQ-LC13 (ver a seguir), confirmando que este se trata de um questionário reprodutível e válido para avaliar a qualidade de vida de doentes com CP em Portugal (15).

The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Lung Cancer specific module - EORTC QLQ-LC13 (16)

O QLQ-LC13 é composto por treze questões sobre a sintomatologia do cancro do pulmão, efeitos secundários relacionados com o tratamento e medicação para a dor. A codificação do QLQ-LC13 faz-se de acordo com o princípio aplicado nas subescalas de sintomas e itens individuais de sintomas do QLQ-C30 (17).

Mini Nutricional Assessment - MNA (18)

É um instrumento simples, bastante completo e de rápida avaliação do estado nutricional. O MNA é composto por 18 itens, relacionados com a história clínica (por exemplo, diminuição do apetite, perda de peso, mobilidade, IMC), com a ingestão medicamentosa e com os hábitos alimentares. Compreende ainda uma pequena avaliação antropométrica da circunferência do braço e do gastrocnémio. O facto de estar dividido em duas partes e, sendo a primeira considerada como uma triagem, permite que não se perca muito tempo na avaliação de indivíduos bem nutridos. O MNA classifica os pacientes em três estados nutricionais: A - Bem nutrido, B - Em risco de desnutrição, e C - Desnutrido (18).

2.3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

De acordo com os procedimentos recomendados pela EORTC, os scores relativos às escalas de qualidade de vida - EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-LC13 - foram linearmente convertidos numa escala que varia de 0 a 100 para cada doente. Depois, calculou-se a média para cada domínio e a partir daí estabeleceram-se as comparações estatísticas necessárias com estas variáveis escalares.

Todo o trabalho de análise descritiva e estatística que a seguir se apresenta foi realizado com recurso ao *Software Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 19.0 para Microsoft Windows®, e *Microsoft Office Excel 2007®*.

A normalidade das variáveis foi testada recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk, através do qual a maioria demonstrou não seguir uma distribuição normal (valor de $p < 0,05$). Apesar disso, aqui elas são primariamente apresentadas com os valores da média e do desvio-padrão (como medidas da tendência central e da dispersão, respetivamente), uma vez que este é o método preferido em estudos de comparação (19). A análise inferencial foi realizada com recurso aos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, neste último caso, complementado com o teste *post-hoc* de Bonferroni, sempre que foi possível rejeitar a hipótese nula.

Para as variáveis nominais recorreu-se ao teste do chi quadrado - χ^2 (ou Prova Exata de Fisher, nos casos em que as frequências esperadas foram inferiores a 5); sempre que $p < 0,05$, calcularam-se também os *Odds*, *Odds-Ratios* e respetivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%.

O nível de significância usado foi o correspondente ao erro α igual 0,05 (ou seja, valor de $p < 0,05$).

3. RESULTADOS

Abaixo estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra (tabela1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (n=50)

	Número (n)	Percentagem (%)
Total da amostra	50	100
Sexo		
Masculino	35	70,0
Feminino	15	30,0
Idade: média em anos (DP)	65,8 (11,27)	
Sexo masculino	65,4 (11,57)	
Sexo feminino	66,9 (10,88)	
Estado Civil		
Solteiro	4	8,0
Casado	37	74,0
Divorciado	2	4,0
Viúvo	7	14,0
Escolaridade		
Analfabeto	7	14,0
Ensino obrigatório	34	68,0
Ensino secundário	6	12,0
Ensino superior	3	6,0
Rendimento		
Até 475 €	19	38,0
Até 1000 €	21	42,0
Até 2000 €	8	16,0
Mais de 2000 €	2	4,0
Hábitos tabágicos		
Fumador	6	12,0
Ex-fumador	31	62,0
Não fumador	13	26,0
Hábitos etílicos (> 1L/dia)		
Não alcoólico	29	58,0
Ex-bebedor excessivo	21	42,0

Na amostra populacional estudada, o sexo masculino teve maior representatividade, correspondendo a 70% da população. A média global das idades dos doentes foi de 65,8 anos (DP=11,27), sendo as doentes do sexo feminino, em média, um ano e meio mais velhas que os doentes do sexo masculino. A grande maioria dos doentes é casada (74%). Uma percentagem importante frequentou apenas o ensino básico obrigatório (68%), o que demonstra um baixo nível de instrução da amostra. Relativamente ao rendimento familiar, 42% afirma que é até 1000€ e 38% tem um rendimento não ultrapassa os 475€, refletindo assim uma grande

dificuldade económica presente na amostra. Quanto aos hábitos tabágicos, a maioria são ex-fumadores (62%), e no que respeita aos etílicos, uma percentagem importante (42%) são ex-bebedores excessivos.

A tabela 2 apresenta as características clínicas da amostra de doentes com CP estudada. No que respeita ao estado funcional, pode constatar-se que a minoria (4%) se encontrava totalmente confinada ao leito ou à cadeira, sendo incapaz de realizar autocuidados básicos (PS=4) e que, ainda assim, também a maioria (32%) demonstrava uma capacidade limitada de autocuidados, estando confinada ao leito ou cadeira mais de 50% do tempo de vigília (PS=3). Relativamente ao tipo histológico, tal como descrito na literatura, o adenocarcinoma foi o tipo mais prevalente, representando mais de metade dos casos (54%). Uma percentagem importante dos doentes (54%) apresentava-se já com doença metastática, seguindo-se aqueles com doença regional. Quanto à terapêutica, 28% já haviam realizado cirurgia de ressecção tumoral, sendo a lobectomia o procedimento mais amplamente aplicado (22%); uma percentagem pequena (18%) já tinha realizado radioterapia, não se encontrando, no entanto, nenhum dos doentes a efetuar esta terapêutica no momento do estudo; a maioria (64%) já tinha efetuado tratamento quimioterápico prévio e encontrava-se também agora a efetuar esse mesmo tratamento (66%), sendo a intenção paliativa aquela com maior representatividade (58%); 12% dos doentes encontravam-se em regime de tratamento com terapêutica opióide. No que respeita ao estado nutricional, a maioria encontrava-se bem nutrida (62%), representando os desnutridos uma percentagem pequena mas importante (12%). Quanto às perturbações psicológicas, as mais prevalentes foram a presença isolada de depressão (14%) e a presença concomitante de ansiedade e depressão (14%).

Tabela 2 - Características clínicas da amostra

	Número (n)	Percentagem (%)
Estado funcional (PS)		
0	11	22,0
1	12	24,0
2	9	18,0
3	16	32,0
4	2	4,0
Tipo histológico		
Carcinoma de pequenas células	6	12,0
Carcinoma escamoso/epidermóide	15	30,0
Adenocarcinoma	27	54,0
Carcinoma sarcomatóide	1	2,0
Carcinoma misto	1	2,0
Estadiamento		
IA / IB	2 / 4	4,0 / 8,0
IIA / IIB	3 / 2	6,0 / 4,0
IIIA / IIIB	2 / 10	4,0 / 20,0
IV	21	42,0
CPPC - doença limitada	1	2,0
CPPC - doença extensa	5	10,0
Presença de metástases	27	54,0
Cirurgia de ressecção tumoral		
Tumorectomia	1	2,0
Lobectomia	11	22,0
Pneumectomia	2	4,0
Radioterapia prévia*	9	18,0
Quimioterapia prévia	32	64,0
Quimioterapia atual		
Adjuvante	4	8,0
Paliativa	29	58,0
Tratamento com opióides	6	12,0
Estado nutricional (MNA)		
Bem nutrido	31	62,0
Em risco de desnutrição	13	26,0
Desnutrido	6	12,0
Depressão/Ansiedade (HADS)		
Ansiedade	2	4,0
Depressão	7	14,0
Ansiedade e Depressão	7	14,0
* Nenhum dos doentes da amostra se encontrava em tratamento com radioterapia.		

Como exposto na tabela 3, quando se procedeu à análise da relação entre as perturbações psicológicas e a QV, verificou-se que a depressão está relacionada com todos os parâmetros das escalas funcionais, ou seja, a função física, o nível de desempenho, a função cognitiva, a função emocional, a função social e a QV global, enquanto a ansiedade, está relacionada somente com parâmetros como a função física, o nível de desempenho, a função emocional e a função social. No que respeita às escalas de sintomas, constatou-se que também a

depressão se relaciona com um número importante de sintomas como fadiga, náusea/vómito, dor, perda de apetite, obstipação e dispneia; já a ansiedade está relacionada com um menor número de sintomas a saber: fadiga, dor e dispneia.

Tabela 3 - Relação entre as perturbações psicológicas de ansiedade e depressão e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Sem ansiedade (n=41)	Com ansiedade (n=9)	p *	Sem depressão (n=36)	Com depressão (n=14)	p *
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)						
Física	69,59 (23,19)	43,69 (17,35)	p =0,004	73,33 (21,21)	43,33 (17,67)	p =0,000
Desempenho	75,60 (32,72)	35,18 (33,79)	p =0,004	81,48 (26,96)	34,51 (35,48)	p =0,000
Cognitiva	83,73 (18,44)	61,10 (34,36)	-	87,96 (13,57)	58,33 (29,78)	p =0,001
Emocional	76,02 (20,17)	49,08 (27,14)	p =0,004	80,09 (15,84)	48,22 (25,56)	p =0,000
Social	88,61 (21,87)	48,15 (46,73)	p =0,017	89,81(20,81)	59,52 (43,22)	p =0,030
Escala Global QV	54,88 (22,74)	36,12 (26,03)	-	56,02 (22,94)	39,89 (24,29)	p =0,041
Escalas de sintomas EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação: 0-100)						
Fadiga	26,28 (21,77)	70,38 (38,49)	p =0,003	23,75 (23,63)	61,11 (29,81)	p =0,000
Náusea/vómito	6,10 (12,22)	22,23 (26,36)	-	3,24 (8,74)	23,82 (22,37)	p =0,000
Dor	17,08 (25,41)	75,93 (26,48)	p =0,000	12,97 (21,13)	65,47 (32,33)	p =0,000
Dispneia	9,75 (18,62)	33,32 (33,34)	p =0,011	13,88 (24,40)	14,28 (21,54)	-
Insónia	28,44 (27,45)	55,56 (47,14)	-	27,77 (28,17)	47,61 (40,76)	-
Perda de apetite	17,07 (29,99)	40,73 (46,48)	-	12,96 (26,76)	42,86 (40,15)	p =0,005
Obstipação	13,82 (23,55)	37,02 (38,89)	-	10,18 (19,22)	38,09 (36,66)	p =0,004
Diarreia	10,57 (22,90)	14,81 (24,22)	-	9,26 (21,98)	16,66 (25,32)	-
Dificuldades financeiras	19,51 (30,71)	40,74 (46,48)	-	19,44 (31,24)	33,33 (41,35)	-
Escalas de sintomas EORTC QLQ-LC13, média (DP) (variação: 0-100)						
Disfagia	1,62 (7,26)	7,41 (22,23)	-	0,93 (5,55)	7,14 (19,30)	-
Tosse	32,50 (27,37)	37,02 (30,94)	-	30,53 (25,66)	40,46 (32,51)	-
Dispneia CP	20,31 (18,24)	40,74 (27,24)	p =0,035	20,36 (20,32)	33,32 (21,80)	p =0,039
Hemoptise	2,44 (8,78)		-	1,85 (7,74)	2,38 (8,89)	-
Lesão da boca	2,44 (11,53)	7,40 (14,69)	-	2,78 (12,28)	4,76 (12,09)	-
Neuropatia periférica	11,37 (17,64)	22,22 (28,88)	-	11,10 (15,92)	19,05 (28,39)	-
Alopécia	11,38 (25,39)	11,11 (23,58)	-	12,96 (26,76)	7,14 (19,30)	-
Dor no peito	12,19 (17,87)	33,32 (33,34)	-	11,10 (17,81)	28,56 (28,82)	p =0,021
Dor no braço/ombro	9,75 (21,40)	29,62 (26,07)	p =0,008	6,48 (15,57)	30,94 (30,57)	p =0,001
Dor outros locais	13,00 (20,92)	48,14 (37,69)	p =0,003	12,96 (24,27)	35,71 (30,57)	p =0,005
* Valores de p obtidos através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.						

A tabela 4 expõe os resultados da análise da relação do estado nutricional com a QV. Verifica-se que os doentes bem nutridos apresentam melhor função física, melhor nível de desempenho, melhor função social e melhor QV global face aos doentes desnutridos. A QV global é de tal forma um fator importante, que chega a ser significativamente melhor mesmo em doentes em risco de desnutrição quando comparados com aqueles desnutridos. Relativamente às escalas de sintomas, quando comparados com doentes desnutridos, os doentes bem nutridos apresentam menos sintomas de fadiga, náusea/vómito, dor, obstipação, disfagia e dispneia, e aqueles em risco de desnutrição apresentam menos sintomas de náusea/vómito e disfagia. Ainda na escala de sintomas, aquele menos manifestamente presente em doentes bem nutridos é, sem dúvida, a perda de apetite, que demonstrou ser significativamente menor face a ambos os grupos de doentes: em risco de desnutrição e desnutridos.

Pela análise da tabela 5, quando se tentou averiguar qual a relação das diferentes modalidades de tratamento com o estado nutricional, verificou-se que os *Odds* (“possibilidade”) de ter um estado nutricional compatível com risco de desnutrição ou mesmo desnutrição, relativamente ao bom estado nutricional, entre o grupo de doentes que realizaram quimioterapia prévia ou que estão a realizar quimioterapia atual eram sensivelmente iguais mas, maiores que no grupo de doentes que realizaram cirurgia prévia, ainda que todos menores que um. Já para a modalidade de radioterapia prévia, a possibilidade de estar desnutrido demonstrou ser maior que a possibilidade de estar bem nutrido. Na amostra estudada, não foram encontrados doentes bem nutridos entre aqueles que efetuavam terapêutica com opióides. O risco relativo, estimado através dos Odds Ratios, para um estado nutricional compatível com risco de desnutrição/desnutrição das diferentes modalidades de tratamento, quando comparadas individualmente com o tratamento prévio com cirurgia, foi de: 4,11 [IC95%: 0,785 a 21,481] para o tratamento com quimioterapia prévia; 3,90 [IC95%: 0,748 a 20,344] para o tratamento com quimioterapia atual; e 7,50 [IC95%: 1,023 a 54,998] para o tratamento com radioterapia prévia.

Tabela 4 - Relação entre o estado nutricional e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Bem nutrido A (n=31)	Em risco de desnutrição B (n=13)	Desnutrido C (n=6)	p *
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação: 0-100)				*Bonferroni
Física	72,04 (21,53)	60,00 (25,09)	38,88 (17,08)	A > C p =0,05
Desempenho	77,95 (31,45)	60,25 (37,60)	36,10 (38,59)	A > C p =0,024
Cognitiva	81,72 (22,91)	82,04 (19,79)	63,88 (30,59)	-
Emocional	75,54 (21,83)	68,59 (27,45)	54,17 (18,81)	-
Social	86,02 (27,25)	84,61 (31,53)	49,99 (39,43)	A > C p =0,029
Escala Global QV	55,66 (24,28)	55,13 (12,54)	22,22 (25,63)	A > C p =0,004 B > C p =0,012
Escalas de sintomas EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação: 0-100)				*Bonferroni
Fadiga	26,16 (27,00)	36,74 (27,37)	70,37 (29,55)	A < C p =0,002
Náusea/vómito	4,31 (10,52)	7,69 (12,93)	36,12 (24,54)	A < C p =0,000 B < C p =0,000
Dor	17,75 (28,19)	33,35 (31,92)	66,65 (40,82)	A < C p =0,003
Dispneia	12,89 (22,23)	10,25 (21,02)	27,78 (32,79)	-
Insónia	35,47 (32,13)	20,51 (32,03)	50,00 (34,97)	-
Perda de apetite	8,59 (21,02)	35,90 (39,59)	55,55 (40,38)	A < B p =0,021 A < C p =0,002
Obstipação	9,67 (15,37)	23,09 (31,59)	50,00 (45,95)	A < C p =0,002
Diarreia	12,90 (25,35)	7,69 (14,60)	11,12 (27,23)	-
Dificuldades financeiras	18,27 (30,83)	17,95 (25,88)	61,12 (49,07)	-
Escalas de sintomas EORTC QLQ-LC13, média (DP) (variação: 0-100)				*Bonferroni
Disfagia	1,07 (5,98)	-	16,67 (27,89)	A < C p =0,004 B < C p =0,006
Tosse	31,17 (28,46)	38,44 (29,96)	33,32 (21,09)	-
Dispneia CP	17,55 (15,65)	29,05 (25,88)	46,30 (21,59)	A < C p =0,005
Hemoptise	2,15 (8,32)	2,56 (9,24)	-	-
Lesão da boca	3,22 (10,00)	5,13 (18,49)	-	-
Neuropatia periférica	13,97 (20,68)	10,25 (21,02)	16,65 (18,24)	-
Alopécia	10,75 (19,97)	15,39 (37,55)	5,55 (13,59)	-
Dor no peito	13,97 (18,79)	15,38 (22,00)	27,77 (38,97)	-
Dor no braço/ombro	10,75 (19,97)	12,82 (21,68)	27,77 (38,97)	-
Dor outros locais	15,05 (26,99)	23,07 (25,04)	33,32 (36,51)	-
* Valores de p obtidos através do teste post-hoc de Bonferroni.				

Tabela 5 - Relação entre as diferentes modalidades de tratamento e o estado nutricional

Número total de pacientes (n=50)	Cirurgia prévia	Quimioterapia prévia	Quimioterapia atual	Radioterapia prévia	Terapêutica opióide
Em risco de desnutrição B e Desnutrido C (n=19)	2 (2%)	13 (26%)	13 (26%)	5 (10%)	6 (12%)
Bem nutrido A (n=31)	12 (24%)	19 (38%)	20 (40%)	4 (8%)	0 (0%)
* $p \chi^2 = 0,0297$					

Quando analisamos a relação das diferentes modalidades de tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia da dor) com a QV, verificamos que, na amostra estudada, apenas o tratamento prévio com radioterapia (tabela 6) e a terapêutica atual com opióides (tabela 7) estão associados a uma pior QV. Na verdade, o tratamento prévio com radioterapia influencia negativamente apenas a função cognitiva. Já o tratamento atual com opióides está relacionado com:

- Pior resultado em alguns parâmetros das escalas funcionais, nomeadamente, função física, nível de desempenho, função social e QV global;
- Mais sintomatologia associada, nomeadamente, fadiga, náusea/vómito, obstipação e dor;
- Maior nível de dificuldades financeiras percebidas.

Curioso é notar que nem o tratamento cirúrgico, nem a terapêutica prévia ou atual com quimioterápicos, independentemente da intenção do tratamento, têm grande influência na QV da amostra (ver adiante tabela 12).

Tabela 6 - Relação entre o tratamento prévio com radioterapia e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Sem tratamento prévio com radioterapia (n=41)	Tratamento prévio com radioterapia (n=9)	p (sem radioterapia vs. com radioterapia) *
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)			
Física	67,31 (22,80)	54,08 (29,14)	-
Desempenho	71,54 (35,41)	53,69 (37,98)	-
Cognitiva	82,52 (22,65)	66,66 (23,57)	p = 0,035
Emocional	72,57 (23,80)	64,81 (23,49)	-
Social	83,74 (28,99)	70,36 (41,48)	-
Escala Global QV	54,27 (23,06)	38,90 (26,68)	-
* Valor de p obtido através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.			

Tabela 7 - Relação entre a terapêutica com opióides e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Não faz terapêutica com opióides (n=44)	Faz terapêutica com opióides (n=6)	p (sem opióides vs. com opióides)*
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)			
Física	68,93 (22,64)	35,55 (13,77)	p =0,002
Desempenho	73,48 (33,78)	30,55 (32,33)	p =0,008
Cognitiva	80,68 (22,14)	72,22 (32,79)	-
Emocional	73,11 (23,49)	56,93 (21,98)	-
Social	85,60 (28,21)	49,99 (39,43)	p =0,008
Escala Global QV	54,74 (21,52)	27,28 (31,48)	p =0,046
Escalas de sintomas EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação: 0-100)			
Fadiga	29,03 (27,14)	72,22 (27,00)	p =0,002
Náusea/vómito	6,06 (11,97)	30,57 (28,72)	p =0,011
Dor	21,60 (29,11)	72,22 (37,51)	p =0,005
Dispneia	11,36 (21,49)	33,33 (29,83)	-
Insónia	32,57 (32,54)	38,88 (38,97)	-
Perda de apetite	17,42 (30,06)	50,00 (45,95)	-
Obstipação	13,63 (21,95)	50,00 (45,95)	p =0,027
Diarreia	11,36 (22,67)	11,12 (27,23)	-
Dificuldades financeiras	17,42 (29,19)	66,67 (42,17)	p =0,005
* Valores de p obtidos através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.			

Como exposto na tabela 8, o tipo histológico está relacionado com um prejuízo da função social nos doentes com CPPC, quando comparados com aqueles com CPNPC. As restantes escalas funcionais não demonstram qualquer diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos histológicos. Relativamente às escalas de sintomas, também estas não demonstram praticamente qualquer diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos histológicos, com a exceção da insónia, que se revelou mais sintomática em doentes com CPPC (ver adiante tabela 12).

A tabela 9 expõe os resultados da relação entre a presença de metástases e a QV. Verifica-se que a presença de metástases é uma condicionante leve para uma pior QV global, não exercendo, contudo, qualquer tipo de influência negativa adicional nas demais escalas funcionais da QV, dentro da amostra populacional estudada.

Tabela 8 - Relação entre o tipo histológico (CPNPC e CPPC) e a QV

Número total de pacientes (n=50)	CPNPC (n=44)	CPPC (n=6)	p (CPNPC vs. CPPC) *
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)			
Física	66,96 (22,69)	50,00 (32,32)	-
Desempenho	70,45 (34,45)	52,77 (47,63)	-
Cognitiva	80,29 (22,81)	75,00 (29,35)	-
Emocional	70,84 (24,80)	73,60 (14,36)	-
Social	84,47 (28,39)	58,32 (45,63)	p =0,026
Escala Global QV	53,42 (22,68)	37,50 (32,39)	-
* Valor de p obtido através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.			

Tabela 9 - Relação entre a presença de metástases e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Sem Metástases (n=23)	Com Metástases (n=27)	p (sem metástases vs. com metástases)*
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)			
Física	71,01 (21,89)	59,74 (25,38)	-
Desempenho	73,90 (34,76)	63,57 (37,28)	-
Cognitiva	77,53 (26,88)	81,47 (20,32)	-
Emocional	71,02 (26,81)	71,30 (21,22)	-
Social	86,96 (27,04)	76,53 (34,67)	-
Escala Global QV	58,71 (22,39)	45,37 (24,39)	p =0,047
* Valor de p obtido através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.			

No que respeita às variáveis sociodemográficas e sua relação com a QV, através da análise da tabela 10, é possível concluir que um baixo nível educacional está negativamente relacionado com determinados parâmetros da QV. Na amostra populacional estudada, relativamente aos doentes com ensino secundário, os doentes analfabetos relatam pior função física e pior função emocional; relativamente àqueles com ensino obrigatório, os doentes analfabetos relatam apenas pior função emocional. Ainda no que respeita às variáveis sociodemográficas é possível constatar que, somente os hábitos étlicos (tabela 11) condicionam uma pior QV que, neste estudo, se traduz por um prejuízo apenas da função social, sem qualquer interferência nas demais escalas funcionais.

Tabela 10 - Relação entre o nível educacional e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Analfabeto (n=7) A	Ensino obrigatório (n=34) B	Ensino secundário (n=6) C	Ensino superior (n=3) D	p *
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação: 0-100)					*Bonferroni
Física	47,61 (18,22)	63,33 (23,86)	87,78 (20,82)	77,77 (7,74)	A < C p =0,014
Desempenho	57,13 (44,98)	64,21 (36,50)	88,88 (13,60)	0	-
Cognitiva	64,27 (24,40)	83,82 (24,79)	77,77 (8,57)	72,23 (9,58)	-
Emocional	46,44 (19,75)	73,04 (23,84)	81,93 (11,06)	86,10 (4,85)	A < B p =0,030 A < C p =0,031
Social	76,19 (41,79)	79,90 (33,02)	88,88 (13,60)	94,43 (9,64)	-
Escala Global QV	45,26 (17,92)	51,23 (25,88)	63,88 (24,52)	44,43 (12,72)	-
* Valores de p obtidos através do teste post-hoc de Bonferroni.					

Tabela 11 - Relação entre os hábitos etílicos e a QV

Número total de pacientes (n=50)	Não alcoólico (n=29)	Ex-bebedor excessivo (n=21)	p (não alcoólico vs. ex-bebedor excessivo)*
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30, média (DP) (variação 0-100)			
Física	67,12 (20,85)	61,91 (28,61)	-
Desempenho	73,56 (32,29)	61,11 (40,60)	-
Cognitiva	77,01 (24,96)	83,32 (21,09)	-
Emocional	66,67 (26,53)	77,38 (17,91)	-
Social	89,08 (22,83)	70,63 (38,69)	p =0,023
Escala Global QV	54,89 (20,59)	46,83 (28,32)	-
* Valor de p obtido através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.			

A tabela 12 demonstra os valores de p de variáveis que foram analisadas como tendo aparentemente relação com a QV, mas para as quais não se obteve significância estatística na maioria dos parâmetros, dentro da amostra populacional estudada. Relativamente à modalidade de tratamento cirúrgica, o sintoma alopecia foi o único de entre as escalas de sintomas que se revelou mais sintomático em doentes que efetuaram cirurgia prévia, quando comparados com aqueles que não efetuaram este tratamento; nenhuma das escalas funcionais demonstrou qualquer diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos. Na modalidade de tratamento com quimioterápicos, nenhuma das escalas funcionais ou de sintomas revelou qualquer significância estatística entre os grupos. Quanto à gravidade da doença, traduzida pelo estadiamento TNM, também não houve diferenças estatisticamente

significativas nas escalas funcionais e de sintomas entre os diferentes grupos de estadiamento. Para além das variáveis sociodemográficas analisadas e expostas anteriormente, também os hábitos tabágicos e o rendimento familiar (em euros) foram analisados de forma a averiguar a sua relação com a QV; no entanto, os resultados não demonstram qualquer influência estatisticamente significativa quer sobre as escalas funcionais, quer sobre as escalas de sintomas, à exceção do sintoma dispneia que foi relatado por doentes com rendimento familiar mais baixo como sendo mais levemente pronunciado, face àqueles com rendimentos mais elevados.

Tabela 12 - Valores de *p* de variáveis testadas, nas quais não se obteve significância estatística

Número total de pacientes (n=50)	Cirurgia prévia*	Químio atual**	Químio prévia*	TNM**	Tipo histológico (CPPC e CPNPC)*	Hábitos tabágicos**	Rendimento familiar**
Escalas funcionais EORTC QLQ-C30							
Física	<i>p</i> =0,113	<i>p</i> =0,111	<i>p</i> =0,190	<i>p</i> =0,277		<i>p</i> =0,193	<i>p</i> =0,258
Desempenho	<i>p</i> =0,596	<i>p</i> =0,186	<i>p</i> =0,605	<i>p</i> =0,712		<i>p</i> =0,811	<i>p</i> =0,500
Cognitiva	<i>p</i> =0,812	<i>p</i> =0,246	<i>p</i> =0,966	<i>p</i> =0,828		<i>p</i> =0,479	<i>p</i> =0,527
Emocional	<i>p</i> =0,844	<i>p</i> =0,097	<i>p</i> =0,919	<i>p</i> =0,532		<i>p</i> =0,299	<i>p</i> =0,441
Social	<i>p</i> =0,741	<i>p</i> =0,595	<i>p</i> =0,873	<i>p</i> =0,257		<i>p</i> =0,580	<i>p</i> =0,671
Escala Global QV	<i>p</i> =0,226	<i>p</i> =0,056	<i>p</i> =0,266	<i>p</i> =0,278		<i>p</i> =0,382	<i>p</i> =0,567
Escalas de sintomas EORTC QLQ-C30							
Fadiga	<i>p</i> =0,353	<i>p</i> =0,332	<i>p</i> =0,110	<i>p</i> =0,704	<i>p</i> =0,450	<i>p</i> =0,321	<i>p</i> =0,850
Náusea/ Vômito	<i>p</i> =0,957	<i>p</i> =0,721	<i>p</i> =0,841	<i>p</i> =0,730	<i>p</i> =0,631	<i>p</i> =0,890	<i>p</i> =0,775
Dor	<i>p</i> =0,640	<i>p</i> =0,700	<i>p</i> =0,693	<i>p</i> =0,794	<i>p</i> =0,776	<i>p</i> =0,595	<i>p</i> =0,627
Dispneia	<i>p</i> =0,156	<i>p</i> =0,182	<i>p</i> =0,106	<i>p</i> =0,895	<i>p</i> =0,524	<i>p</i> =0,840	<i>p</i> =0,923
Insónia	<i>p</i> =0,291	<i>p</i> =0,309	<i>p</i> =0,238	<i>p</i> =0,209	<i>p</i> =0,046	<i>p</i> =0,381	<i>p</i> =0,369
Perda de apetite	<i>p</i> =0,283	<i>p</i> =0,221	<i>p</i> =0,344	<i>p</i> =0,725	<i>p</i> =0,432	<i>p</i> =0,369	<i>p</i> =0,649
Obstipação	<i>p</i> =0,980	<i>p</i> =0,307	<i>p</i> =0,915	<i>p</i> =0,483	<i>p</i> =0,441	<i>p</i> =0,605	<i>p</i> =0,336
Diarreia	<i>p</i> =0,696	<i>p</i> =0,735	<i>p</i> =0,818	<i>p</i> =0,399	<i>p</i> =0,764	<i>p</i> =0,942	<i>p</i> =0,744
Dificuldades financeiras	<i>p</i> =0,185	<i>p</i> =0,529	<i>p</i> =0,863	<i>p</i> =0,323	<i>p</i> =0,286	<i>p</i> =0,947	<i>p</i> =0,652
Escalas de sintomas EORTC QLQ-LC13							
Disfagia	<i>p</i> =0,270	<i>p</i> =0,323	<i>p</i> =0,902	<i>p</i> =0,874	<i>p</i> =0,218	<i>p</i> =0,077	<i>p</i> =0,771
Tosse	<i>p</i> =0,368	<i>p</i> =0,213	<i>p</i> =0,691	<i>p</i> =0,932	<i>p</i> =0,730	<i>p</i> =0,155	<i>p</i> =0,698
Dispneia CP	<i>p</i> =0,225	<i>p</i> =0,235	<i>p</i> =0,081	<i>p</i> =0,224	<i>p</i> =0,077	<i>p</i> =0,860	<i>p</i> =0,037
Hemoptise	<i>p</i> =0,834	<i>p</i> =0,164	<i>p</i> =0,259	<i>p</i> =0,650	<i>p</i> =0,514	<i>p</i> =0,366	<i>p</i> =0,502
Lesão da boca	<i>p</i> =0,335	<i>p</i> =0,720	<i>p</i> =0,519	<i>p</i> =0,231	<i>p</i> =0,446	<i>p</i> =0,482	<i>p</i> =0,374

Neuropatia periférica	$p = 0,856$	$p = 0,316$	$p = 0,653$	$p = 0,335$	$p = 0,484$	$p = 0,324$	$p = 0,522$
Alopécia	$p = 0,021$	$p = 0,151$	$p = 0,402$	$p = 0,602$	$p = 0,680$	$p = 0,353$	$p = 0,273$
Dor no peito	$p = 0,793$	$p = 0,875$	$p = 0,682$	$p = 0,327$	$p = 0,207$	$p = 0,134$	$p = 0,694$
Dor no braço/ombro	$p = 0,519$	$p = 0,952$	$p = 0,291$	$p = 0,296$	$p = 0,373$	$p = 0,303$	$p = 0,083$
Dor outros locais	$p = 0,961$	$p = 0,877$	$p = 0,853$	$p = 0,896$	$p = 0,562$	$p = 0,651$	$p = 0,382$

* Valores de p obtidos através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

** Valores de p obtidos através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

4. DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos, muito poucos foram os progressos no tratamento de doentes com CP, no que respeita ao aumento da taxa de sobrevivência. Por esta razão, atualmente, é cada vez maior a preocupação com o facto de que o tratamento do CP resida não só na melhoria da sobrevivência, mas também, e principalmente, na melhoria da QV dos doentes.

Assim, procurou-se avaliar a QV de uma amostra de doentes com CP, tendo em conta a pluralidade daquele conceito. No presente estudo, foi avaliada a relação da QV com diversos fatores, nomeadamente, as características do próprio doente, como perturbações psicológicas de ansiedade e depressão, o estado nutricional, os hábitos aditivos, o nível socioeconómico e o nível de instrução; as opções de tratamento; o tipo histológico; o estadiamento tumoral; e o tempo de diagnóstico.

Na nossa amostra, verificou-se uma relação importante das perturbações psicológicas de ansiedade e depressão na QV dos doentes com CP, corroborando os dados presentes na literatura (20, 21). Nos nossos doentes, à semelhança daquilo que ocorreu em estudos anteriores, não houve uma avaliação efetuada por um médico psiquiatra pelo que, não foi estabelecido um diagnóstico psiquiátrico preciso. Em vez disso, foram utilizados os scores da escala hospitalar de ansiedade e depressão - HADS -, uma vez que este instrumento de triagem demonstrou ser válido e fidedigno num grande número de estudos em doentes com cancro e até mesmo na população normal, até porque não inclui itens somáticos que podem causar confusão diagnóstica (21, 22). Através da análise dos resultados obtidos, constata-se que a maior influência na QV foi aquela provocada pela depressão, uma vez que está negativamente relacionada com todos os parâmetros das escalas funcionais do EORTC QLQ-C30 (função física, nível de desempenho, função cognitiva, função emocional, função social e QV global), e também com um número importante de parâmetros da escala de sintomas (fadiga, náusea/vómito, dor, perda de apetite, obstipação e a dispneia). Já a ansiedade, apesar da sua notória influência na QV, foi a perturbação psicológica que se relacionou com um menor número de itens de QV, afetando negativamente menos parâmetros das escalas funcionais (função física, nível de desempenho, função emocional e função social) e também menos parâmetros das escalas de sintomas (fadiga, dor e dispneia), quando comparada com a depressão. Este achado vem dar suporte à literatura, que relata que a depressão tem um impacto global mais forte que a ansiedade, na QV global de doentes com cancro (22). Na verdade, todas as perturbações psicológicas podem fazer parte da reação a um novo diagnóstico oncológico, mas em muitos doentes elas persistem, causando um fardo adicional durante o tratamento e conduzindo a uma maior dificuldade na abordagem global e controlo sintomático, diminuindo também a adesão à terapêutica. O tratamento da ansiedade e da depressão no doente com cancro pode melhorar o sono, o apetite, a concentração, o interesse, a libido e até mesmo a sintomatologia, bem como a tolerância ao tratamento

oncológico, devendo, por isso, começar a ser pensado como parte integrante da terapêutica de suporte habitual (21). Também as estratégias de *coping* para lidar com estas desordens do humor, deveriam ser incorporadas no tratamento dos doentes com CP como forma de promover a capacidade de resiliência nesta população possibilitando, assim, uma diminuição da carga de sintomas e uma melhor QV (20).

No presente estudo, é possível constatar que o estado nutricional é também um grande fator influente na QV. De facto, verifica-se que os doentes bem nutridos apresentam melhores resultados nas escalas funcionais da EORTC QLQ-C30, nomeadamente, melhor função física, melhor nível de desempenho, melhor função social e melhor QV global e também menos sintomatologia de fadiga, náusea/vómito, dor, obstipação, disfagia e dispneia, face aos doentes desnutridos; na verdade, a QV global é de tal forma um fator fortemente influenciado pelo estado nutricional que chega a ser também significativamente melhor em doentes em risco de desnutrição, quando comparados com os desnutridos. Naqueles, também a sintomatologia de náusea/vómito e de disfagia se revelou menos pronunciada. De salientar é a importância da perda de apetite, que se apresenta como o sintoma mais dependente do estado nutricional, estando menos manifestamente presente em doentes bem nutridos, quando comparados com doentes em risco de desnutrição e desnutridos. Estes achados vêm dar suporte à investigação prévia, que constata que a desnutrição se encontra associada a pior QV, especificamente: pior estado de saúde global, pior nível de função, e mais sintomatologia de falta de apetite, fadiga, náusea e vômito, obstipação e disfagia (17).

Também o próprio cancro e o seu tratamento afetam o estado nutricional dos doentes, alterando a sua função metabólica e diminuindo o seu apetite (23). No nosso estudo, os *Odds* (a “possibilidade”) de ter um estado nutricional compatível com risco de desnutrição ou mesmo desnutrição, relativamente ao bom estado nutricional, entre o grupo de doentes que realizaram quimioterapia prévia ou quimioterapia atual foram sensivelmente iguais, mas maiores que no grupo de doentes que realizaram cirurgia prévia. Para a modalidade de radioterapia prévia, a possibilidade de desnutrição demonstrou ser maior face à possibilidade de boa nutrição. Não foram encontrados doentes bem nutridos entre aqueles que efetuavam terapêutica com opióides. Na verdade, na nossa amostra, o risco relativo para um estado nutricional compatível com risco de desnutrição/desnutrição das diferentes modalidades de tratamento quando comparadas individualmente com o tratamento prévio com cirurgia, estimado através dos Odds Ratios, foi 4,11 vezes maior para o tratamento com quimioterapia prévia; 3,90 vezes maior para o tratamento com quimioterapia atual; e 7,50 vezes maior para o tratamento com radioterapia prévia. De facto, os estudos consultados sobre tratamento cirúrgico no CP sustentam a ideia de que poderá haver um prejuízo global da QV nos primeiros meses após a cirurgia, traduzido por um agravamento de sintomas como dispneia e a dor, e também por um agravamento da função física e do nível de desempenho, sendo que esses prejuízos são recuperáveis, ainda que muitos doentes possam levar cerca de 12 meses até alcançar um nível próximo do basal (24, 25); talvez esta reversibilidade dos sintomas possa explicar a ausência de uma influência negativa do tratamento cirúrgico no estado nutricional,

verificada no presente estudo. Ainda dentro das modalidades terapêuticas, observou-se uma influência mais negativa da quimioterapia e da radioterapia sobre o estado nutricional, quando comparadas com a cirurgia sendo que, para a radioterapia, a possibilidade de desnutrição se revelou mesmo superior à possibilidade de boa nutrição. Estes achados estão de acordo com alguns estudos presentes na literatura, que apontam o facto de estas modalidades de tratamento poderem produzir vários sintomas agudos e crónicos que limitam a ingestão alimentar (23). Relativamente à terapêutica com opióides, a explicação para o facto de todos os doentes a efetuar essa modalidade de tratamento se encontrarem desnutridos, poderá estar relacionada quer com um estadio mais avançado da doença, que muitas vezes se faz acompanhar de um mau controlo da sintomatologia (daí a necessidade de terapia da dor), quer com os próprios efeitos adversos dos opióides, nomeadamente a náusea, o vômito e a obstipação. Investigações prévias já demonstraram que o estado nutricional é um forte preditor da QV dos doentes com cancro (23). Além disso, o suporte nutricional pode minimizar os efeitos colaterais do tratamento oncológico e diminuir o risco de má nutrição (26). Por esta razão, esta medida preventiva poderá ter um impacto positivo na QV e deverá ser pensada como uma estratégia a adotar em conjunto com um plano de rastreio nutricional, nesta população de doentes (26).

Na nossa análise da relação das diferentes modalidades de tratamento com a QV, apenas o tratamento prévio com radioterapia e a terapêutica atual com opióides contribuíram para um prejuízo da QV. Na verdade, relativamente ao primeiro, apenas ficou demonstrada a sua relação com uma pior função cognitiva. Contudo, na pesquisa bibliográfica efetuada não se encontraram dados congruentes relativamente à associação entre a radioterapia e o prejuízo da função cognitiva da escala funcional do EORTC QLQ-C30. No que respeita à terapêutica com opióides, as relações já se demonstraram mais consistentes, e este tipo de tratamento revelou uma associação negativa com vários parâmetros das escalas funcionais, nomeadamente, pior função física, pior nível de desempenho, pior função social e pior QV global; uma associação com um maior número de sintomatologia, nomeadamente, fadiga, náusea e vômito, obstipação e dor; e ainda relação com um maior nível de dificuldades financeiras percebidas. Na literatura consultada, encontraram-se dois estudos que nos dão conta de dois panoramas diferentes desta relação entre a terapêutica com opióides e a QV. Num, analisou-se o efeito da titulação de fentanil transdérmico sobre a QV e, no outro, o efeito do tratamento inicial e primário com morfina sobre a QV (27). No primeiro, quando se procedeu ao início do tratamento com fentanil transdérmico, constatou-se uma melhoria de todos os parâmetros das escalas funcionais do EORTC QLQ-C30, inclusive a QV global, e também um ótimo controlo da dor (27). No segundo, não houve qualquer tipo de influência do tratamento primário com morfina sobre as escalas funcionais do EORTC QLQ-C30 relacionadas com a função física, o nível de desempenho, a função cognitiva e a função social, nem para o sintoma de dor; no entanto, a QV global melhorou após a introdução do tratamento com morfina (27). Além disso, à semelhança daquilo observado na nossa investigação, também neste último estudo se constatou um agravamento de sintomas como náusea, vômito e

obstipação (27). Finalmente, o tratamento com cirurgia prévia e o tratamento prévio ou atual com quimioterapia, não demonstraram uma influência significativa sobre a QV, na amostra populacional estudada. Na verdade, relativamente ao tratamento cirúrgico, apenas o sintoma de alopecia demonstrou estar manifestamente mais presente em pacientes que já haviam sido submetidos a cirurgia. Contudo, esta relação não é sustentada por nenhum estudo anterior. O mais provável é que estes resultados traduzam um viés do tamanho da amostra, embora também possam estar relacionados com o tipo de fármacos usados na quimioterapia adjuvante. Relativamente ao tratamento quimioterápico, os nossos resultados vêm dar suporte à investigação prévia, onde vários ensaios clínicos randomizados nos dão conta de uma forte correlação entre a QV e o número de ciclos de quimioterapia, demonstrando que estes conduzem, efetivamente, a uma melhoria funcional, social e cognitiva, e também a uma melhoria de sintomas como a dor, a tosse, a astenia, a dispneia e até mesmo a insónia (9, 28). Na verdade, hoje em dia existe evidência suficiente para afirmar que os benefícios da quimioterapia não se traduzem somente em termos de aumento da sobrevivência, fazendo-se também acompanhar de francas melhorias na QV de vida dos doentes, independentemente dos efeitos adversos que possam ocorrer, o que sustenta a ideia de que a toxicidade não é sinónimo de deterioração da QV (9, 29).

Na nossa amostra, também ficou demonstrado que o tipo histológico apenas estava relacionado com um prejuízo da função social e com queixas ligeiramente mais pronunciadas de insónia dos doentes com CPPC, face aos doentes com CPNPC. Esta comparação de QV entre os diferentes tipos histológicos não está ainda amplamente disponível na literatura. Por isso mesmo, na pesquisa bibliográfica efetuada, não foram encontrados achados semelhantes e, talvez o único motivo passível de explicar este nosso achado, seja mesmo o facto de que a variação na QV entre os doentes com CPPC e doentes com CPNPC possa dever-se a outros fatores como o estado socioeconómico e o suporte social, mais do que propriamente os sintomas adversos relacionados com a doença e/ou o tratamento de cada tipo histológico específico (19, 30).

Relativamente ao estadiamento TNM, na nossa amostra não se verificou qualquer relação deste com a QV. Porém, este achado poderá não ser de toda verdade, uma vez que quando se procedeu à análise da relação entre a presença de metástases e a QV, o grupo de doentes com metástases revelou um ligeiro prejuízo da QV global. Contudo, na literatura consultada não foi encontrado nenhum estudo específico de comparação da QV entre doentes com doença local e doentes com doença metastática. No entanto, uma justificação para os resultados obtidos poderá dever-se à maior representatividade dos doentes com doença metastática (54%), que possuem um tempo de sobrevida limitado e os últimos meses da doença marcados por uma forte sintomatologia relacionada com o tumor.

Nesta análise, quando se procedeu ao estudo da influência das características sociodemográficas na QV, apenas o nível educacional e os hábitos etílicos demonstraram algum tipo de impacto negativo na QV, não se encontrando qualquer relação do nível socioeconómico e dos hábitos tabágicos com QV deste grupo de doentes com CP. Na amostra

populacional estudada, os doentes analfabetos relatam pior QV em termos de função física e função emocional, relativamente a doentes com o ensino secundário, e pior QV apenas em termos de função emocional, relativamente a doentes com o ensino obrigatório. Da pesquisa bibliográfica efetuada encontrou-se apenas um estudo com referência a esta relação, mas cujos resultados nos dão conta de uma relação inversa, ou seja, de que um nível educacional mais elevado é um fator independente de uma pior QV durante o tratamento (31). No entanto, a interpretação dos resultados desse estudo deve ser efetuada com cautela, pois trata-se de um estudo isolado, não se tendo encontrado estudos semelhantes que venham dar suporte a essa conclusão. Além disso, uma explicação para os resultados encontrados de uma pior QV em doentes analfabetos, poderá prender-se com o facto de estarmos a lidar com uma população idosa (média das idades = 65,8 anos), onde a taxa de analfabetismo ainda é significativa (14%), o que poderá ter produzido problemas na interpretação dos diversos itens dos questionários de avaliação da QV. Relativamente ao nível socioeconómico, contrariamente àquilo observado na nossa análise, onde (à exceção do sintoma dispneia, que foi relatado por doentes com rendimento familiar mais baixo como sendo mais levemente pronunciado) não ficou demonstrada qualquer influência do nível socioeconómico nas escalas funcionais e de sintomas, na literatura consultada, existe uma crença de que os pacientes de um nível socioeconómico mais baixo tendem a ter pior QV quer no momento do diagnóstico quer no seguimento do tratamento; tendo tal facto sido confirmado por estudos de QV no cancro da próstata (31). Além disso, num estudo de Ali Montazeri et al. verificou-se que os doentes com um baixo nível socioeconómico mostravam mais problemas de saúde, menor nível de função, pior QV global e mais sintomatologia relacionada com o tumor, aquando da deteção da doença (31). No geral, os resultados do estudo de Ali Montazeri et al. sugerem que a QV não resulta apenas da doença, mas também é fortemente dependente das características socioeconómicas do doente (31). No entanto, também já vários estudos de análise com regressão linear, não encontraram efeitos significativos do nível socioeconómico em prever a QV relacionada com a saúde (31). No que respeita aos hábitos aditivos, como já foi referido anteriormente, apenas os hábitos etílicos condicionaram uma pior QV, estando associados somente com pior função social. Infelizmente, não foi possível encontrar, em investigações anteriores, qualquer tipo de suporte para este nosso achado. Contudo, poderá ter acontecido que o estigma associado ao ex-bebedor excessivo condicione uma certa marginalização destes doentes por parte da sociedade, que por sua vez conduz a uma diminuição na QV percebida em termos de função social. No que respeita aos hábitos tabágicos, as investigações prévias mostram um impacto negativo do tabaco nos pacientes com CP (32). Na verdade, a manutenção dos hábitos tabágicos após o diagnóstico de CP está associada a um prejuízo da QV (32). Os estudos mostram que os doentes que persistem fumadores após o diagnóstico têm mais sintomas de perda de apetite, fadiga, tosse, dispneia e dor, e pior função física e QV global, quando comparados com aqueles que nunca fumaram, sendo que os doentes ex-fumadores, apresentam um grau intermédio destes scores de sintomas, podendo mesmo, em alguns casos, igualar-se àqueles que nunca fumaram (32, 33).

Posto isto, e tendo em conta que na nossa amostra a maioria dos doentes eram ex-fumadores (62%), à luz dos achados da literatura anteriormente expostos, é razoável que, no presente estudo, não se tenha encontrado qualquer tipo de relação entre os hábitos tabágicos e a QV.

Há um conjunto de considerações/limitações deste estudo que devem ser sublinhadas.

Primeiro, a nossa amostra era constituída maioritariamente por doentes idosos. Tal facto coloca dois problemas principais: um problema cultural, com uma taxa de analfabetismo presente numa percentagem importante na nossa população (14%), o que se pode traduzir numa dificuldade aumentada em compreender corretamente os questionários administrados; e um problema médico, porque o real impacto dos sintomas do cancro, bem como os potenciais danos e/ou benefícios dos tratamentos específicos na QV, podem ser confundidos pelas comorbilidades, que são tipicamente frequentes e clinicamente significantes, nesta categoria de pacientes. Além disso, os doentes idosos mostram uma complacência reduzida perante os questionários de avaliação da QV, quando comparados com doentes mais jovens, o que cria um problema na correta interpretação dos dados.

Segundo, o facto de uma elevada proporção da amostra não ter sido avaliada logo após o diagnóstico, e tendo já efetuado ou estando a efetuar diversas opções terapêuticas em diversos ciclos de tratamento, poderá contribuir para estimativas menos corretas da influência de cada uma das diversas condicionantes na QV.

Terceiro, o facto de não se ter restringido a amostra a um único sub-tipo histológico de CP, faz com que não haja uma grande homogeneidade, porque os diferentes tipos histológicos apresentam diferentes tipos de comportamentos e de evolução clínica.

Quarto, a administração pelo mesmo entrevistador, apesar de esclarecer dúvidas que possam surgir no autopreenchimento dos questionários, quer pela complexidade das perguntas, quer pelo baixo nível de instrução dos doentes, pode enviesar as respostas dadas, que podem refletir o que eles achavam o mais correto, e não aquilo que verdadeiramente sentiam.

Ainda, o número relativamente pequeno de doentes que integraram a amostra fez com que os grupos de análise fossem muito reduzidos, o que poderá ter condicionado a obtenção de alguns resultados esperados ou mesmo provocado a existência de resultados enviesados, que devem ser interpretados com cautela. De facto, alguns estatistas consideram que é antiético levar a cabo pesquisas passíveis de serem inconclusivas devido ao pequeno tamanho da amostra, e que isso se trata de um desperdício de recursos, e/ou desperdício do tempo dos doentes, podendo conduzir à interpretação errada de que não existe uma diferença real (ex. erro tipo 2). Outros estatistas afirmam que estudos em pequena escala são justificados se adicionados ao conjunto de evidências, podendo ser combinados com outros pequenos estudos numa meta-análise (34). No entanto, esta foi uma limitação imposta pelo próprio tempo disponível para a investigação e também pelo número reduzido de doentes seguidos em consulta de pneumologia oncológica na Beira Interior.

No presente estudo foi efetuada uma avaliação alargada da QV dos doentes com CP seguidos na Beira Interior, procurando integrar os vários determinantes que condicionam uma melhor ou pior QV neste grupo de doentes, uma vez que este tipo de análise holística da QV em doentes com CP, além de ser escasso na literatura disponível, também não havia sido efetuado até à data nesta região do nosso país.

Assim, nesta amostra de doentes, constatou-se que têm uma relação negativa com a QV, variáveis clínicas como ansiedade, depressão, má nutrição, doentes em tratamento com radioterapia e opióides, tipo histológico compatível com CPPC e doença em estadio avançado; e variáveis sociodemográficas como o nível de instrução e os hábitos etílicos. Não tiveram qualquer tipo de relação com a QV, variáveis clínicas como as opções de tratamento com quimioterapia e/ou cirurgia e o estadiamento TNM; e variáveis sociodemográficas como o nível socioeconómico e hábitos tabágicos.

O papel da avaliação sistemática da QV na prática clínica é muito importante. A avaliação da QV pode ser muito útil não só porque tem um forte poder prognóstico na sobrevivência do individuo, mas também porque permite a discussão com o doente de respostas dadas a determinados itens do questionário. Esta discussão pode ajudar o clínico a efetuar uma melhor avaliação dos sintomas manifestados pelo doente e da relativa importância dada a cada um, no sentido de delinear um melhor plano e adotar a melhor estratégia terapêutica (35).

Na verdade, os ensaios clínicos individuais devem avaliar a QV de uma forma que permita descobrir se o aumento da sobrevivência pode ou não levar a uma melhor QV. Nessas avaliações, as características sociodemográficas dos doentes podem desempenhar um papel importante (30). De facto, a variação na QV de doentes com CPPC e CPNPC pode ser explicada por outros fatores como os antecedentes sociodemográficos do doente, mais que a doença ou os efeitos colaterais associados ao tratamento (29). Infelizmente, o papel da família, a vida social, as atividades de lazer e o nível socioeconómico, recebem pouca atenção nas investigações sobre QV (30). Focar unicamente na doença ou nos sintomas relacionados com o tratamento torna os estudos sobre QV muito limitados, por isso, existe uma necessidade urgente de investigar aquelas questões de forma mais exaustiva (30). Ainda, a comunicação entre médico-paciente precisa de ser melhorada; compreender os sentimentos e preocupações dos doentes com CP pode ajudar a melhorar a QV (30).

Em conclusão, enquanto a investigação em termos de QV tem feito um progresso substancial num relativo curto espaço de tempo, existe uma necessidade urgente de incluir um conceito mais amplo de QV em futuras investigações. Atualmente, a abordagem do CP requer um processo clínico que inclua prevenção, deteção precoce, tratamento específico e melhoria da sobrevida. No entanto, num futuro muito próximo, e enquanto não se conseguirem melhorias na taxa de sobrevivência, o verdadeiro desafio do tratamento do CP residirá nas estratégias para a melhoria da QV. Este trabalho aponta para que a integração, na terapêutica de suporte, de estratégias do âmbito da psicologia (para lidar com as desordens do humor), e de estratégias de apoio nutricional, possa melhorar a QV destes doentes.

5. BIBLIOGRAFIA

1. McErlean A, Ginsberg MS. Epidemiology of Lung Cancer. *Seminars in Roentgenology*. 2011 Jul; 46(3):173-77.
2. Belani CP, Marts S, Schiller J, Socinski MA. Women and lung cancer: Epidemiology, tumor biology, and emerging trends in clinical research. *Lung Cancer*. 2007 Jan; 55(1): 15-23.
3. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2007) *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR. 2007. Chapter 7, Cancers; p.259-65.
4. Halmos B, Boiselle PM, Karp DD. Lung Cancer. *Oncology Update*. 2003; 10(3): 87-94.
5. Parente B, Queiroga H, Teixeira E, Sotto-Mayor R, Barata F, Sousa A et al. Estudo epidemiológico do cancro do pulmão em Portugal nos anos de 2000/2002. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2007 Mar-Apr;13(2):255-65.
6. Kuyken W, Orley J, Power M, Herrman H, Schofield H, Murphy B et al. The WHOQOL Group: The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995 Nov; 41(10):1403-9.
7. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*. 1999 Apr;33(2):198-205.
8. Santos C, Ribeiro JLP. A Qualidade de Vida do Doente Oncológico: Revisão Bibliográfica. *Revista de enfermagem*. 2001 Nov;7(1):5-16.
9. Camps C, del Pozo N, Blasco A, Blasco P, Sirera R. Importance of Quality of Life with Non-Small-Cell Lung Cancer. *Clinical Lung Cancer*. 2009 Mar; 10(2): 83-90.
10. Sørensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *British Journal of Cancer*. 1993 Apr; 67(4):773-5.
11. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Quality of Life Outcomes*. 2003 Aug 1; 1:29.
12. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology Health and Medicine*. 2007 Mar; 12(2):225-35.
13. Aoronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life

Instrument for use in International Clinical trials in Oncology. Journal of the National Cancer Institute. 1993 Mar 3;85 (5):365-76.

14. Lheureux M, Raheison C, Vernejoux JM, Nguyen L, Nocent C, Tunon De Lara M et al. Quality of life in lung cancer: does disclosure of the diagnosis have an impact?. Lung Cancer. 2004 Feb; 43(2):175-82.

15. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation Study of the Portuguese Version of the QLQ-C30-V.3. Psicologia, Saúde & Doenças. 2008; 9(1): 89-102.

16. Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. European Journal of Cancer. 1994; 30A (5):635-42.

17. Xará S, Amaral TF, Parente B. Undernutrition and quality of life in non-small cell lung cancer patients. Revista Portuguesa de Pneumologia. 2011 Jul-Aug; 17(4):153-8.

18. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clinics in Geriatric Medicine. 2002 Nov;18(4):737-57.

19. Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F. Health related quality of life, mood disorders and coping abilities in an unselected sample of patients with primary lung cancer. Respiratory Medicine. 2008 Oct;102(10):1460-7.

20. Cataldo JK, Jahan TM, Pongquan VL. Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. European Journal of Oncology Nursing. 2012 Jul;16(3):264-9.

21. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. Journal of Clinical Oncology. 2000 Feb;18(4):893-903.

22. Skarstein J, Aass N, Fosså SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. 2000 Jul;49(1):27-34.

23. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M, Vashi PG. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer--a systematic review of the epidemiological literature. Nutrition Journal. 2012 Apr 24;11:27.

24. Balduyck B, Hendriks J, Lauwers P, Van Schil P. Quality of life evolution after lung cancer surgery: a prospective study in 100 patients. Lung Cancer. 2007 Jun;56(3):423-31.

25. Burfeind WR Jr, Tong BC, O'Branski E, Herndon JE, Toloza EM, D'Amico TA et al. Quality of life outcomes are equivalent after lobectomy in the elderly. The Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery. 2008 Sep; 136(3):597-604.

26. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, Assunção MCF, Gonzalez MC. Can nutritional status influence the quality of life of cancer patients? *Revista de Nutrição*. 2010 Sep-Oct; 23(5):745-753.
27. Klepstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S. Effects on cancer patients' health-related quality of life after the start of morphine therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000 Jul;20(1):19-26.
28. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. *Oman Medical Journal*. 2009 Jul; 24(3):204-207.
29. Klastersky J, Paesmans M. Response to chemotherapy, quality of life benefits and survival in advanced non-small cell lung cancer: review of literature results. *Lung Cancer*. 2001 Dec;34 Suppl 4:S95-101.
30. Montazeri A, Gillis CR, McEwen J. Quality of life in patients with lung cancer: a review of literature from 1970 to 1995. *Chest*. 1998 Feb;113(2):467-481.
31. Montazeri A, Hole DJ, Milroy R, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter? *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003 Jun 9;1:19.
32. Chen J, Qi Y, Wampfler JA, Jatoi A, Garces YI, Busta AJ et al. Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2012 Jul; 48(11):1593-1601.
33. Garces YI, Yang P, Parkinson J, Zhao X, Wampfler JA, Ebbert JO et al. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest*. 2004 Dec;126(6):1733-41.
34. Peacock JL, Peacock PJ. *Oxford Handbook of Medical Statistics*. 1 ed. Oxford University press; 2011. p.63.
35. Di Maio M, Perrone F. Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003 Sep 17; 1:44.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimento Livre e Informado

Sofia Carvalho Marçalo, aluna do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da disciplina de Pneumologia, subordinado ao tema “Avaliação da qualidade de vida de doentes com cancro do pulmão seguidos na Beira Interior”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento destes questionários. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que, por isso, venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE ou pela ULS da Guarda, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Sofia Carvalho Marçalo

Nome do Investigador (Legível)

Sofia Marçalo.

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)

Anexo 2

Formulário de colheita de variáveis sociodemográficas e clínicas

O formulário que se segue encontra-se integrado numa investigação para a Tese de Mestrado Integrado em Medicina de Sofia Marçalo, aluna da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Esta investigação está sob a orientação do Prof. Dr. Nuno Sousa e coorientação da Prof^a. Dra. Salete Valente, e tem como objetivo a “Avaliação da qualidade de vida de doentes com cancro do pulmão seguidos na Beira Interior”.

Por favor, tente responder a todas as questões. Peço-lhe para que leia atentamente as instruções dadas. Lembro que as suas respostas são confidenciais e que não existem respostas certas ou erradas.

A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas.

Se determinada questão não se aplicar à sua situação, ou se não souber como responder, ou ainda se a questão lhe levantar objeções, indique-o, escrevendo depois da questão:

“NA” = Não Se Aplica; “NS” = Não Sei; “ND”= Não Desejo Responder.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração no estudo.

HISTÓRIA SOCIODEMOGRÁFICA

Nas perguntas com opções múltiplas assinale com um “X” aquela que melhor se adequa à sua situação.

Escreva as iniciais do seu nome (em maiúsculas): _____

Ex: João Alberto Campos, as iniciais em maiúsculas serão JAC.

Sexo: Masculino () Feminino ()

Idade:

Naturalidade:

Estado Civil: solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo ()

Profissão:

Escolaridade: Analfabeto () Ensino obrigatório () Ensino secundário ()
Ensino superior ()

Religião: Cristianismo () Islamismo () Judaísmo () Budismo () Hinduísmo ()

Outra: _____.

Rendimento mensal da família em euros: até 475,00 ()
até 1000,00 ()
até 2000,00 ()
mais de 2000,00 ()

HISTÓRIA CLÍNICA

O RESTANTE PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONÁRIO SERÁ COMPLETADO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

1. Hábitos tabágicos

1.1 - É fumador?

- a. Sim: _____ Não: _____
- b. Em caso de resposta afirmativa:
- i. Carga tabágica (em UMA¹): _____
(número de maços de tabaco consumidos por dia x nº de anos em que fumou)

1.2 - É ex-fumador?

- a. Sim: _____ Não: _____
- b. Em caso de resposta afirmativa:
- i. Há quanto tempo deixou de fumar? _____ (meses)
- ii. Carga tabágica (em UMA): _____
(número de maços de tabaco consumidos por dia x nº de anos em que fumou)

1.3 - É fumador passivo?

(Nota: Esta pergunta apenas deverá ser respondida em caso de resposta negativa nas duas alíneas anteriores.)

- a. Sim: _____ Não: _____

2. Hábitos etílicos

2.1- Tem hábitos etílicos?

- a. Sim: _____ Não: _____
- b. Em caso de resposta afirmativa:
- i. Anos de etilismo: _____
- ii. Número de litros por dia: _____

2.2- Já teve hábitos etílicos?

- a. Sim: _____ Não: _____
- b. Em caso de resposta afirmativa:
- i. Há quanto tempo deixou de beber? _____ (meses)
- ii. Anos de etilismo: _____
- iii. Número de litros por dia: _____

¹ UMA – Unidade Maços Ano

3. Índice de Capacidade Funcional - Escala de Performance Status de Zubrod (ECOG)

Assinalar 0, 1, 2, 3, 4 ou 5 de acordo com a *Escala de Performance Status de Zubrod (ECOG)*:

ECOG	Nível de atividade
0	Completamente ativo, capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição.
1	A atividade física vigorosa é restrita; deambula sem qualquer dificuldade e é capaz de realizar trabalhos leves ou de natureza sedentária.
2	Capaz de realizar todos os autocuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade laboral. Capaz de se manter de pé mais de 50 % do tempo de vigília.
3	Capacidade limitada de autocuidados; confinado ao leito ou cadeira mais de 50% do tempo de vigília.
4	Completamente inabilitado. Incapaz de realizar autocuidados básicos. Totalmente confinado ao leito ou à cadeira.
5	Morte.

Performance Status ECOG: _____

4. Tempo de diagnóstico

4.1 - Número de meses compreendidos entre a data de diagnóstico e a data de avaliação no decurso do estudo: _____ (meses)

5. Tipo histológico

- 5.1 - Carcinoma de pequenas células ()
- 5.2 - Carcinoma escamoso ou epidermóide ()
- 5.3 - Adenocarcinoma ()
- 5.4 - Carcinoma de células grandes ()
- 5.5 - Carcinoma indiferenciado/indeterminado ()
- 5.6 - Carcinóide ()

6. Tipo de diagnóstico

- 6.1 - Citológico ()
- 6.2 - Histológico ()
- 6.3 - Ambos ()

7. Estadiamento

7.1 - Se carcinoma pulmonar de não pequenas células - CPNPC - (onde se incluem: carcinoma escamoso ou epidermóide, adenocarcinoma, carcinoma de células grandes, carcinoma indiferenciado/indeterminado, carcinóide):

a. Indique o estadio da doença:

- i. IA ()
- ii. IB ()
- iii. IIA ()
- iv. IIB ()
- v. IIIA ()
- vi. IIIB ()
- vii. IV ()

b. Indique a descrição TNM²: _____

7.2 - Se carcinoma de pequenas células:

a. Indique o estadio da doença:

- i. Doença limitada ()
- ii. Doença extensa ()

8. Metástases

8.1 - Tem metástases?

a. Sim () Não ()

b. Em caso de resposta afirmativa, localize a região metastática:

- i. Doença bilateral ()
- ii. Dois lóbulos ()
- iii. SNC ()
- iv. Osso ()
- v. Fígado ()
- vi. Gânglios linfáticos ()
(Caso selecione a hipótese acima, especifique a região: _____)
- vii. Supra-renais ()
- viii. Pele ()
- ix. Outra localização (especifique): _____.

9. Tratamento Cirúrgico

9.1 - Já realizou cirurgia para remoção do tumor?

a. Sim () Não ()

9.2 - Foi possível a remoção do tumor?

a. Sim () Não ()

b. Em caso de resposta afirmativa, indique:

b.1- O tipo de cirurgia:

- i. Tumorectomia ()
- ii. Lobectomia ()
- iii. Pneumectomia ()

² TNM – Sistema Internacional de Estadiamento TNM da *American Joint Committee on Cancer* (T – tumor; N-gânglios invadidos; M-metástases à distância)

b.2 - Como se encontravam as margens de segurança:

- i. Com invasão tumoral ()
- ii. Sem invasão tumoral ()

10. Tratamento Radioterapêutico

10.1 - Efetua tratamento radioterapêutico?

- a. Sim () Não ()
- b. Em caso de resposta afirmativa, indique:
 - b.1- A intenção do tratamento:
 - i. Adjuvante ()
 - ii. Neoadjuvante ()
 - iii. Paliativo ()

10.2 - Já efetuou tratamento radioterapêutico?

- a. Sim () Não ()

11. Tratamento Quimioterápico

11.1 - Efetua tratamento quimioterápico?

- a. Sim () Não ()
- b. Em caso de resposta afirmativa, indique:
 - b.1- A intenção do tratamento:
 - i. Adjuvante ()
 - ii. Neoadjuvante ()
 - iii. Paliativo ()

b.2 - Qual/quais o/os fármacos usados:

- i. Carboplatina ()
- ii. Cisplatina ()
- iii. Gencitabina ()
- iv. Vinorelbina ()
- v. Docetaxel ()
- vi. Pemetrexed ()
- vii. Erlotinib ()
- viii. Topotecano ()

11.2 - Já efetuou tratamento quimioterápico?

- a. Sim () Não ()

12. Terapêutica da dor

12.1 - Frequenta a consulta da dor?

- a. Sim () Não ()

12.2 - Faz terapêutica com opióides?

- a. Sim () Não ()

Fim!