

Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura

Quality Of Life In Women With Gynecologic Cancer: a literature review

Carlos Henrique Debenedito Silva¹ e Sophie Françoise Mauricette Derchain²

Resumo

Objetivo: Verificar quais são os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: em protocolos clínicos, durante o tratamento, após o tratamento e aplicado em cuidados paliativos.

Método: Foi realizada uma revisão dos trabalhos que empregassem questionário(s) ou entrevista(s) em mulheres com câncer genital, sendo patologia única ou não na casuística, publicados no MEDLINE. Os artigos deveriam contemplar pacientes adultas a partir de 45 anos de idade, publicados nos últimos cinco anos, em língua inglesa. Inicialmente foram identificados 474 artigos, dos quais 30 foram utilizados para o presente trabalho.

Resultados: A variedade de instrumentos e de aplicação foi grande. Alguns instrumentos foram de autopreenchimento no hospital, consultório ou por correio e outros eram aplicados por terceiros no hospital ou consultório ou por telefone. Tal variação dependeu da etapa do tratamento, do estágio inicial ou avançado da neoplasia, do tipo de desenho do estudo e do objetivo principal declarado. Os questionários mais utilizados foram o *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale (FACT-G)*, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire (EORTC QLQ)* e o *Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36)*.

Conclusão: Mesmo com restrições apontadas, os autores se mostraram, na maioria, entusiastas com os instrumentos como meio de validar suas propostas terapêuticas.

Palavras-chave: Câncer; Protocolos clínicos; Qualidade de vida.

¹ Cirurgião Oncológico. Especialista em Cirurgia Geral, em Oncologia e em Bioética.

Chefe da Divisão Técnico Científica do Hospital do Câncer IV - HC IV - Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS.

² Professora Livre Docente da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP / SP.

Endereço para correspondência: Carlos Henrique Debenedito Silva - Rua Visconde de Santa Isabel 274, Vila Isabel, RJ. - CEP: 20.560 - 120 - Tel / Fax: 38796000 ramal 6009. E-mail: chdsilva@inca.gov.br

Abstract

Objective: To verify which instruments are most widely used to assess quality of life in patients with gynecological cancer under clinical protocols, before and after treatment, and during palliative care.

Method: The study consisted of a review of PUBMED published papers that reported use of questionnaires or interviews in women with gynecological cancer. Articles were included that referred to studies on women = 45 or more years of age, and that they had been published in the previous five years, in English. An initial literature review yielded 474 eligible articles, of which 30 were selected for inclusion in the present study.

Results: A wide variety of instruments were found. Questionnaires were self-completed in hospitals or clinics and returned to the researchers immediately or by mail, or applied verbally by the researchers, either face-to-face or by telephone. Choice of questionnaires depended on treatment phase, disease stage, study design and primary study objective. The most frequently used questionnaires were *The Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale (FACT-G)*, *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire (EORTC QLQ)* and *The Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36)*.

Conclusion: Even with the limitations identified in the articles, the authors were generally optimistic about the instruments' ability to validate their therapeutic options.

Key words: Cancer; Clinical protocols; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) relacionada à saúde é uma avaliação complexa, baseada em percepções subjetivas, experiências e expectativas das pessoas que a expressam¹. Reconhece-se que, na prática clínica oncológica, talvez mais que em outras áreas, o paciente experimente variações extremas da sintomatologia do início ao fim do tratamento^{2,3}. Um dos fatores que logo interfere no entendimento do que constitui QV, para uma pessoa, é a inexistência de uma definição amplamente aceita. De modo geral, sua construção é de um conceito multidimensional, medindo diferentes aspectos ou domínios da vida, que incluem o bem-estar físico, psíquico, social e funcional^{4,5,6}. Entretanto, o conceito é subjetivo e variável, e baseia-se na interpretação do que o paciente tem de seu *status* de saúde, em um determinado momento ou sob um tratamento específico, comparativamente com o que julgaria ser o seu ideal.

Atualmente, mais e mais pacientes vivem mais tempo, resultado obtido de novos tratamentos. Se, por exemplo, comparamos diferentes regimes de quimioterapia (QT), ou QT neo-adjuvante *versus* adjuvante, poderemos, ainda assim, ter resultados semelhantes, medidas a taxa de sobrevida e o intervalo livre de doença, entre outros parâmetros. Logo, considerar outros fatores para racionalmente decidir pelo mais apropriado, tem sido o intuito de diversas pesquisas. Nessas considerações, podemos incluir custo das drogas, graus de toxicidade, conveniência na aplicação da QT sob internação ou não, em esquema de curta ou longa duração, ou outros, como a expectativa de impactar positivamente a QV do paciente.

Em protocolos clínicos, os principais resultados de interesse são sobrevida, complicações, infecções, remissão e recorrência da doença. Essas medidas são apropriadas, quando o retorno à condição normal de saúde em um tempo relativamente curto é o esperado. Em se tratando de doença neoplásica maligna, essa situação modifica-se. A QV passa a ter importante papel na avaliação da terapêutica e no prognóstico. Dessa forma, verificar a aplicabilidade desse parâmetro pode ser fundamental, já tendo sido considerado, inclusive, como um adicional "sinal vital" por Ganz (1995)⁷. Alguns artigos trazem a avaliação da QV em pacientes portadores de câncer, após seu tratamento inicial, quando não mais apresentam sinais da doença^{8,9,10}, enquanto outros relatam suas vivências ainda durante o tratamento^{11,12}.

No entanto, no estágio de doença em fase avançada, estando o doente sob cuidados paliativos, assume especial atenção uma melhor qualidade possível do seu tempo de vida restante. Nesse momento, dentro do espectro de sintomas experimentados pelos doentes, o controle dos mais prevalentes, como cansaço, dor, dispnéia e constipação, e a valorização da QV são os principais intentos paliativos^{13,14,15}. As avaliações psicossociais obtidas diretamente dos doentes terminais auxiliam na interpretação de suas condições de QV, adequando o programa de cuidados paliativos e fornecendo à equipe de saúde informações do prognóstico^{16, 17,18}. Assim procedendo-se, pode-se evitar a obstinação terapêutica¹⁹. Essas informações, geralmente, são conseguidas mediante entrevistas ou pela aplicação

de instrumentos específicos, tendo, por princípio, que a melhor fonte de informações será sempre o próprio doente²⁰.

De acordo com Donovan et al (1989)²¹, um adequado instrumento para a medida da QV em pacientes com doença avançada, deve preencher cinco características: (1) apropriada conceituação que inclua itens do domínio físico, psicológico, espiritual e social, propiciando também alternativas capazes de refletir aspectos positivos; (2) propriedades psicométricas de confiança e validade, esta incluindo conteúdo, construção, concordância e valor preditivo; (3) responsivo às mudanças na QV, incluindo um razoável número de itens no total, com pelo menos cinco por domínio, além de alternativas múltiplas como resposta e que permita escores por cada domínio; (4) baseado em dados fornecidos pelo doente, obtidas em autopreenchimento; (5) aceitável para os pacientes, cuidadores e pesquisadores, completado em tempo curto, fácil de administrar e medir, de larga compreensão e com itens relevantes para o respondente.

O objetivo desta revisão foi verificar a QV em mulheres com câncer ginecológico, mediante a utilização de questionários, entrevistas estruturadas ou não. Para melhor análise, os artigos foram agrupados em quatro tabelas, conforme se enquadrassem em: (1) protocolos clínicos; (2) realizados durante o tratamento; (3) após qualquer forma de tratamento e (4) com pacientes acompanhadas pelos serviços especializados em palição.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura a partir da base de dados *on-line* Medline²². Utilizaram-se as seguintes associações de termos de procura: "*quality of life e gynecologic cancer*"; e "*hospice care e quality of life*". O total de referências obtidas com essa estratégia foi de 474. A seleção preencheu os seguintes critérios: ter sido publicado na língua inglesa, incluir resumos, estudar mulheres de 45 anos ou mais e ter data de publicação nos últimos cinco anos. O total de referências selecionadas foi de 70. A partir da leitura dos resumos, os artigos completos a serem buscados deveriam incluir estudos que utilizassem alguma forma de questionário respondido por escrito, pessoalmente ou por correio; entrevista aplicada individualmente, em grupo ou por telefone; casuística que incluísse mulheres com câncer do aparelho genital, ainda que não de forma exclusiva. Dos 51 resumos selecionados, 46 artigos foram localizados, dos quais dezesseis foram desconsiderados. Dessa forma, o número final de artigos selecionados para esta revisão foi de 30.

RESULTADOS

AValiação DA QV EM PROTOCOLOS CLíNICOS

Na tabela 1, estão apresentados os trabalhos que aplicaram a avaliação da QV no desenvolvimento de protocolos clínicos fases II e III. Esses incorporaram o conceito de QV na sua estrutura, somando-se às tradicionais medidas utilizadas. São cinco artigos, cuja percepção da QV auxiliou na comparação de diferentes regimes terapêuticos além de, em um, na validação de um questionário específico de toxicidade neurológica. Desses estudos, três foram focados em câncer de ovário, um em câncer de vulva e um em câncer do colo do útero, importando, principalmente, os estadiamentos avançados.

Dos estudos randomizados em câncer de ovário, dois, em fase III^{23,24}, utilizaram um mesmo questionário, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire* (EORTC QLQ). O primeiro avaliou o tratamento na vigência de doença ativa com dois regimes de QT, e o segundo, a imunoterapia como forma de retardar ou prevenir uma possível recaída, após remissão completa da neoplasia, ambos aplicando o questionário antes e durante a terapêutica. No primeiro, Du Bois et al (2003)²³ concluíram que, pela melhor tolerabilidade e QV de um dos braços, apresentava-se uma importante associação antitumoral alternativa para tratamento padrão de primeira linha em doença avançada. Decorrente desse estudo, o módulo desenvolvido, especificamente, para câncer de ovário do EORTC QLQ passou a ser incluído em todos os protocolos do *Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie* (AGO) *Ovarian Center Study Group*. No segundo, Berek et al (2004)²⁴ concluíram que não houve diferença da medida do tempo de recaída, tanto quanto da avaliação da QV após a imunoterapia. Por seu lado, Calhoun et al (2003)²⁵, num terceiro protocolo, ainda trabalhando com câncer de ovário, propuseram e validaram uma sub-escala específica para medir a neurotoxicidade induzida pela QT utilizada no tratamento. O instrumento utilizado, o *Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale* (FACT-G) constitui a origem de outras escalas, sendo um questionário geral, auto-administrado, que permite a avaliação de quatro áreas ou domínios: bem estar físico, social / familiar, emocional e funcional. Serviu como fundamento para o acréscimo de 11 itens na criação do FACT / GOG-Ntx, que se mostrou válido e confiável para medir o impacto da neuropatia periférica conseqüente ao tratamento na QV, na conclusão dos autores.

No trabalho holandês em câncer de vulva²⁶, três questionários de avaliação de QV foram aplicados para

que as pacientes respondessem como interpretavam suas vidas no pós-operatório imediato. Foram estes: o *Medical Outcomes Study Short Form-36* (MOS SF-36), o *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) e o *EuroQol Health States* (EuroQol). Os autores justificaram a utilização combinada de questionários genéricos e específicos para câncer, pois estavam interessados no registro das alterações dos níveis de funcionalidade das pacientes e nos sintomas relacionados à doença primária e seu tratamento. Como objetivos principais, tinham o comportamento da ferida cirúrgica no pós-operatório imediato e o custo, pela utilização de um fator de estimulação de granulócitos (*filgrastim*). Não verificaram alteração na QV das pacientes do grupo de estudo, quando comparadas ao grupo placebo.

O protocolo multicêntrico randomizado, fase III, cujo objetivo primário foi determinar a melhor resposta terapêutica, intervalo livre de doença ou sobrevida, comparando dois esquemas de QT, em mulheres com câncer do colo do útero avançado, foi realizado por

Moore et al (2004)²⁷. Como segunda intenção propunha-se a avaliar a toxicidade, QV e dor. Além do FACT-G, escala geral para câncer, utilizou-se uma sub-escala específica para câncer do colo do útero, o FACT-Cervix, assim como uma escala para medir neurotoxicidade e o *Brief Pain Inventory* (BPI). Os autores registram que os resultados da avaliação da QV serão relatados em outra publicação. Contudo, afirmam ser este o primeiro estudo randomizado com QT paliativa a mensurar a QV, em adição às tradicionais medidas clínicas de taxa de resposta, intervalo livre de doença e sobrevida.

QV AVALIADA DURANTE O TRATAMENTO

Nesse levantamento, os estudos que empregaram a avaliação da QV, durante o tratamento da neoplasia, foram dez (tabela 2). Quatro trabalhos foram exclusivos em mulheres com câncer de ovário, um em portadoras de carcinoma endometrial, enquanto os demais incluíam mulheres com vários tipos de câncer ginecológico.

Dos estudos com amostras exclusivas de mulheres

Tabela 1. Avaliação da QV incluída em protocolos clínicos

Estudo	Tipo de Estudo	Considerações Éticas	Local	Período	Patologia	Objetivo	Amostra	Forma de Avaliação da QV	Comentários
Du Bois et al., 2003 ²³	Protocolo clínico randomizado não cego fase III	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Alemanha	Novembro 1995 a Novembro 1997	Ca ovário avançado	Comparar dois regimes de QT em progressão de doença, toxicidade, resposta tratamento, sobrevida e intervalo livre doença e QV	798 randomizados parte clínica; 679 responderam à QV	EORTC QLQ C-30 versão 2.0	Sintomas específicos ca ovário subestimados por questionário geral; desenvolvimento módulo para ca ovário pelo EORTC
Calhoun et al., 2003 ²⁵	Protocolo clínico randomizado duplo cego fase III, placebo (grupo A); descritivo neurotoxicidade, custo do tratamento (grupo B)	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca ovário (epitelial) avançado	Grupo A: questionário de avaliação de <i>status</i> de saúde funcional + avaliação da função neuropática; validar FACT/GOG-Ntx	Grupo A: 60 ca ovário; Grupo B: 128 ca ovário (43 neurotoxicidade)	FACT-GOG-Ntx: grupo A preencheu questionário antes da QT; grupo B depois, já com neurotoxicidade	Houve correlação entre grau de neurotoxicidade medido pelos médicos e pacientes
Berek et al., 2004 ²⁴	Protocolo clínico randomizado deplco cego placebo fase II	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Abril 1998 a Fevereiro 2000	Ca ovário (epitelial) estágios III e IV com resposta clínica completa após tratamento primário	Avaliar o uso de imunoterapia (<i>oregovomab</i>) como tratamento de consolidação em doença avançada	73 <i>oregovomab</i> ; 72 placebo	EORTC QLQ C-30	Utilização da avaliação da QV em protocolo clínico randomizado
Uyl-de Groot et al., 2004 ²⁶	Protocolo clínico multicêntrico prospectivo randomizado duplo cego fase II	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Holanda	1994 a 1998	Ca de vulva invasor submetida à vulvectomia radical com linfadenectomia inguino femoral	Teste medicamentoso, levantamento de custo do tratamento e QV	36 teste medicamentoso; 36 levantamento de custo do tratamento; 29 avaliação da QV	MOS SF-36; RSCL; EuroQol	Sem diferença significativa entre os grupos estudados
Moore et al., 2004 ²⁷	Protocolo clínico multicêntrico randomizado fase III	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Agosto 1977 a Março 1999	Ca colo do útero IV B recorrente ou persistente	Determinar a melhor resposta, intervalo livre de doença e sobrevida entre dois esquemas terapêuticos	134 um braço; 130 outro braço	FACT-G; FACT-Cx; escala de neurotoxicidade; BPI	Primeiro protocolo clínico randomizado a utilizar a avaliação da QV em adição às outras medidas usuais

BPI= Brief Pain Inventory // Ca=Câncer // CEP=Comitê de Ética em Pesquisa // EORTC QLQ C-30=European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire C-30 // EuroQol=The EuroQol // FACT/GOG-Ntx=Functional Assessment of Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity questionnaire // FACT-Cx=Functional Assessment of Cancer Therapy Cervix subscale // FACT-G=Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale // MOS SF-36=Medical Outcomes Study Short Form-36 // QT=Quimioterapia // QV=Qualidade de Vida // RSCL=Rotterdam Symptom Checklist // TCLE=Termo de Consentimento Livre e Esclarecido // USA=United States of America.

com câncer de ovário, um deles²⁸ apresenta uma análise retrospectiva em que compara quimioterapia neoadjuvante com cirurgia convencional, como tratamento inicial de tumores volumosos. A utilização de um questionário amplamente utilizado para população não especificamente doente por câncer, o MOS SF-36, permitiu aos autores corroborarem suas conclusões que, em casos selecionados, a aplicação das drogas previamente à cirurgia não apresenta piora no prognóstico e possibilita cirurgias menos agressivas, reiterando, no entanto, que a cirurgia citoreduzora primária ainda seja o tratamento padrão.

Os três outros estudos prospectivos com câncer de ovário utilizaram um mesmo instrumento, numa sub-escala desenvolvida especialmente para esta neoplasia, o FACT-*Ovarian*. Em dois desses estudos, a mesma amostra de pacientes ambulatoriais foi analisada. No primeiro²⁹, os escores obtidos com o FACT-O foram comparados com outros sete instrumentos, tendo os autores concluídos pela sua validade e confiabilidade. No segundo³⁰, avaliaram-se a prevalência da ansiedade e dos sintomas depressivos e a QV, relacionando essas informações com os aspectos demográficos e médicos. Na análise da prevalência dos sintomas psicológicos, os autores encontraram níveis mais altos de depressão e ansiedade nas pacientes que na população em geral, tanto maior quanto pior fossem as condições de saúde. À exceção do bem-estar social, os outros domínios de QV indicaram que aquelas que necessitassem estar acamadas parte do dia teriam aumentado o risco de angústia e problemas de bem-estar físico e funcional.

No terceiro estudo em pacientes com câncer de ovário, Le et al (2004)¹² examinaram o impacto do tratamento e de fatores relacionados à doença, em estágio avançado, na QV. As setenta e duas pacientes, em estádios III e IV, sob regime de tratamento antitumoral em doença primária ou recorrente, com a aplicação de FACT-O antes de cada ciclo, produziram 270 observações que serviram para subsequente análise. Como se poderia esperar, pacientes com doença avançada apresentaram pior QV comparativamente àquelas com doença estável. As que responderam ao tratamento, em geral, referiram uma melhora da QV, o que justifica o benefício paliativo da quimioterapia em pacientes com câncer avançado.

Eltabbakh et al (2001)³¹, em estudo prospectivo, analisaram o uso da cirurgia laparoscópica para assistir histerectomia por via vaginal com linfadenectomia, como via de acesso primário no tratamento de pacientes com neoplasia maligna de corpo do útero em fase inicial, segundo desfechos, custos e QV resultante. Como grupo controle, foram usadas as sobreviventes, de igual estágio e patologia, tratadas por laparotomia nos dois anos

precedentes e que ainda permaneciam em acompanhamento ambulatorial. A avaliação da QV dos dois grupos foi por entrevista telefônica ou pessoal, com a aplicação de um questionário fechado composto de quatro itens: (1) você controla a dor pós-operatória numa escala de 0 (sem) a 5 (intensa); (2) quando você retomou sua plena atividade?; (3) quando você voltou a trabalhar? e (4) você está satisfeita com a sua cirurgia? (0 = não, 1 = um pouco, 2 = sim e 3 = muito). Os resultados demonstraram superioridade da cirurgia laparoscópica, com retorno mais rápido ao trabalho ou à plena atividade e maior satisfação com o tratamento pela ausência de uma incisão abdominal. Não houve diferença significativa entre os dois grupos na lembrança da dor pós-operatória. Esses resultados foram semelhantes aos da literatura citada na discussão do artigo.

Dos estudos em que a amostra utilizava pacientes com câncer de diversas topografias ginecológicas, quatro são prospectivos³²⁻³⁵ e um de intervenção³⁶. Dos estudos prospectivos, dois são do mesmo grupo de pesquisadores. No primeiro³², analisaram a QV e o humor em mulheres com estadiamento avançado, que receberam quimioterapia contínua ou intermitente, por um tempo de pelo menos um ano de duração. Utilizaram, como grupo comparativo, mulheres também com câncer ginecológico em estágio inicial, as quais tiveram cirurgia como tratamento primário, com ou sem radioterapia adjuvante. Essas não haviam recebido quimioterapia e não apresentavam evidência de doença. Além do FACT-G, foram aplicados outros quatro instrumentos e uma pergunta: caso algum paciente recém diagnosticado lhe perguntasse hoje se o seu tratamento valeu a pena, como você responderia? (0 = de jeito nenhum a 4 = positivamente). Os resultados mostraram que as pacientes que receberam intensa quimioterapia tiveram decréscimo significativo em sua QV, especialmente em bem-estar físico, emocional e funcional.

No segundo estudo³³, os mesmos autores analisaram, em mulheres com diagnóstico recente, estádios iniciais e localmente avançados não metastático, a QV antes e após um ano da cirurgia. Essas pacientes foram divididas em dois grupos, de acordo com a extensão da doença mensurada na primeira consulta e no tipo do tratamento proposto. No grupo 1, foram reunidas aquelas com doença em estágio inicial, de endométrio, colo do útero e ovário, as quais tiveram como tratamento primário cirurgia, seguida ou não de radioterapia. No grupo 2, ficaram as mulheres com câncer localmente avançado de ovário, endométrio e trompa submetidas à cirurgia e posterior quimioterapia. Três pacientes desse segundo grupo receberam radioterapia adicional. O questionário de avaliação utilizado, FACT-G, foi comum aos dois

grupos. No controle anual, outras referências específicas à QV foram examinadas nas opções "pouco" ou "muito", em ambos os grupos: distúrbios do sono; perda de energia; preocupação com os efeitos colaterais e com a possibilidade de piora da saúde; atividade sexual; perda da esperança na luta contra a doença; capacidade de desfrutar a vida; satisfação com a QV nesse momento e validade do tratamento apesar das dificuldades. A análise revelou que, embora o uso da quimioterapia levasse a significativo prejuízo da QV, o resultado nos dois grupos, que se mostrou concordante com o obtido em outros estudos, foi de um aumento da QV, a despeito da diferença no tratamento, prognóstico e QV inicialmente medida.

Nos outros dois trabalhos prospectivos, um italiano³⁴ e outro austríaco³⁵, as amostras trabalhadas foram muito semelhantes. Os dois estudos analisaram mulheres com neoplasia ginecológica em estágio inicial e avançado, tendo este último também incluído pacientes com câncer da mama. Capelli et al (2002)³⁴ utilizaram o MOS SF-36, com o objetivo de avaliar que dimensões estariam alteradas significativamente entre mulheres num hospital para atendimento de câncer ginecológico, quando comparadas com as informações obtidas de uma amostra saudável da população feminina, pareada por idade, variando-se pela topografia e estadiamento da neoplasia, tipo e etapa do tratamento. A análise final foi que a aplicação de um questionário genérico em serviço de saúde especializado de câncer é benéfica, pois auxilia a equipe profissional a detectar o que pode haver de errado com as pacientes, propiciando intervenções de melhoria aos seus cuidados. Já Greimel et al (2002)³⁵ aplicaram dois questionários próprios para pacientes com câncer, previamente testados e validados, o EORTC QLQ e o *Quality of Life Index* (QL-I). Esses autores buscaram entender os efeitos do tratamento durante o curso da doença, quer pela perspectiva das pacientes, quer de um parente ou cuidador, pelo psicólogo ou médico. A este cabia o preenchimento da *Karnofsky Performance Status Scale* (KPS). Dessa forma, observações foram obtidas em seis etapas ao longo de um ano. A concordância resultante entre o paciente e os demais avaliadores foi baixa durante a fase do tratamento e alta após seu término. Ao final, referem que o desafio do cuidado clínico do câncer é o uso rotineiro da avaliação da QV, entretanto, concordam que o valor dessa avaliação, durante o curso da doença, seja entendido como preditivo de resultados de longo alcance à saúde dessas pacientes.

No último estudo³⁶, em mulheres com doença metastática ou em progressão em órgãos diversos da topografia ginecológica, os autores apresentaram um estudo de intervenção informacional. Suas hipóteses

eram de que as informações referentes a cuidados e efeitos secundários no controle da dor, constantes em um livreto apresentado individualmente, poderiam melhorar o gerenciamento da dor, o uso mais adequado de analgésicos, menores efeitos colaterais, menor intensidade e interferência da dor na vida, e uma melhor QV global. As participantes foram divididas aleatoriamente em dois grupos, todas preenchendo cinco questionários (*Barriers Questionnaire* - BQ; *Pain Management Index* - PMI; *Medication Side Effect Checklist* - MSEC; BPI; FACT-G) no primeiro momento e após um e dois meses. O grupo experimental, logo após a intervenção, respondeu ainda a uma avaliação da informação, *Information Evaluation* - IE, fato que ocorreu no grupo controle ao término do estudo. Perguntadas sobre suas percepções da utilidade da informação na sua ajuda, em questões de (a) falar mais abertamente sobre dor, (b) menor preocupação em dependência ao medicamento e (c) sentir-se mais confortável tomando analgésicos, as opções de resposta eram "não", "não tenho certeza" e "sim". Ao grupo controle, não eram rotineiramente apresentados os panfletos e videotapes, únicas fontes de informação que ficavam disponibilizados nas salas de espera e biblioteca do hospital. A conclusão foi que, no grupo experimental não houve impacto da intervenção nos escores da QV, muito embora tenha ocorrido uma diminuição da interferência da dor na vida pelo simples fato da apresentação dos questionários a todas as mulheres. Isso foi comprovado no questionário suplementar (IE), pois 46% das respondentes ficaram estimuladas a conversar mais sobre controle da dor com os médicos e enfermeiras, além de buscar mais informações de outras fontes, como livros, programas de rádio e televisão, jornais ou panfletos e 33% passaram a conversar com outras pacientes durante o curso do estudo.

AVALIAÇÃO DA QV REALIZADA APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO

Se observarmos a tabela três, referente aos doze trabalhos que empregaram a avaliação da QV realizados numa etapa posterior ao tratamento, identificaremos que o domínio sexual foi especificamente estudado em dois artigos^{37, 38}.

No primeiro estudo, Bruner e Boyd (1999)³⁷, em um estudo piloto, utilizaram uma pesquisa qualitativa pela constituição de um grupo focal. Trata-se de uma técnica usada em psiquiatria, de avaliação inspirada na discussão, não direcionada, das experiências vividas por um grupo de pessoas. Os participantes não se conhecem, mas possuem uma característica comum nesse caso, serem mulheres após tratamento cirúrgico de câncer

Tabela 2. Avaliação da QV realizada durante o tratamento

Estudo	Tipo de Estudo	Considerações Éticas	Local	Período	Patologia	Objetivo	Amostra	Forma de Avaliação da QV	Comentários
Bodurka-Beyers et al., 2000 ³⁰	Qualitativo prospectivo longitudinal (coorte)	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Durante 6 meses	Ca ovário (epitelial): 26% estágio inicial; 74% avançado; 49% em tratamento; 51% pós-tratamento	Avaliar alterações psicológicas - QV; examinar relações entre esses problemas e variáveis de saúde e demográficas; validar FACT-O	246 pacientes (232 ambulatorio + 14 internados)	FACT-O; CES-D; STAI; ECOG-PSR auto-responderidos ou em entrevista com pesquisador	Estudo de validação do FACT-O; prevalência de depressão e ansiedade
Lutgendorf et al., 2000 ³²	Prospectivo descritivo, comparativo, longitudinal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	1º grupo: ca avançado colo de ut (12,5%), endom (16,7%), ov (70,9%) recebendo QT por pelo menos 1 ano; 2º grupo: ca inicial do colo do ut (37,5%) e endom (62,5%) s/doença um ano pós-tratamento	Examinar a QV e o humor em tratamento prolongado com QT por pelo menos um ano	24 pacientes com doença avançada; 24 pacientes com doença inicial	FACT-G; FLIC; POMS-SF; COPE SF-36; IES; questionário estruturado	Decrescimento da QV em pacientes em tratamento com QT prolongado (pelo menos um ano) para câncer ginecológico avançado comparado com doença em estágio inicial
Ward et al., 2000 ³⁶	Intervenção randomizado; estudo piloto	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Durante 18 meses	Ca ovário, endométrio, colo do útero, trompa, vagina, sarcoma uterino e carcinoma peritoneal; doença metastática ou em progressão	Determinar se a informação sensorial sobre efeitos colaterais dos analgésicos pode contribuir com o melhor controle da dor e QV do grupo experimental	43 com ca ginecológico metastático ou progressivo com dor nas 2 últimas semanas responderam; 33 em 1 mês, 27 em 2 meses; 25 nos 3 momentos	BQ; PMI; MSEC; BPI; FACT-G; IE; questionário de avaliação da informação	Intervenção ajudou no controle da dor refratária, trouxe informações novas e úteis tornando mais confortável tomar remédio, menor preocupação com vício e maior abertura na conversa com o médico
Kayıkcioglu et al., 2001 ²⁸	Retrospectivo descritivo	Não citado	Turquia	1991 a 2000	Ca ovário (epitelial) avançado: estágios III e IV	Comparar duas propostas de tratamento para doença avançada: QT neoadjuvante + cirurgia de intervalo versus cirurgia + QT adjuvante	158 cirurgia primária de citoredução; 45 QT neo-adjuvante com cirurgia posterior	MOS SF-36	Cirurgia primária citoredução é o tratamento padrão, embora, em casos selecionados, QT neoadjuvante mais cirurgia não piora prognóstico e possibilita cirurgia menos agressiva com melhor QV
Basen-Engquist et al., 2001 ²⁹	Qualitativo prospectivo longitudinal (coorte)	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca ovário (epitelial): 73% avançado, 27% inicial, 49% em tratamento; 51% pós-tratamento	Testar a confiabilidade e a validade do FACT-O	232 pacientes antes, 93% de 96 uma semana, 84% de 137 dois meses depois	FACT-O; FLIC; MSAS; CES-D; STAI; FES; MCSDS; ECOG-PSR	Comprovou a validade do FACT-O como instrumento para medida de QV em pacientes com ca ovário
Eltabbakh et al., 2001 ³¹	Prospectivo comparativo	TCLE escrito	USA	1998 a 1999	Ca endométrio e sarcoma uterino estágios iniciais	Avaliar a possibilidade de cirurgia laparoscópica no estágio inicial de ca de endométrio ou sarcoma uterino e comparar os resultados cirúrgicos, custos e QV entre estas pacientes e as previamente tratadas por laparotomia	86 pacientes submetidas à laparoscopia; grupo controle de 57 pacientes submetidas à laparotomia dois anos antes	Entrevista fechada pessoal ou telefônica com 4 perguntas entre Novembro e Dezembro de 1999	Medidas da QV demonstraram melhores resultados da via laparoscópica
Lutgendorf et al., 2002 ³³	Prospectivo descritivo, comparativo, longitudinal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	29 ca do colo do útero, 42 endométrio, 25 ovário, 2 trompa	Examinar a QV e o humor no início e após um ano de tratamento	98 pacientes: 65 estágio inicial, 33 localmente avançado; 75 após um ano: 55 inicial, 20 localmente avançado	FACT-G; POMS; COPE SF-36; C-MSD scale; questionário de referências específicas de QV	Houve melhora da QV e do humor após um ano do tratamento

Capelli et al., 2002 ²⁴	Prospectivo multicêntrico, descritivo, comparativo, longitudinal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Itália	Agosto-Setembro de 1999 e Março-Abril 2000	Ca colo do útero, endométrio e ovário estágios inicial e avançado	Avaliar QV pacientes comparação valores de saudáveis mesma idade e avaliar possíveis diferenças devidas ao tipo de câncer, status e idade, na prática clínica de rotina	115 pacientes em tratamento comparado com perfil da população italiana publicado em 1997	MOS SF-36	A aplicação de questionário genérico em serviço especializado de câncer é bem aceita na prática e ajuda aos médicos e enfermeiras
Greimal et al., 2002 ²⁵	Qualitativo prospectivo longitudinal (coorte)	Não citado	Austria	Não citado	Ca colo do útero, endométrio e ovário estágios inicial e avançado	Comparar a QV, identificar fatores preditivos e correlacionar QV auto respondida por médicos/outras	248 pacientes antes, durante e após 6 e 12 meses; cir ou cir + QT + RTX + HT	EORTC QLQ C-30; QL-1; KPS	Permanece um desafio, a avaliação da QV na prática clínica. Pacientes são fonte primária, mas profissionais de saúde são importantes
Le et al., 2004 ¹²	Coorte prospectiva	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Canadá	2000 a 2002	Ca ovário avançado estágios III e IV	Examinar o impacto do tratamento e fatores relacionados à doença na QV	72 ca ovário em QT adjuvante com 270 questionários respondidos	FACT-O antes de cada ciclo; questionário sócio-demográfico; ECOG-PSR	Pacientes em tratamento adjuvante ou recorrência após 6 meses; doença em progressão pior QV que doença estável

PI=Brief Pain Inventory // BQ=Barriers Questionnaire // Ca=Câncer // CEP=Comitê de Ética em Pesquisa // CES-D=Center for Epidemiologic Studies-Depression scale // COPE SF-36=The Coping Orientation to Problems Experienced // ECOG=Eastern Cooperative Oncology Group-Performance Status Rating // EORTC QLQ C-30=European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire C-30 // FACT-G=Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale // FACT-O=Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian // FES=Family Environment Scale // FLIC=Functional Living Index-Cancer // IE=Information Evaluation // IES=The Impact of Event Scale // KPS=Karnofsky Performance Status scale // M-CSDS=Marlowe-Crowne Social Desirability Scale // MOS SF-36=Medical Outcomes Study Short Form-36 // MSAS=Memorial Symptom Assessment Scale // MSEC=Medication Side Effect Checklist // PMI=Pain Management Index // POMS SF-36=Profile of Mood States Short Form // QL-1=Quality of Life Index // QT=Quimioterapia // QV=Qualidade de Vida // STAI=Spielberger State-Trait Anxiety Inventory - State Anxiety Subscale // TCLE=Termo de Consentimento Livre e Esclarecido // USA: United States of America.

ginecológico ou da mama. Seguindo os procedimentos recomendados por Krueger (1988) (apud Bruner e Boyd, 1999)³⁷, o facilitador ou moderador, e os assistentes gravaram as entrevistas para posterior transcrição, com o consentimento dos participantes. Os autores, para seu conhecimento, revisaram vários instrumentos de avaliação sexual e selecionaram alguns, segundo estes critérios: terem sido desenhados para mulheres ou com suas versões; usados em câncer feminino; com no máximo 50 perguntas. Encontraram os seguintes: *The Sexual Adjustment Questionnaire - SAQ -*, *The Sexual Behaviors Questionnaire - SBQ -*, *The Sexual Function After Gynecologic Illness Scale - SFAGIS -* e *Watt's Sexual Functional Questionnaire - WSFQ*. Após a discussão do impacto do tratamento na sua sexualidade, as mulheres receberam dois questionários de avaliação sexual, não discriminados no artigo. Foram apenas diferenciados como sendo um longo, específico para câncer, focando aspectos sexuais (desejo, excitação, orgasmo, etc) tanto quanto outros relacionados ao impacto do tratamento na sexualidade, e um pequeno e genérico, focando principalmente funções sexuais. Embora, na opinião das pacientes entrevistadas, não cobrisse todos os aspectos da sexualidade que julgassem importante, suas preferências recaíram no questionário longo. Os

resultados confirmaram as hipóteses de que mulheres poderiam identificar componentes categorizados em quatro dimensões objetivas e concretas, referentes à sua sexualidade: sensações físicas; experiências vividas na seqüência diagnóstica, tratamento e efeitos colaterais; relacionamento com o ambiente e pessoas ao seu redor, e causas atribuídas às sensações.

As mulheres que haviam sido submetidas à vulvectomia radical ou conservadora, por câncer de vulva invasor ou in situ, entre 1991 e 1996, foram convidadas por Green et al (2000)³⁸ a participar de uma avaliação sobre disfunção sexual. Preencheram um questionário, o *Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition* (DSM categoria IV), reportando-se às fases pré-operatória e após três meses. Como fatores confundidores dessa avaliação, poderiam ser o tempo retroativo da realização da cirurgia e o tipo da vulvectomia. Entretanto, nenhuma das duas condições foi relacionada a um maior grau de problemas. Apenas aquelas mulheres com disfunção hipoativa no pré-operatório, apresentaram tendência ao decréscimo da atividade sexual após a cirurgia. Dentre aquelas com desempenho ativo antes da intervenção, as que cessaram suas atividades foram mais suscetíveis a apresentar diversas desordens dessa esfera. Por essas razões, na conclusão, os autores sugerem a necessidade

de melhores esclarecimentos, ainda na fase pré-operatória, pois quanto mais se fizer nessa etapa, o atendimento posterior terá mais benefício.

Os estudos que avaliaram a QV em mulheres após o tratamento para câncer de ovário, como patologia exclusiva ou não da amostra, empregaram diferentes instrumentos. O interesse específico, nessa patologia, vem por conta da prevalência alta de estadiamentos avançados no momento do diagnóstico. Como consequência, então, a recorrência, a persistência ou a progressão da doença ocorrem em grande parte dos casos, tornando o tratamento curativo não mais o intento principal. Nesse momento, por conta da quimioterapia complementar, algum grau de toxicidade quase sempre decorre, tornando o tratamento para as pacientes um grande martírio. Por mais contraditório que pareça, alguns pesquisadores³⁹ empregaram questionários gerais para câncer, como o FACT-G ou entrevistas⁴⁰ individualmente gravadas com questionários semi-estruturados. Suas intenções, não menos valiosas, foram apenas identificar ou descrever as experiências das sobreviventes. Já aqueles autores⁴¹ que pretenderam determinar aspectos particulares do prejuízo da QV em câncer de ovário avançado, por efeito decorrente das medicações antitumorais, como toxicidades otológicas, nefrológicas e neurológicas, desenvolveram um meio próprio para tal. Empregaram um questionário, descrevendo situações hipotéticas, de progressão de doença, toxicidade nos três sistemas em graus variados, e funções da paciente, num total de 15 possíveis estados específicos de saúde. As respostas das trinta e nove pacientes entrevistadas foram agrupadas em duas condições. Uma, quando a doença era estável, sem ou com leve toxicidade, e outra com doença em progressão e moderada à severa toxicidade. Cada paciente relatou ao menos um tipo de toxicidade. Essa mesma avaliação foi comparada com mulheres saudáveis, de risco aumentado para neoplasia maligna de ovário e entre oncologistas. Limitações são citadas ao final do artigo, principalmente pelo fato de que as mulheres estudadas não são uma amostra representativa da população. No entanto, as decisões compartilhadas e as escolhas das pacientes tornam-se cada vez mais importante, projetando-se para o futuro que a percepção da QV pelos próprios doentes será crítica. Dois artigos com amostras exclusivas de câncer de ovário^{42,43}, e outros dois que incluem também outros cânceres ginecológicos, da mesma forma descritivos, são relacionados na tabela 3^{8,44}. O trabalho de Miller et al (2003)⁴⁴ é o único nesse levantamento que visa, em seus objetivos, identificar as necessidades psicossociais das pacientes e ter delas a percepção do papel que o médico desempenha ao encontro das

mesmas. Poucas publicações, na literatura, trazem a preocupação que não da seqüela física e funcional. Ressalte-se que, nesse estudo, as pacientes envolvidas não apresentavam sinais de persistência ou recorrência de doença, tendo há pelo menos 6 meses ocorrido o término do tratamento. Concluiu-se que as pacientes esperam um papel ativo dos profissionais nas conversas sobre problemas emocionais, espirituais, informação e direcionamento de sua condição de doença.

O FACT-G também foi utilizado para avaliar a QV, após o emprego da ressecção endopélvica lateralmente estendida - laterally extended endopelvic resection, LEER -, técnica desenvolvida por Höckel (1999)⁴⁵, em mulheres com câncer do colo do útero com doença primária avançada que envolva a parede pélvica, ou localmente recorrente após cirurgia com ou sem radioterapia complementar. O objetivo de demonstrar o potencial terapêutico de uma cirurgia de grande extensão, frente a uma condição de prognóstico ruim, apoiando-se na aplicação de um instrumento dessa natureza, exemplifica a necessidade de pesar a indicação de um tratamento não curativo, pelas sérias consequências de morbidade. Os resultados desse estudo mostraram que a execução dessa nova técnica e as complicações a curto e longo prazo foram comparáveis à exenteração pélvica padrão, e aceitáveis pelas pacientes frente à sua magnitude. A pontuação obtida, com o questionário de QV, de 13 delas demonstrou que apenas em três houve prejuízo significativo.

Enquanto Carter et al (2004)⁴⁶ se valeram do telefone ao aplicar, a seis mulheres, durante 45 a 60 minutos, um questionário não estruturado, no levantamento dos problemas de QV decorrentes da exenteração pélvica no tratamento da recidiva tumoral de origem ginecológica, Roos et al (2004)⁴⁷ utilizaram o EORTC com o intuito de avaliar a QV em pós-operatório semelhante, em 25 mulheres com follow-up médio de 59 meses. A amostra, nessa pesquisa, incluía também mulheres com câncer de bexiga. Os problemas emergidos, na entrevista telefônica, foram categorizados em sete temas: recuperação, complicações, estomas, suporte social, sexualidade, alteração da imagem corporal e recorrência, concordantes com os existentes na literatura. Já o resultado obtido com os questionários da coorte retrospectiva, semelhante às mulheres saudáveis, era melhor do que o relatado em outros estudos.

AValiação da QV em cuidados paliativos

Nessa revisão, a aplicação de instrumentos de avaliação de QV em pacientes sob cuidados paliativos, em *hospices* (tabela 4), resultou em três artigos.

Holzheimer et al⁴⁸, num estudo de intervenção, com

Tabela 3. Avaliação da QV realizada após o tratamento

Estudo	Tipo de Estudo	Considerações Éticas	Local	Período	Patologia	Objetivo	Amostra	Forma de Avaliação da QV	Comentários
Bruner e Boyd, 1999 ³⁷	Estudo piloto	TCLE escrito	USA	Não citado	Ca ginecológico e ca da mama	Comparar o que as mulheres valorizam como importante na sua sexualidade após o tratamento com o que é pesquisado em instrumentos disponíveis, através da técnica do grupo focal	9 pacientes entre 6 meses e 5 anos pós tratamento: 2 com ca ginecológico e 7 com ca da mama	Avaliação sexual mediante dois questionários: um longo, específico para câncer, focando funcionamento sexual, afinidade e o impacto do tratamento; outro, curto, genérico, avaliando funcionamento sexual	Promoção da saúde sexual é vital na QV e parte integral do tratamento total ou holístico do câncer; resultados categorizados 4 dimensões: sensações físicas, aspectos de tempo, ambiente; causas de sensações
Green et al., 2000 ³⁸	Qualitativo retrospectivo (coorte); estudo piloto	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito; oferta de recompensa financeira	USA	De 1991 a 1996	Ca vulva (invasor ou <i>in situ</i>)	Avaliar as disfunções sexuais após tratamento cirúrgico	41 pacientes anteriormente submetidas à cirurgia vulvar	DSM critério IV; GOG <i>performance status</i> ; PRIME-MD; AUDIT	Necessidade de informações antes da cirurgia e aconselhamento após, com terapia sexual
Chan et al., 2001 ⁸	Qualitativo prospectivo longitudinal (coorte)	Sim com TCLE oral	China	Outubro 1995 a Janeiro 1997	Ca do colo do útero, endométrio, ovário, vulva e outros	Descrever a QV e avaliar o impacto da idade, sintomas, parâmetros da doença e tratamento de forma global na QV	144 pacientes antes e após 6, 12 e 24 meses	EORTC QLQ C-30 versão 3.0	As experiências psicológicas da doença e seu tratamento até 6 meses após, tem os mesmos escores da literatura; estratégia de cuidado suportivo é focado no sintomas
Miller et al., 2002 ³⁹	Qualitativo descritivo corte transversal; estudo piloto	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca do colo do útero, endométrio e ovário	Determinar e identificar déficits na QV após tratamento em pacientes livres doença em ambulatório	85 doentes em auto-resposta versus 42 com saúde	FACT-G	Paciente com ca ovário, tratamento prolongado, pobre educação, pequeno suporte social = pior QV; requer + ajuda; "sinal vital" (Ganz, 1995) ⁷
Wenzel et al., 2002 ⁴²	Prospectivo descritivo	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Agosto de 1999 e Novembro de 2000	Ca de ovário	Descrever a QV das sobreviventes	49 estágio inicial (I e II) entre 5 e 10 anos após tratamento	QOL-CS; MOS SF-36; IIRS; FACT-GOG/Ntx; <i>Abdominal pain scale</i> ; <i>Gynecological concerns</i> ; IES-R; CES-D; CAIS-15; DUFSS; SAQ; ICES; PTGI; questionário aberto-fechado	Boa QV dos sobreviventes tardios, livres de doença
Swenson et al., 2003 ⁴³	Qualitativo descritivo corte transversal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca ovário (celulas germinativas)	Descrever e interpretar experiências importantes na QV	109 haviam respondido prévio questionário + entrevista telefone	Entrevista variada com 7 escalas de QV por telefone; questionário com 4 questões semi-estruturadas depois	Alertar que as presunções dos médicos pode não coincidir com o que seja significativo e importante na vida dos pacientes
Miller et al., 2003 ⁴⁴	Qualitativo descritivo corte transversal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Janeiro a Agosto 1999	Ca do colo do útero, ovário, endométrio, vulva e outros sem persistência ou recorrência da doença	Identificar as necessidades psicossociais das pacientes após o tratamento e o papel do médico nessa obtenção	95 em auto-resposta	Questionário próprio construído pela literatura + FACT-G	Os médicos devem ter um papel ativo nas discussões das necessidades psicossociais dos pacientes
Höckel, 2003 ⁴⁵	Prospectivo descritivo	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Alemanha	Julho 1996 a Outubro 2002	Ca do colo do útero, endométrio, vulva, vagina, ducto de Gardner	Demonstrar o potencial terapêutico da ressecção endopélvica lateral ampliada associada à exenteração pélvica	36 pacientes submetidas à cirurgia: 29 com doença recorrente; 7 com doença primária avançada	FACT-G versão 4.0 em 13 pacientes livres de doença após 1 ano da cirurgia	As complicações a curto e longo prazo são comparáveis à exenteração pélvica padrão, e aceitas frente à magnitude da operação realizada
Pilkington e Mitchell, 2004 ⁴⁰	Qualitativo exploratório descritivo corte transversal	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	Canadá	Não citado	Ca ovário, colo do útero, endométrio e vulva	Aumentar o conhecimento da QV na perspectiva da mulher com câncer ginecológico	14 pacientes: 9 ca ovário, 2 colo de útero, 1 endométrio e 2 vulva	Entrevista gravada individual com questionário semi-estruturado	Melhorar a relação médico-paciente; convocar as mulheres a participar de seu próprio cuidado
Calhoun et al., 2004 ⁴¹	Qualitativo e quantitativo prospectivo	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca ovário, alto risco para ca ovário, saudáveis	Perceber a toxicidade da QT durante tratamento e detecção precoce de toxicidade na população	39 ca ovário, 15 com risco, 39 saudáveis e 11 médicos ginecologistas oncológicos	Questionário com situações hipotéticas de toxicidade induzida pela QT em ca ovário avançado	Entender a toxicidade por QT que afete as atividades diárias e a QV

Carter et al., 2004 ⁴⁶	Retrospectivo descritivo	TCLE oral	USA	Entre 5 e 44 meses	Ca recidivado endométrio, colo do útero e leiomiossarcoma	Buscar referências das pacientes submetidas à exenteração pélvica sobre QV para futuros estudos	3 ca endométrio; 2 colo do útero; 1 leiomiossarcoma; exenteração c/ ou s/ neovagina	Entrevista não estruturada telefônica	Temas: recuperação, complicações, estomas, suporte social, sexualidade, imagem corporal, medo recidiva
Roos et al., 2004 ⁴⁷	Qualitativo retrospectivo (coorte)	Não citado	Holanda	Após 01 janeiro 2000 das cirurgias realizadas entre 1989 e 1999	Ca de bexiga, colo do útero, endométrio, vulva, vagina submetidas à exenteração pélvica anterior, posterior e total	Avaliação da QV após exenteração pélvica	25 pacientes: 6 ca bexiga e 19 ca ginecológico	EORTC QLQ C-30 versão 3.0; EORTC QLQ OV 28 + lista de pergunta relacionados ao uso e à satisfação com a neovagina; todos enviados por correio	Níveis emocionais, funcionais e gerais de QV semelhantes às mulheres saudáveis, mesmo com o grande efeito no físico, sexual e funcional

AUDIT=Alcohol Use Disorder Identification // Ca=Câncer // CAIS-15=Confidence Adjusting to Illness Scale // CEP=Comitê de Ética em Pesquisa // CES-D=Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale // DSM IV=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition // DUFSS=Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire // EORTC QLQ C-30=European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire C-30 // EORTC QLQ OV=European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionnaire-Ovarian // FACT/GOG-Ntx=Functional Assessment of Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity questionnaire // FACT-G=Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale // GOG performance status=Gynecologic Oncology Group performance status // ICES=Integrative Cancer Experience Scale // IES-R=Impact of Event Scale Revised // IIRS=The Illness Intrusiveness Scale // MOS SF-36=Medical Outcomes Study Short Form-36 // PRIME-MD=Primary Care Evaluation of Mental Disorders // PTGI=The Posttraumatic Growth Inventory // QOL-CS=Quality of Life-Cancer Survivorship inventory // QT=Quimioterapia // QV=Qualidade de Vida // SAQ=Sexual Activity Questionnaire // TCLÉ=Termo de Consentimento Livre e Esclarecido // USA=United States of America.

o objetivo de avaliar a melhoria dos resultados no controle da dor, com foco no atendimento de enfermagem, basearam-se em uma análise secundária de dados de dois estudos de QV em pacientes com câncer de um mesmo *hospice*.

Os estudos, um anterior e outro posterior à intervenção, trouxe sua casuística como amostra. Embora com número diferente de pacientes, guardavam semelhança em idade, diagnóstico, gênero e nível de educação.

A intervenção proposta foi dividida em quatro partes: (1) aumento das horas da parte teórica para a educação continuada da enfermagem; (2) estabelecimento de políticas e procedimentos de enfermagem para o manuseio clínico da dor; (3) implementação do registro documental padronizado e (4) avaliação retrospectiva dos registros da enfermagem e das entrevistas dos pacientes. O instrumento empregue, o *The Hospice Quality of Life Index* (HQLI), avalia várias dimensões do bem-estar geral do paciente por uma escala numérica. Dois itens relacionados à dor, usados para medir sua intensidade e alívio, forneceram os escores das duas amostras para análise pela correlação de Spearman. Com os resultados, mostrando correspondência entre itens de alívio da dor e outros aspectos da QV especificamente medidos por esse questionário, tanto quanto com o escore total, tal fato fundamentou que aliviar a dor demonstra, tanto uma melhora global quanto de aspectos particulares da QV dos pacientes. Esses resultados ensejaram a proposição que se utilize esta intervenção educacional como modelo em outros *hospices*, no melhor controle da dor.

Um outro estudo⁴⁹ realizado em pacientes internados em *hospice* tinha como objetivo avaliar alterações dos seus sintomas. Foi estabelecido um acompanhamento

pela equipe de atendimento, e medidas foram obtidas após a admissão e, também, na segunda e terceira semanas seguintes. A intenção era, a partir da identificação dos sintomas físicos e psicológicos prevalentes, e dos itens gerais da QV, comparar a evolução do atendimento prestado. Criaram para tal o *Brief Hospice Inventory* - BHI - para que os respondentes pudessem categorizar os sintomas em uma escala numérica de 0 (não intensa) a 10 (intensa) nas 17 perguntas. Concluíram que o instrumento criado se mostrou útil para avaliar a extensa relação de sintomas, captando com sensibilidade a melhoria dos resultados.

O último trabalho⁵⁰ comprovou a eficácia da musicoterapia, por uma melhor QV nos pacientes do grupo experimental, medida com o emprego do *Hospice Quality of Life Index-Revised* - HQOLI-R sendo o status funcional avaliado pelo *Palliative Performance Scale* - PPS. A QV foi maior nos indivíduos que estiveram no grupo em análise, aumentando conforme o número de sessões recebidas. Por outro lado, não houve diferença na condição física, no aumento do tempo de vida e em um melhor processo de morte, entre os dois grupos. Os autores destacam o papel desempenhado da musicoterapia no cuidar e na melhoria da QV, entre os pacientes com doença terminal, propondo sua inclusão em outras pesquisas qualitativas.

DISCUSSÃO

Enquanto a prioridade histórica no tratamento oncológico era o controle do tumor, nas últimas duas décadas observa-se cada vez mais valorizada a inclusão do sentido de "bem estar" do doente, ou sua QV, nos

Tabela 4. Avaliação da QV aplicada em hospices

Estudo	Tipo de Estudo	Considerações Éticas	Local	Período	Patologia	Objetivo	Amostra	Forma de Avaliação da QV	Comentários
Holzheimer et al., 1999 ⁴⁸	Comparativo descritivo; de intervenção	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	pré intervenção: entre outono 1994 e primavera 1995; pós intervenção: em 1997 por sete meses	Ca ginecológico e outras neoplasias	Avaliar intervenção de estudo na enfermagem para melhorar os resultados do controle da dor	47 pacientes antes da intervenção; 255 depois da intervenção	HQLI	Reforça a intervenção educacional em melhorar os cuidados e controles da dor nos hospices
Guo et al., 2001 ⁴⁹	Qualitativo prospectivo longitudinal (coorte); estudo piloto	Aprovado pelo CEP com TCLE oral	USA	Mai 1997 a Dezembro 1998	Ca ginecológico e outras neoplasias; patologias não neoplásicas	Validar instrumento; avaliar alterações dos sintomas após duas semanas de internação em hospice	145 pacientes na admissão; 63 após duas semanas e 20 após três semanas	BHI	Instrumento válido para avaliar as largas extensões de sintomas e QV entre pacientes de hospices
Hilliard, 2003 ⁵⁰	Intervenção; prospectivo randomizado experimental grupo controle	Aprovado pelo CEP com TCLE escrito	USA	Não citado	Ca de endométrio, ovário, mama, pulmão, colon, rim, próstata, estomago, laringe, fígado, esôfago, pâncreas, cérebro, boca, faringe, reto, leucemia, melanoma e inespecíficos	Avaliar o uso da musicoterapia na QV de pacientes com ca terminal morando em suas residências recebendo visitas dos cuidados de hospice	40 pacientes em cuidados de hospice com musicoterapia (experimental); 40 pacientes em cuidados de hospice (controle)	HQLI-R, PPS	QV foi maior nos pacientes que receberam musicoterapia, e foi crescente a cada sessão

BHI=Brief Hospice Inventory // Ca=Câncer // CEP=Comitê de Ética em Pesquisa // HQLI=Hospice Quality of Life Index // HQLI-R=Hospice Quality of Life Index-Revised // PPS=Palliative Performance Scale // QV=Qualidade de Vida // TCLE=Termo de Consentimento Livre e Esclarecido // USA=United States of America.

resultados do tratamento. Em câncer, talvez mais que em outras patologias, a doença e seu tratamento são grandes determinantes dessa QV. Sabe-se que as repercussões emocionais por doença maligna podem até exceder os sofrimentos físicos. Por isso, um registro fiel das informações sobre QV pode trazer importância no cuidado do doente oncológico, embora nos protocolos clínicos sua inclusão não seja uma constante, vem crescendo nos últimos cinco anos. A falha por não se usar medidas de QV em pesquisa clínica, pode ser resultante da crença da dificuldade em medir estados subjetivos com algum grau de fidelidade²⁰.

A atenção às perspectivas dos doentes sobre sua condição de saúde teve grande aumento por diversos fatores. Os olhares da sociedade, do governo e dos serviços de saúde ultrapassaram os interesses da sobrevivência e da condição biomédica dos mesmos, para áreas de comportamento e efeitos psicológicos, o que pode representar uma mudança nos objetivos dos cuidados em saúde, numa valorização da área social, no interesse nos custos psicológicos e econômicos da doença. Mesmo se tratando de interpretação pessoal, engloba fatores familiares, financeiros, de moradia e de trabalho, sendo importante ter-se em mente que a QV reúne esses muitos aspectos da existência humana, incluindo efeitos além daqueles para os quais usualmente são alimentados os sistemas de gerenciamento de cuidados em saúde e seus responsáveis. Esses parâmetros, usualmente, mostram situações em que uma

medida muito ampla da QV seja aplicável. Entretanto, como a doença e o tratamento podem alterar modos individuais, de atenção em saúde e de pensar sobre a vida, é essencial que QV seja avaliada quando uma alternativa de tratamento se apresente. Não se pode conduzir esta escolha apenas em sobrevivência global ou taxa de recidiva da doença. Dias a mais vividos não são necessariamente equivalentes⁵¹.

Relatos na literatura dão conta que a percepção dos oncologistas não reflete bem as experiências físicas e psicológicas dos doentes, com níveis altos de discordância. Mesmo valorizando-se o paciente como fonte primária de informação da sua QV, a visão do profissional de saúde é igualmente importante. Fica implícito que a avaliação da QV tem papel importante na tomada de decisão médica para definir o tratamento mais apropriado em pacientes com câncer³⁵.

O trabalho conceitual na área da QV trouxe modificações nas diversas fases dos estudos. Se a princípio preocupou-se em adaptar os dias dos indivíduos, ainda que em diferentes estados de saúde, simplesmente medindo satisfação *versus* insatisfação com a vida, posteriormente incorporou-se cada componente ao conceito geral. Ao *status* de saúde da pessoa, agregaram-se medidas como: estágio da doença, funcionamento físico, saúde mental, relacionamento social e ambiental, finanças, trabalho, escolaridade, moradia e vizinhança, cuidados de casa e emprego. A medida mais geral do conceito tem vantagem pela

simplicidade, no entanto, sua interpretação abre muitas possibilidades dos resultados diferirem entre dois ou mais indivíduos. Por isso, a cada componente de qualidade que se some, fica facilitada a análise, pois permite flexibilidade na sua interpretação.

A popularização do conceito de QV trouxe à literatura médica um aumento nas pesquisas sobre medidas de saúde. O presente levantamento buscou avaliar os instrumentos ou outros meios de mensuração da QV em mulheres com câncer ginecológico.

As percepções gerais e particulares da vida das pacientes permearam vários tipos de estudo, desde protocolos clínicos randomizados fases II e III a estudos descritivos ou de intervenção que tenham sido durante ou após o tratamento, assim como aqueles já na fase de acompanhamento paliativo, em hospices. Tomando-se os ensaios clínicos mais os estudos realizados durante o tratamento, e os que aplicaram a avaliação da QV em pacientes diretamente acompanhadas em instituições especializadas de atenção paliativa, concluímos que as amostras eram todas de mulheres com doença avançada, estágios III e IV. Isto demonstra que os pesquisadores equiparam, aos históricos parâmetros de sobrevida e intervalo livre de doença, tradicionais medições da equipe de saúde, as informações advindas dessas pacientes. Não se trata de ignorar a análise de parâmetros de sobrevida mas, pesar a opinião das pacientes⁵⁵.

A revisão realizada nos mostrou diferentes instrumentos utilizados, quer de aplicação geral ou estrita para malignidade, ou, até mais precisamente, para efeitos específicos de terapêuticas específicas pela patologia estudada. Daí depreende-se que algumas escalas fazem mais do que outras. A contribuição de escalas gerais como o FACT-G⁵⁶ com suas sub-escalas, pela utilização em diversas patologias, em diferentes países, reserva-lhe grande aceitação na literatura. Destaque, também, recebe o MOS SF-36⁵⁷ que tanto permite uma análise populacional quanto enfoca determinadas neoplasias. O instrumento que completa a tríade importante das avaliações da QV relacionada à saúde é o EORTC⁵⁸.

Nos casos em que o paciente estiver incapaz de se comunicar ou não puder completar o questionário por declínio de sua saúde, o acompanhante poderá ser utilizado como fonte alternativa válida na obtenção das informações. É relatado na literatura que o cuidador tende a sub-estimar o status funcional e a intensidade de alguns sintomas psíquicos como dor, e a super-estimar os sentimentos dos pacientes como ansiedade, depressão e angústia⁵⁹. As conseqüências lógicas dos erros, na avaliação, são a inadequação do resultado e um possível prejuízo no tratamento.

Além de oferecer suporte emocional e espiritual para

os pacientes e seus familiares, a palição de sintomas é foco do tratamento efetuado nos hospices. Conforme a literatura registra, a dor incontável de origem tumoral é, freqüentemente, associada com a deterioração concomitante nas funções físicas, psicológicas e funcionais dos pacientes⁶⁰. Sabe-se do fato da dor de origem maligna afetar a pessoa na sua totalidade, causando desconforto, inadequado sofrimento e piorando a QV.

Ainda no entendimento dos autores, embora não tenham encontrado uma escala que englobasse todos os domínios, sendo algumas bem específicas, outras um pouco mais abrangentes e algumas consideradas "em sentido global", identificaram alguns instrumentos para doenças malignas que deverão receber futuros estudos. Poucas escalas mediam os domínios espirituais e o impacto positivo da doença, mas na análise do benefício versus malefício do tratamento já aparece a busca da opinião do paciente.

Muito embora, como limitação em nosso estudo, exista o levantamento em um único banco de dados, já serviu para demonstrar aplicabilidade da avaliação da QV dos doentes, no conjunto das observações que deveremos ter em mente. Auguramos que o emprego da análise da QV, na prática da assistência à saúde, possa ganhar espaço maior do que hoje lhe é destinado, para que sirva ao indivíduo que necessita de proteção especial.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. Luiz Claudio Santos Thuler pela leitura crítica do trabalho, aos Bibliotecários e administrativos do Sistema Integrado de Bibliotecas (SIBI) do INCA, Valéria Pacheco, Edvaldo do Carmo Franco, Sérgio Ricardo F. Síndico, Maria Teresa da Fonseca, José Carlos da Silva, Jânio Iuri Antunes da Silva, Eliana Rosa da Fonseca e Chester Robson P. Martins, assim como aos Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A., através do sítio www.dialogoroche.com.br, pela busca incansável dos artigos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cella DF. Quality of life: concept and definition. *J Pain Symptom Manage.* 1994;9(3):186-92.
2. Weitzner MA, Moody LN, McMillan SC. Symptom management issues in hospice care. *Am J Hosp Palliat Care.* 1997;14(4):190-5.
3. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer.* 2000;8(3):175-9.
4. Ware Jr JE. Methodology in behavioral and psychosocial

- cancer research: conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*. 1984;53(10 Suppl):2316-25.
5. Aaronson NK. Methodological issue in assessing the quality of life in cancer patients. *Cancer*. 1991;67(3 Suppl):844-50.
 6. Warner SC, Williams JI. The meaning in life scale: determining the reliability and validity of a measure. *J Chron Dis*. 1987;40(6):503-12.
 7. Ganz, PA. Impact of quality of life outcomes on clinical practice. *Oncology*. 1995;9(11 Suppl):61-5.
 8. Chan YM, Ngan HYS, Li BYG, Yip AMW, Ng TY, Lee PWH, et al. A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. *Gynecol Oncol*. 2001;83(1):10-9.
 9. Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon P. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol*. 2002;87(2):178-84.
 10. Miller BE, Pittman B, Strong C. Gynecologic cancer patients psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *Int J Gynecol Cancer*. 2003;13(2):111-9.
 11. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*. 2000;89(6):1402-11.
 12. Le T, Leis A, Pahwa P, Wright K, Ali K, Reeder B, et al. Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment. *Gynecol Oncol*. 2004;92(3):839-44.
 13. Ventafridda V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Ann Oncol*. 1990;1(6):415-20.
 14. Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 1995;22(6):915-22.
 15. Barnes EA, Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;12(5):424-8.
 16. Tamburini M, Rosso S, Gamba A, Mecaglia E, De Conno F, Ventafridda V. A therapy impact questionnaire for quality-of-life assessment in advanced cancer research. *Ann Oncol*. 1992;3(7):565-70.
 17. Tamburini M, Brunilli C, Rosso S, Ventafridda V. Prognostic value of quality of life scores in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 1996;11(1):32-41.
 18. The Support Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). *JAMA*. 1995;274(20):1591-8.
 19. Brown D, Roberts JA, Elkins TE, Larson D, Hopkins M. Hard choice: the gynecologic cancer patient's end-of-life preferences. *Gynecol Oncol*. 1994;55(3):355-62.
 20. Olschewski M, Schulgen G, Schumacher M, Altman DG. Quality of life assessment in clinical cancer research. *Br J Cancer*. 1994;70(1):1-5.
 21. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol*. 1989;7(7):959-68.
 22. National Library of Medicine [homepage na Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; c2001-2005 [citado em 20 set 2004]. Medline. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>.
 23. Du Bois A, Lück HJ, Meier W, Adams H P, Möbus V, Costa S, et al. A randomized clinical trial of Cisplatin/Paclitaxel versus Carboplatin/Paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(17):1320-9.
 24. Berek JS, Taylor PT, Gordom A, Cunningham MJ, Finkler N, Orr Jr J, et al. Randomized, placebo-controlled study of oregovomab for consolidation of clinical remission in patients with advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(17):3507-16.
 25. Calhoun EA, Welshman EE, Chang C H, Lurain JR, Fishman DA, Hunt TL, et al. Psychometric evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy/Gynecologic Oncology Group-Neurotoxicity (Fact/GOG-Ntx) questionnaire for patients receiving systemic chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2003;13(6):741-8.
 26. Uyl-de-Groot CA, Hartog JG, Derksen JGM, Symons EA, Buijt I, Van der Velden J, et al. Cost-effectiveness and quality of life of granulocyte-colony stimulating factor (filgrastim) after radical vulvectomy and bilateral inguino-femoral lymphadenectomy: results of a randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;114(1):77-82.
 27. Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Benda J, et al. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol*. 2004;22(15):3113-9.
 28. Kayikcioglu F, Köse MF, Boran N, Çaliskan E, Tulunay G. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in advanced epithelial ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2001;141(6):466-70.
 29. Basen-Engquist K, Bodurka-Bevers D, Fitzgerald MA, Webster K, Cella D, Hu S, et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Ovarian. *J Clin Oncol*. 2001;19(6):1809-17.
 30. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, De Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2000;78(3 Pt 1):302-8.
 31. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Laparoscopy as the primary modality for the treatment of women with endometrial carcinoma. *Cancer*. 2001;91(2):378-87.
 32. Lutgendorf SK, Anderson B, Rothrock N, Buller RE, Sood AK, Sorosky JI. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*. 2000;89(6):1402-11.

33. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, Johnsen EL, Buller RE, Sood AK, et al. Quality of life end mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer*. 2002;94(1):131-40.
34. Capelli G, De Vincenzo RI, Addamo A, Bartolozzi F, Braggio N, Scambia G. Which dimensions of health-related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings? *Cancer*. 2002;95(12):2500-7.
35. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pontgratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol Oncol*. 2002;85(1):140-7.
36. Ward S, Donovan HS, Owen B, Grosen E, Serlin R. An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Res Nurs Health*. 2000;23(5):393-405.
37. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs*. 1999;22(6):438-7.
38. Green MS, Naumann RW, Elliot M, Hall JB, Higgins RV, Grigsby JH. Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecol Oncol*. 2000;77(1):73-7.
39. Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. *Gynecol Oncol*. 2002;87(2):178-84.
40. Pilkington FB, Mitchell GJ. Quality of life for women living with a gynecologic cancer. *Nurs Sci Q*. 2004;17(2):147-55.
41. Calhoun EA, Fishman DA, Lurain JR, Welshman EE, Bennett CL. A comparison of ovarian cancer treatments: analysis of utility assessments of ovarian cancer patients, at-risk population, general population, and physicians. *Gynecol Oncol*. 2004;93(1):164-9.
42. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology*. 2002;11(2):142-53.
43. Swenson MM, MacLeod JS, Williams SD, Miller AM, Champion VL. Quality of living among ovarian germ cell cancer survivors: a narrative analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(3):E56-E62.
44. Miller BE, Pittman B, Strong C. Gynecologic cancer patients psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs. *Int J Gynecol Oncol*. 2003;13(2):111-9.
45. Höeckel M. Laterally extended endopelvic resection novel surgical treatment of locally recurrent cervical carcinoma involving the pelvic side wall. *Gynecol Oncol*. 2003;91(2):369-77.
46. Carter J, Chi DS, Abu-Rustum N, Brown CL, McCreath W, Barakat RR. Brief report: total pelvic exenteration: a retrospective clinical needs assessment. *Psycho-Oncology*. 2004;13(2):125-31.
47. Roos EJ, De Graeff A, Van Eijkeren MA, Boon TA, Heintz APM. Quality of life after pelvic exenteration. *Gynecol Oncol*. 2004;93(3):610-4.
48. Holzheimer A, McMillan SC, Weitzner M. Improving pain outcomes of hospice patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1999;26(9):1499-504.
49. Guo H, Fine PG, Mendoza TR, Cleeland CS. A preliminary study of the utility of the Brief Hospice Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 2001;22(2):637-48.
50. Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Mus Ther*. 2003;40(2):113-37.
51. Nelson E, Conger B, Douglass R, Gephart D, Kirk J, Page R, et al. Functional health status levels of primary care patients. *JAMA*. 1983;249(24):3331-8.
52. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000: the global picture. *Eur J Cancer*. 2001;37(8 Suppl):S4-S66.
53. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
54. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativas 2005: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
55. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issue in assessment. *Br Med J*. 1992;305:1074-7.
56. Cella, DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993;11(3):570-9.
57. Ware Jr. JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
58. Aaronson 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. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85:365-76.
59. Brunelli C, Constantini M, Di Giulio P, Gallucci M, Fusco F, Miccinesi G, et al. Quality-of-life evaluation: when do terminal cancer patients and health-care providers agree? *J Pain Symptom Manage*. 1998;15(3):151-8.
60. Ferrel BR, Johnston-Taylor E, Grant M, Fowler M, Corbisiero RM. Pain management at home: struggle, comfort, and mission. *Cancer Nurs*. 1993;16(3):169-78.