

Qualidade de vida de pacientes com câncer avançado na terapêutica paliativa e no cuidado paliativo

Temática: cuidado crônico.

Contribuição para a disciplina: o câncer avançado resulta em alterações multidimensionais da qualidade de vida. Nesse cenário, identificar tais alterações é uma prioridade global de saúde, uma vez que conhecer para intervir na pluralidade dos sofrimentos vivenciados pelos pacientes e por suas famílias é um dos princípios da intenção paliativa. Para a enfermagem, fomentar o processo de cuidar pautado em instrumentos validados e factíveis, e apontar as alterações comuns na terapêutica e no cuidado paliativo auxiliará na assistência holística e poderá favorecer a qualidade de vida. Quanto ao ensino, contribui para a formação de profissionais cientes das necessidades dos pacientes com câncer avançado, suportados por uma filosofia de cuidados paliativos.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer avançado em terapêutica paliativa e em cuidado paliativo. **Material e método:** estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico, desenvolvido num hospital de ensino no Paraná, Brasil, de janeiro a junho de 2018, com 126 pacientes, sendo 107 em terapêutica paliativa e 19 no cuidado paliativo exclusivo. Os questionários para a coleta de dados foram: *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative*, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* e *Edmonton Symptom Assessment System*. O teste de coeficiente não paramétrico de *Spearman* foi utilizado para a análise. **Resultados:** a qualidade de vida global na terapêutica paliativa e no cuidado paliativo foi respectivamente 71,54/59,65; quando correlacionados o escore total de qualidade de vida do *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative* com o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* ($p = 0,001$) e a *Edmonton Symptom Assessment System* ($p = 0,001$), observou-se diferença significativa de melhor qualidade de vida na terapêutica paliativa. **Conclusão:** os pacientes em terapia paliativa possuem qualidade de vida global boa, enquanto o grupo cuidado paliativo, regular. Os sintomas foram mais leves na terapia paliativa e mais intensos e com maior significância no cuidado paliativo; portanto, conhecer o comprometimento da qualidade de vida auxiliará os profissionais no planejamento de intervenções com enfoque transdisciplinar para o paciente e para sua família.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Qualidade de vida; câncer avançado; neoplasias; dor do câncer; cuidados paliativos; cuidados paliativos na terminalidade da vida; enfermagem oncológica.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.3.7

Para citar este artigo / Para citar este artículo / To reference this article

Silva LdS, Lenhani BE, Tomim DH, Bittencourt PR, Kalinke LP. Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Palliative Therapy and in Palliative Care. *Aquichan* 2019; 19(3): e1937. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.7>

- 1 [✉ orcid.org/0000-0002-8359-5622](https://orcid.org/0000-0002-8359-5622). Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. leonel.silva@hc.ufpr.br
- 2 orcid.org/0000-0002-6009-3400. Hospital Erasto Gaertner, Brasil. blenhani@erastogaertner.com.br
- 3 orcid.org/0000-0003-3199-0740. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. dabnatomim@ufpr.br
- 4 orcid.org/0000-0002-9852-6777. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. prbg@ufpr.br
- 5 orcid.org/0000-0003-4868-8193. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil. lucianakalinke@ufpr.br

Recibido: 23/02/2019
Enviado a pares: 12/03/2019
Aceptado por pares: 16/04/2019
Aprobado: 09/05/2019

Calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado en tratamiento paliativo y cuidado paliativo

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado en tratamiento paliativo y cuidado paliativo. **Material y método:** estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico, desarrollado en un hospital de enseñanza en el departamento de Paraná, Brasil, de enero a junio del 2018, con 126 pacientes, siendo 107 en tratamiento paliativo y 19 en cuidado paliativo exclusivo. Los cuestionarios para recolectar datos fueron: *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative*, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* y *Edmonton Symptom Assessment System*. La prueba de coeficiente no paramétrico de Spearman se utilizó para el análisis. **Resultados:** la calidad de vida global en el tratamiento paliativo y el cuidado paliativo fue respectivamente 71,54/59,65; cuando correlacionados la puntuación total de calidad de vida del *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative* con el *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* ($p = 0,001$) y la *Edmonton Symptom Assessment System* ($p = 0,001$), se encontró diferencia significativa de mejor calidad de vida en el tratamiento paliativo. **Conclusión:** los pacientes en tratamiento paliativo poseen calidad de vida global buena, mientras que el grupo cuidado paliativo, regular. Los síntomas fueron más suaves en el tratamiento paliativo y más intensos y con más significancia en el cuidado paliativo; por lo tanto, conocer el comprometimiento de la calidad de vida auxiliará a los profesionales a que planeen intervenciones con enfoque transdisciplinario para el paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Calidad de vida; cáncer avanzado; neoplasias; dolor en cáncer; cuidados paliativos; cuidados paliativos al final de la vida; enfermería oncológica.

Quality of Life of Patients with Advanced Cancer in Palliative Therapy and in Palliative Care

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of patients with advanced cancer in palliative therapy and in palliative care. **Materials and Methods:** Quantitative, observational, cross-sectional, and analytic study conducted in a teaching hospital in Paraná, Brazil, from January to June 2018, with 126 patients: 107 in palliative therapy; 19 in exclusive palliative care. The questionnaires for data collection were: *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative*, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14*, and *Edmonton Symptom Assessment System*. The Spearman non-parametric coefficient test was used for the analysis. **Results:** The overall quality of life in palliative therapy and in palliative care was, respectively, 71.54/59.65; when correlating the total score of quality of life of the *Quality of Life Questionnaire-Core 15-Palliative* with the *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* ($p = 0.001$), and the *Edmonton Symptom Assessment System* ($p = 0.001$), significant difference of better quality of life was observed in the palliative therapy. **Conclusion:** Patients in palliative therapy have good overall quality of life, while the palliative care group reports regular quality of life. The symptoms were milder in the palliative therapy and more intense and with greater significance in palliative care; hence, knowing the compromise of quality of life will help professionals in planning interventions with transdisciplinary approach for patients and for their families.

KEYWORDS (SOURCE: DECS):

Quality of life; advanced cancer; neoplasm; cancer pain; palliative care; hospice care; oncology nursing.

Introdução

Aproximadamente 90 % das mortes de pacientes com câncer estão relacionadas ao estadiamento avançado da doença, as quais são decorrentes do diagnóstico e do tratamento tardio. O câncer avançado (CA) se torna progressivo e incurável, resulta em declínio da capacidade funcional, no aumento da carga de sintomas e compromete significativamente a qualidade de vida (QV) (1, 2).

Para os pacientes com CA, o tratamento ofertado é a terapêutica paliativa (TP) e/ou o cuidado paliativo (CP). A TP objetiva minimizar os sintomas, controlar os efeitos colaterais e melhorar a QV, porém sem prolongar a sobrevida. Indica o uso de tratamentos sistêmicos (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia), a radiação e a cirurgia (3).

As concepções de CP estão ancoradas numa filosofia de cuidados que promovem a QV de pacientes e seus familiares no enfrentamento de doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento (4). Trata-se de um cuidado integral com enfoque no alívio do sofrimento e requer a identificação da dor, sua avaliação e tratamento, além de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual para proporcionar melhor QV (5).

O conceito de QV é um elemento central e um dos objetivos do CP; profissionais, pacientes, suas famílias e a comunidade devem ter alguma compreensão compartilhada dessa filosofia de cuidados (5). A QV é compreendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (6). Trata-se de um constructo complexo que considera aspectos subjetivos, multidimensionais e bipolares (7), que, com o auxílio de instrumentos validados, é possível sua identificação e mensuração.

Mesmo quando se refere a doenças fora das possibilidades de cura, pacientes e profissionais devem decidir por medidas terapêuticas que visem maximizar a QV (7). As diferenças entre a TP e o CP são frequentemente incompreendidas por pacientes e profissionais devido a falhas na comunicação, na aceitação e nos aspectos psicoculturais relacionados ao CA (8).

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de identificar os domínios alterados como uma estratégia de avaliação para nortear as práticas assistenciais na manutenção da capacidade

funcional e no controle de sintomas nas modalidades paliativas em oncologia, bem como contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas à temática. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes com CA em TP e CP.

Material e método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, transversal e analítica. Desenvolveu-se com pacientes internados ou em atendimento ambulatorial, assistidos por equipes multiprofissionais especializadas em oncologia e CP de um hospital público localizado na região sul do Brasil.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes com idade superior a 18 anos, com CA, cientes sobre sua modalidade de tratamento e que apresentassem capacidade funcional de acordo com a escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) 0, 1, 2, 3 ou 4 (9). Também foi considerado o registro no prontuário da modalidade de tratamento.

A ECOG é uma escala que descreve o nível de funcionamento de um paciente em termos de sua capacidade de cuidar de si mesmo, atividade diária e capacidade física; possui classificação de 0 (zero) a 5 (cinco). No 0 (zero), o paciente está totalmente ativo, capaz de realizar todo o desempenho pré-doença sem restrição; 5 (cinco) é o paciente morto (9).

Foram excluídos os pacientes que não se comunicavam verbalmente e os que já tinham participado do estudo em outro momento durante a internação ou no ambulatório, uma vez que os pacientes ambulatoriais eram referenciados para o internamento e, posteriormente, designados para o seguimento ambulatorial quando apresentavam evolução satisfatória.

A amostragem foi não probabilística, coletada no período de janeiro a junho de 2018, com uma população de 126 pacientes, sendo 107 na TP e 19 no CP exclusivo. Optou-se por esse tipo de amostragem devido à indisponibilidade de um número preciso de pacientes atendidos nos anos anteriores, já que a inserção da equipe de CP é relativamente nova na instituição, o que impossibilitou realizar o cálculo amostral.

A coleta de dados foi realizada nas unidades de atendimento, na sala de espera e/ou nos procedimentos do ambulatório ou na

enfermaria durante o internamento. Após a confirmação dos critérios de inclusão e a autorização para participar da pesquisa, o paciente respondia ao questionário ou este era lido pelo pesquisador, sem proferir explicações e/ou expressões, para evitar interferir nas respostas e assegurar a imparcialidade. Tal estratégia viabilizou que os participantes com limitações da capacidade funcional reduzida impostas pela doença e pelos tratamentos fossem incluídos no estudo.

Durante a coleta de dados, foram aplicados quatro instrumentos distintos: o Questionário de Variáveis Sociodemográficas e Clínicas, o *Quality of Life Questionnaire Care 15 Palliative* (EORTC QLQ-C15-PAL), o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care 14* (FACIT-Pal-14) e a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS).

O instrumento EORTC QLQ-C15-PAL, desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), foi traduzido e validado no Brasil. Composto por 15 questões no formato de escala de *Likert*, os escores variam de 0 a 100 para a função física, emocional, sintomas (maiores pontuação nas escalas funcionais indicam melhor QV, contrário é observado na escala de sintomas) e QV global (de 1 a 7 pontos, quanto maior a pontuação, melhor a QV) (10).

O FACIT-Pal-14, desenvolvido pelo grupo americano *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), contém 14 itens no formato de escala de *Likert*, com afirmações sobre os últimos sete dias, com respectivas pontuações para bem-estar físico e funcional (0-16 pontos), bem-estar social/familiar (0-4), bem-estar emocional (0-8) e preocupações adicionais (0-20), que resulta no escore total (0-56). A maior pontuação é indicativo de melhor percepção de QV (11). Para viabilizar a comparação, os escores do FACIT-Pal-14 foram transportados para uma escala de 100 pontos.

A ESAS foi utilizada para avaliar os sintomas: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, falta de ar e algum sintoma específico (12). É uma escala visual numérica com 11 pontos (0 a 10) e, quanto maior o escore, pior a intensidade dos sintomas; classificados como leves (1-3), moderados (4-6) ou intensos (≥ 7) (13).

A utilização dos questionários EORTC QLQ-C15-PAL, FACIT-Pal-14 e da ESAS é justificada pela ausência de uma ferramenta psicométrica que avalie todos os domínios alterados em pacientes paliativos (14).

Todos os dados coletados foram tabulados Microsoft Excel® 2016, analisados por estatística descritiva expressa em frequência relativa, absoluta (%), média, mínimo, máximo e desvio-padrão. As correlações foram avaliadas pelo coeficiente não paramétrico de *Spearman*, devido aos dados analisados não seguirem uma distribuição normal. Consideraram-se significativos todos os efeitos e as relações associados a valores de $p < 0,05$. Foram considerados pontuações nos escores de QV ruim (0-25), regular (26-50), boa (51-75) e ótima (76-100).

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da instituição com o Parecer 2.461.307.

Resultados

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra disposta na Tabela 1 mostra que a média de idade dos grupos TP/CP foi de 58,3/62,6 anos, respectivamente; o sexo feminino foi prevalente 61,68 % ($n = 66$) no grupo TP e 57,89 % ($n = 11$) no CP; o estado civil casado ou em união estável representou 58,88 % ($n = 63$) no TP e 52,63 % ($n = 10$) no CP. Em relação ao diagnóstico, 28,97 % ($n = 31$) no grupo TP e 15,79 % ($n = 3$) no CP apresentaram câncer de mama; a capacidade funcional foi classificada em 75,7 % ($n = 81$) (ECOG 1 e 2) para o grupo TP e 89,47 % ($n = 17$) (ECOG 2 e 3) para o CP.

Com relação ao questionário EORTC QLQ-C15-PAL, foi possível observar que, na avaliação do estado global de saúde, os pacientes em TP apresentaram melhor escore de QV (71,54), se comparado com o grupo CP (59,65), porém sem significância entre os grupos. Quando avaliada a função física e emocional, a TP apresenta escores 17,95 e 28,83, já o grupo CP, 53,67 e 43,87, respectivamente; isso representa melhor QV nesses domínios para os pacientes em CP, com significância na função física ($p = 0,000$). Em relação à escala de sintomas, QV insatisfatória no grupo TP com maior sofrimento para náuseas/vômitos e fadiga, com escores 73,84 e 63,45; já os escores para os respectivos sintomas no grupo CP foram 38,58 e 48,25, o que indica melhor QV.

Quanto ao instrumento FACIT-Pal-14, as médias do escore total e dos domínios indicaram melhor QV no grupo TP, se comparado com o CP. Exceto para o item "Estou preocupado/a que meu estado venha a piorar" da escala de bem-estar emocional, 34,35/55,26 ($p = 0,022$).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com CA na TP e no CP

| Variável | Terapêutica paliativa | | Cuidado paliativo | |
|----------------------------------|-----------------------|-------|-------------------|-------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Idade em anos (média) | 58,3 | | 62,6 | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 66 | 61,68 | 11 | 57,89 |
| Masculino | 41 | 38,32 | 8 | 42,11 |
| Estado conjugal | 107 | | 19 | |
| Casado/união estável | 63 | 58,88 | 10 | 52,63 |
| Separado/divorciado | 20 | 18,69 | 5 | 26,32 |
| Solteiro | 19 | 17,76 | 2 | 10,53 |
| Viúvo | 5 | 4,67 | 2 | 10,53 |
| Escolaridade | 107 | | 19 | |
| Ensino fundamental | 69 | 64,49 | 15 | 78,95 |
| Ensino médio | 27 | 25,23 | 2 | 10,53 |
| Ensino superior | 11 | 10,28 | 2 | 10,53 |
| Ocupação | 107 | | 19 | |
| Aposentado | 55 | 51,40 | 11 | 57,89 |
| Empregado | 16 | 14,95 | 1 | 5,26 |
| Autônomo | 18 | 16,82 | 1 | 5,26 |
| Do lar | 10 | 9,35 | 3 | 15,79 |
| Outras | 8 | 7,48 | 3 | 15,79 |
| Diagnóstico | 107 | | 19 | |
| Mama | 31 | 28,97 | 3 | 15,79 |
| Colorretal | 16 | 14,95 | 1 | 5,26 |
| Pulmão | 11 | 10,28 | 2 | 10,53 |
| Próstata | 9 | 8,41 | 2 | 10,53 |
| Outros | 40 | 37,38 | 11 | 57,89 |
| Performance status (ECOG) | 107 | | 19 | |
| ECOG 0 | 22 | 20,56 | - | - |
| ECOG 1 | 59 | 55,14 | 2 | 10,53 |
| ECOG 3 | 22 | 20,56 | 6 | 31,58 |
| ECOG 4 | 4 | 3,74 | 11 | 57,9 |

Fonte: elaboração própria.

A avaliação de sintomas com o questionário da ESAS apontou menor sofrimento no grupo TP em comparação aos pacientes em CP, tanto no escore total 27,99/39,3 ($p = 0,014$) quanto nos sintomas de maior intensidade sonolência 3,22/5,68 ($p = 0,005$), apetite 3,61/5,95 ($p = 0,004$), bem-estar 3,74/5,58 ($p = 0,014$).

Os escores de Qualidade de Vida Geral (QVG) avaliados com o EORTC QLQ-C15-PAL, descritos na Tabela 2, quando correlacionados aos domínios do FACIT-Pal-14 e ao escore total da ESAS, na TP, mostraram uma correlação significativa, exceto para as preocupações adicionais, o que indica que esse domínio não foi significativo na QV desse grupo. No CP, a correlação ocorreu nos domínios funcionais ($p = 0,008$ e $p = 0,046$), social/familiar ($p = 0,001$) e emocional para a piora do estado ($p = 0,008$); a correlação mostra a significância desses domínios na QV dos pacientes do estudo.

Ao avaliar a relação entre os escores do FACIT-Pal-14 com o escore total da ESAS (Tabela 3), percebeu-se que a função física e emocional foi melhor nos pacientes com a multidimensionalidade de sintomas diminuída; resultados semelhantes em ambos os grupos de pacientes.

Na correlação (Tabela 4) do escore total de sintomas da escala ESAS com o escore total com os domínios do FACIT-Pal-14, observou-se significância entre as variáveis para a TP nos domínios de bem-estar físico, funcional, social/familiar, emocional e preocupações adicionais. No CP, alguns itens foram correlatos como: bem-estar funcional (prazer em viver), bem-estar emocional (preocupação com a piora do seu estado) e preocupações adicionais (peso para a família). Há também uma correlação significativa entre o escore total de sintomas da ESAS e o de QV do FACIT-Pal-14 em ambos os grupos, o que indica a interferência da carga e da intensidade de sintomas na QV.

Tabela 2. Correlação de *Spearman* entre QVG (EORTC QLQ-C15-PAL) e domínios (FACIT-Pal-14) e da ESAS dos pacientes com CA na TP e no CP

| QV/Escalas/Domínios | Terapêutica Paliativa | | Cuidado Paliativo | | Total | |
|--|-----------------------|--------|-------------------|--------|----------|--------|
| | Spearman | p | Spearman | p | Spearman | p |
| Bem-estar físico | | | | | | |
| Energia | 0,252 | 0,009* | -0,012 | 0,961 | 0,238 | 0,007* |
| Enjoo | 0,225 | 0,020* | 0,058 | 0,812 | 0,226 | 0,011* |
| Dores | 0,333 | 0,000* | 0,001 | 0,997 | 0,307 | 0,000* |
| Bem-estar funcional | | | | | | |
| Prazer em viver | -0,393 | 0,000* | -0,586 | 0,008* | -0,430 | 0,000* |
| Padrão de sono | 0,273 | 0,005* | 0,463 | 0,046* | 0,315 | 0,000* |
| Bem-estar social/familiar | | | | | | |
| Apoio da família | 0,570 | 0,000* | 0,709 | 0,001* | 0,604 | 0,000* |
| Bem-estar emocional | | | | | | |
| Piora do estado | 0,393 | 0,000* | 0,586 | 0,008* | 0,430 | 0,000* |
| Tristeza | 0,378 | 0,000* | 0,368 | 0,121 | 0,379 | 0,000* |
| Preocupações adicionais | | | | | | |
| Esperança (Sp21) | 0,097 | 0,322 | 0,400 | 0,090 | 0,138 | 0,125 |
| Peso para a família (Pal4) | 0,183 | 0,063 | 0,409 | 0,082 | 0,231 | 0,010* |
| Prisão de ventre (Pal5) | 0,188 | 0,054 | -0,289 | 0,230 | 0,150 | 0,095 |
| Comunicação (Pal14) | 0,062 | 0,525 | 0,283 | 0,255 | 0,082 | 0,366 |
| Falta de ar (B1) | 0,128 | 0,190 | 0,270 | 0,264 | 0,164 | 0,068 |
| QVG (EORTC QLQ-C15-PAL) e FACIT-Pal-14 | 0,474 | 0,000* | 0,455 | 0,050 | 0,480 | 0,000* |
| QVG (EORTC QLQ-C15-PAL) e ESAS | -0,309 | 0,001* | -0,270 | 0,263 | -0,309 | 0,000* |

Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 3. Relação de escores dos domínios FACIT-Pal-14 com o escore total da ESAS dos pacientes com CA na TP e no CP

| FACIT-Pal-14 Escalas/Domínios | ESAS* Escore total | Terapêutica paliativa | | Cuidado paliativo | | Total | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------------|-------|-------------------|-------|--------|-------|
| | | Médias | DP | Médias | DP | Médias | DP |
| Função física | < 40 | 77,81 | 29,23 | 58,33 | 30,77 | 62,5 | 36,16 |
| | ≥ 40 | 29,63 | 28,62 | 21,43 | 26,73 | | |
| Função emocional | < 40 | 81,25 | 23,36 | 64,58 | 24,91 | 73,61 | 29,72 |
| | ≥ 40 | 60,19 | 39,38 | 53,57 | 33,63 | | |
| Prazer em viver (GF3) | < 40 | 62,50 | 32,07 | 60,42 | 29,11 | 58,73 | 31,04 |
| | ≥ 40 | 51,85 | 26,79 | 39,29 | 31,81 | | |
| Padrão de sono (GF5) | < 40 | 64,06 | 31,28 | 41,67 | 38,92 | 52,78 | 35,81 |
| | ≥ 40 | 29,63 | 33,99 | 32,14 | 34,50 | | |
| Qualidade de vida (GF7) | < 40 | 76,25 | 25,75 | 68,75 | 35,56 | 73,81 | 28,44 |
| | ≥ 40 | 67,59 | 34,54 | 78,57 | 17,25 | | |
| Esperança (Sp21) | < 40 | 83,13 | 29,44 | 72,92 | 34,47 | 75 | 34,79 |
| | ≥ 40 | 60,19 | 39,99 | 42,86 | 40,09 | | |
| Peso para a família (Pal4) | < 40 | 59,38 | 32,16 | 47,92 | 29,11 | 57,34 | 32,57 |
| | ≥ 40 | 55,56 | 36,91 | 57,14 | 27,82 | | |
| Comunicação (Pal14) | < 40 | 73,37 | 10,98 | 61,46 | 14,01 | 67,32 | 13,85 |
| | ≥ 40 | 56,48 | 10,28 | 50,00 | 12,46 | | |
| Escore total | < 40 | 41,12 | 6,13 | 34,42 | 7,84 | 37,73 | 7,73 |
| | ≥ 40 | 31,69 | 5,65 | 28,00 | 6,98 | | |

*ESAS Escore total: < 40, sintomas leves e ≥ 40, sintomas moderados e intensos.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Correlação de Spearman entre escore total de sintomas da ESAS e domínios (FACIT-Pal-14) dos pacientes com CA na TP e no CP

| Escalas/Domínios | Terapêutica paliativa | | Cuidado paliativo | | Total | |
|----------------------------------|-----------------------|--------|-------------------|--------|----------|--------|
| | Spearman | p | Spearman | p | Spearman | p |
| Bem-estar físico | | | | | | |
| Energia (GP1) | -0,55 | 0,000* | -0,41 | 0,081 | -0,558 | 0,000* |
| Enjoo (GP2) | -0,459 | 0,000* | -0,227 | 0,349 | -0,443 | 0,000* |
| Dores (GP4) | -0,383 | 0,000* | 0,3 | 0,212 | -0,314 | 0,000* |
| Bem-estar funcional | | | | | | |
| Prazer em viver (GF3) | 0,533 | 0,000* | 0,616 | 0,005* | 0,566 | 0,000* |
| Padrão de sono (GF5) | -0,164 | 0,091 | -0,277 | 0,251 | -0,221 | 0,013* |
| Qualidade de vida (GF7) | -0,285 | 0,003* | -0,315 | 0,19 | -0,299 | 0,001* |
| Bem-estar social/familiar | | | | | | |
| Apoio emocional (GS2) | -0,462 | 0,000* | -0,232 | 0,34 | -0,457 | 0,000* |
| Bem-estar emocional | | | | | | |
| Piora do estado (GE6) | -0,533 | 0,000* | -0,616 | 0,005* | -0,566 | 0,000* |
| Tristeza (GE1) | -0,572 | 0,000* | -0,571 | 0,011 | -0,574 | 0,000* |

| Escala/Domínios | Terapêutica paliativa | | Cuidado paliativo | | Total | |
|--------------------------------|-----------------------|--------|-------------------|--------|----------|--------|
| | Spearman | p | Spearman | p | Spearman | p |
| Preocupações adicionais | | | | | | |
| Esperança (Sp21) | -0,046 | 0,636 | -0,151 | 0,538 | -0,067 | 0,457 |
| Peso para a família (Pal4) | -0,422 | 0,000* | -0,622 | 0,004* | -0,468 | 0,000* |
| Prisão de ventre (Pal5) | -0,099 | 0,309 | -0,056 | 0,82 | -0,164 | 0,067 |
| Comunicação (Pal14) | -0,199 | 0,040* | 0,022 | 0,93 | -0,176 | 0,05 |
| Falta de ar (B1) | -0,449 | 0,000* | -0,364 | 0,126 | -0,438 | 0,000* |
| FACIT-PAL-14 e ESAS | -0,702 | 0,000* | -0,494 | 0,031* | -0,699 | 0,000* |

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O CA traz para a vida de pacientes e familiares alterações em aspectos multidimensionais que afetam a QV. Portanto, faz-se necessário considerar a interferência das características sociodemográficas nas pesquisas e nas práticas assistenciais. A percepção de QV pode ser alterada pelo sexo, pela idade, pela escolaridade, pelas atividades de vida diária, pela escolarização e pelo número de filhos; cabe aos enfermeiros conhecer tais preditores que impactam na QV para propor um planejamento assistencial (15, 16).

A predominância do sexo feminino na pesquisa não corrobora com a estimativa do câncer de 2018 no Brasil (17), nem com o estudo realizado no Taiwan com pacientes em TP e CP, em que o sexo masculino foi prevalente em ambos os grupos, 73,7 % e 61,6 %, respectivamente (18). Fato possivelmente relacionado com a distribuição geográfica, com a densidade populacional, com os fatores de risco e com as políticas públicas de saúde. Para o estado civil, há semelhança com o estudo realizado em São Paulo, Brasil, em que 61,5 % possuem um companheiro (19). Estudo coreano evidenciou que as mulheres casadas com CA possuem menos sintomas, conseqüentemente, melhor QV do que as solteiras (20).

Um fator de impacto para a escolha de tratamento é o escore de QV e a capacidade funcional. No presente estudo, os pacientes em TP tinham melhor ECOG, enquanto os da CP se encontravam mais debilitados clinicamente. Na prática, percebe-se que, quanto maior o declínio na capacidade funcional, maior a probabilidade de indicação de CP exclusivo ao paciente. Num estudo retrospectivo conduzido em São Paulo, Brasil, realizado com 301 pacientes em TP classificados com ECOG maior ou igual a 2, evidenciou a necessidade de cautela na indicação de quimioterapia paliativa, pois não tiveram benefícios na sobrevida global e na QVG (21).

A QVG na presente pesquisa teve um melhor escore total no grupo TP em relação ao CP. Esse dado corroborou com o estudo realizado na região sudeste do Brasil, que evidenciou que os pacientes em TP (média 66,7) possuem melhor QVG do que em CP (média 50) ($p > 0,01$). Na tradução do QLQ-C15-PAL com pacientes em TP realizado na China, o escore médio foi de 46,63, com variações significativas ($p = 0,000$), baseadas na capacidade funcional, médias de 50,81 (ECOG 0-2) e 37,66 (ECOG 3-4) (22). Esses dados reforçam que um pior desempenho funcional resulta em decréscimo na QVG, função física e emocional, e aumenta o sofrimento pela intensidade de sintomas.

Entretanto, no CA, os benefícios da TP na sobrevida e na QV podem ser modestos, se comparado com o elevado custo e com a toxicidade, o que pode ser minimizado com a inserção precoce do CP. Medidas psicométricas podem identificar precocemente o descontrole de sintomas, bem como outros desfechos clínicos que declinam a QV (23). Assim, o enfermeiro deve atuar continuamente na identificação dos aspectos multidimensionais alterados que declinam a QV e participar ativamente da oferta de CP, especialmente nos pacientes que vivenciam o CA.

A QVG dos pacientes em CP exclusivo, que participaram da presente pesquisa, foi classificada como regular. Melhores resultados (68,45) foram encontrados no estudo realizado com 29 pacientes internados na região centro-oeste do Brasil (24). Porém, na validação psicométrica do EORTC QLQ-C15-PAL, realizada na Turquia, com 150 pacientes internados e com limitação da capacidade funcional (ECOG ≥ 3), o escore foi de 30 na QVG, associado a pior função física e emocional ($p = 0,026$) (25).

Tal divergência está provavelmente relacionada ao CA, fator que impacta na QV dos indivíduos, devido à progressão da doença

ou ao tratamento recomendado (26). A evolução de condições clínicas modificadoras está diretamente associada ao declínio da capacidade funcional e da QV, as quais requerem identificação e intervenção precoces.

Num estudo realizado na região sudeste do Brasil, com o objetivo de avaliar a QV de nove pacientes inseridos no CP exclusivo e internados em unidade de oncologia, evidenciou escore total de 84/184, o que demonstra QV regular. As autoras relacionaram o escore com a inexistência de um serviço, e o incipiente quantitativo de recursos humanos, com formação paliativista na instituição pesquisada (27).

Quando se compara o estudo de Figueiredo, Souza, Coelho e Souza (27) com os pacientes em CP da presente pesquisa, verifica-se um escore total de QV semelhante; além disso, observa-se que o tempo de atuação da equipe paliativista (médicos e enfermeiros com especialização na área de atuação) na instituição é relativamente novo e evolui gradativamente na integração com a equipe de oncologia.

Alinhadas aos princípios do CP, ações integradas e interdisciplinares que promovam a QV podem impactar positivamente no curso da doença, sem o objetivo de antecipar ou postergar o processo de morrer (4). Quando confrontados com os dados do presente estudo, fica evidente o manejo de pacientes na intenção paliativa em condições não satisfatórias de QV; ressalta-se a necessidade contínua de ampliar a oferta de serviços institucionais e ações profissionais que coadunem com essa filosofia de cuidados, ancoradas na melhor QV.

Quanto aos domínios físico e emocional com o EORTC QLQ-C15-PAL, o grupo TP apresentou piores escores quando comparado com o grupo de pacientes no CP, visto que são as funções que mais impactam no tratamento (28). Na TP, variações da função física estão relacionadas com a capacidade funcional (29), enquanto, no CP, escores foram melhores e divergiram do esperado por apresentarem maiores limitações e predominantemente por estarem internados (25).

Na avaliação do bem-estar físico e funcional mensurado com o FACIT-Pal-14, melhores escores foram identificados nos pacientes em TP se comparados com o grupo CP. A inserção precoce de CP resulta em melhor QV, (30); os escores alterados precisam ser identificados e controlados com intervenções de Enfermagem direcionadas às capacidades e limitações dos pacientes e dos familia-

res (27). Incentivar o enfrentamento positivo, o desenvolvimento mínimo de atividades laborativas/distrativas e a conscientização das limitações podem contribuir para a melhora da QV (31).

O instrumento EORTC QLQ-C15-PAL apontou uma QV insatisfatória em ambos os grupos para a função emocional. O declínio no domínio que resulta em pior QV está associado à capacidade funcional (25, 29). Esse domínio apresenta um constructo complexo por envolver sentimentos e afetos, relacionado ao adequado suporte psicossocial disponibilizado por familiares e equipe. É relevante considerar a interferência e o adequado manejo de outros sintomas que afetam a comunicação do paciente, a dispneia, por exemplo (24).

Na avaliação com o instrumento FACIT-Pal-14, o bem-estar emocional apresentou significância no grupo CP em relação com a TP; o declínio nesse domínio também pode estar associado à progressão das condições de saúde e ao descontrole sintomático (fadiga, insônia, dificuldades alimentares, gastrintestinais, aparência e dor) (27).

No que tange à dimensão emocional, os profissionais podem lançar algumas estratégias para melhorar a QV: incentivar os pacientes a visualizarem os aspectos positivos no enfrentamento da doença, incentivar o combate às emoções negativas e estimular a presença de entes queridos. A melhoria do bem-estar emocional está relacionada ao bem-estar social; os profissionais poderão promover essas estratégias com o apoio de outras pessoas (31).

Em relação ao bem-estar social/familiar, a QV em ambos os grupos apresentou semelhanças satisfatórias no grupo de TP e no CP; tal informação reforça a importância do apoio percebido nas interações sociais (familiares, amigos e equipe de saúde). O bem-estar social compreende a percepção de apoio, que está associado ao suporte emocional, informacional, assistencial e ser acompanhado; tais medidas resultam em melhoria da QV, benefícios físicos e psicológicos (32). Os profissionais que assistem esse público precisam refinar as habilidades de comunicação e percepção para identificar tais alterações, com vistas ao melhor suporte para o paciente.

Nesse contexto, uma das metas prioritárias do CP é o alívio do sofrimento emocional e a melhoria do bem-estar para pacientes e cuidadores (4). Dada a importância da adequada avaliação para evitar que o sofrimento emocional seja subestimado, quando este for identificado, necessita de intervenções terapêuticas específicas com profissionais qualificados (33).

A escala de sintomas, avaliada com o instrumento EORTC QLQ-C15-PAL, mostra que maior pontuação no escore indica pior QV. No grupo TP, náuseas/vômitos e fadiga, este último foi o sintoma mais intenso na avaliação com esse instrumento e com a ESAS, possivelmente associado ao tratamento sistêmico ativo. No CP, os sintomas diferem, ao apontar a dor e as náuseas/vômitos como responsáveis pelo declínio na QV, e pior intensidade para a perda de apetite na avaliação com a ESAS. Dentre os sintomas desagradáveis, a percepção de náusea/vômito pode resultar em complicações fisiológicas, e a fadiga é frequentemente presente com dificuldades de manejo; em consequência, ambas deterioram a QV (2, 34).

Na avaliação de sintomas com a ESAS, resultados da literatura nacional (35) e internacional (36, 37) diferem quanto aos sintomas e à intensidade nos grupos TP e CP da presente pesquisa; tais divergências estão relacionadas ao tipo de câncer, à presença de metástases, ao tratamento utilizado, ao adequado manejo dos sintomas, entre outros. Avaliar a carga sintomática e identificar o declínio na capacidade funcional são formas indiretas de mensuração da QV.

Controlar os sintomas desagradáveis é o cerne do arcabouço filosófico do CP; tal necessidade é prioritária nos pacientes e extensível aos familiares (4). Essa estratégia é corroborada por especialistas no CA, os quais apontam que a avaliação e a gestão dos sintomas devem ser realizadas de forma periódica e norteada por instrumentos validados, bem como a referência para serviços especializados quando descontrolados (38). No entanto, esta pesquisa evidencia que, mesmo em serviços especializados, os pacientes apresentam sintomas não totalmente controlados, fato que aponta discrepâncias entre a prática clínica e os princípios do CP.

No que tange à dimensão subjetiva e multidimensional da percepção individual de QV, uma diversidade de fatores interfere na sua mensuração e, dentre os anteriormente citados, a capacidade funcional, o descontrole de sintomas e os tratamentos propostos podem interferir na avaliação de forma positiva ou negativa. Tal evidência permite refletir sobre a necessidade periódica de avaliação, visto que os pacientes na TP realizam algum tratamento ativo e, no CP, a meta é o controle de sintomas; no entanto, a premissa de ambos é maximizar a QV.

Dada a importância da temática, a mensuração da carga sintomática e da QV são imprescindíveis para nortear as necessidades de cuidado, avaliar a eficácia das implementações e apontar as melhores evidências a serem propostas aos pacientes com CA.

Contudo, no Brasil, a escassez de pesquisas e dados abrangentes sobre QV em pacientes paliativos dificulta o confronto com o contexto cultural e com os sistemas de saúde (26).

Conclusão

Na avaliação com o instrumento EORTC QLQ-C15-PAL, a QV global foi indicada como boa no grupo TP e regular no CP. Em relação à função física e emocional e à escala de sintomas, os escores indicam melhor QV no grupo CP. Já o instrumento FACIT-Pal-14 mostra melhor QV no grupo TP, com maiores médias no escore total, diversos itens da escala de bem-estar físico, funcional, social/familiar e paliativa.

Na correlação do escore da QVG do EORTC QLQ-C15-PAL com os domínios do FACIT-Pal-14 e com o escore total da ESAS, o grupo TP apresentou significância apenas nos domínios de bem-estar físico, funcional e social/familiar. Na relação entre os escores do FACIT-Pal-14 com o escore total da ESAS, corrobora-se que a função física e emocional é melhor no grupo TP para os pacientes com sintomas leves.

Quanto à avaliação da ESAS, o grupo TP apresenta sintomas leves; já no grupo CP, maior intensidade e significância (sonolência, apetite, bem-estar e escore total), possivelmente relacionado ao declínio da capacidade funcional e acompanhados tardiamente por profissionais paliativistas, os quais precisam ser periodicamente avaliados e controlados para melhorar a QV, principal objetivo dessa filosofia de cuidados. Na correlação da ESAS com o FACIT-Pal-14, os domínios são significativos no grupo TP.

Dentre as contribuições do estudo, ressalta-se a existência de diferenças na carga de sintomas e na QV dos pacientes com CA inseridos na TP e CP, as quais precisam ser avaliadas para a implementação no processo de cuidar pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, adotadas intervenções na prática clínica para proporcionar melhora da QV, baseadas nos princípios de CP.

Dentre as limitações do estudo, são apontados o tamanho reduzido da amostra de pacientes no grupo CP e o fato de ter sido conduzido em um único centro. Estudos futuros devem ser conduzidos com a finalidade de elucidar a pluralidade das avaliações e das intervenções paliativistas, principalmente com o uso do FACIT-Pal-14, dada a escassez de pesquisas com esse instrumento.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. Weinberg RA. The biology of cancer. 2nd ed. New York: Garland Science, 2014. 728 p.
2. Dong ST, Costa DSJ, Butow PN, Lovell MR, Agar M, Velikova G et al. Symptom clusters in advanced cancer patients: An empirical comparison of statistical methods and the impact on quality of life. *J Pain Symptom Manage.* 2016; 51(1):88-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.013>
3. Cancer Research. Palliative treatment [Internet]. 2018 [cited 2018 sep 21]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/palliative>
4. World Health Organization (WHO). Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014 [cited 2018 sep 21] 111 p. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
5. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief — an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet.* 2018; 391(10128):1391-454. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
6. World Health Organization (WHO). WHOQOL: measuring quality of life. *Psychol Med [Internet].* 1998 [cited 2018 nov 12]; 28(3):551-8. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
7. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alvis-Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? *Springerplus.* 2013; 2(1):664. DOI: <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-664>
8. Ghandourh WA. Palliative care in cancer: managing patients' expectations. *J Med Radiat Sci.* 2016; 63(4):242-57. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmrs.188>
9. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982; 5(6):649-56. Available from: https://journals.lww.com/amjclinicaloncology/Abstract/1982/12000/Toxicity_and_response_criteria_of_the_Eastern.14.aspx
10. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer.* 2006; 42(1):55-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.06.022>
11. Zeng L, Bedard G, Cella D, Thavarajah N, Chen E, Zhang L et al. Preliminary results of the generation of a shortened quality-of-life assessment for patients with advanced cancer: the FACIT-Pal-14. *J Palliat Med.* 2013; 16(5):509-15. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0595>
12. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care [Internet].* 1991 [cited 2019 feb 18]; 7(2):6-9. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1991-34179-001>
13. McGee SF, Zhang T, Jonker H, Laurie SA, Goss G, Nicholas G et al. The Impact of Baseline Edmonton Symptom Assessment Scale Scores on Treatment and Survival in Patients with Advanced Non-small-cell Lung Cancer. *Clin Lung Cancer.* 2017; 19(1):91-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.05.018>
14. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What Aspects of Quality of Life Are Important from Palliative Care Patients? Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage.* 2016; 52(2):318-28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012>
15. West C, Paul SM, Dunn L, Dhruva A, Merriman J, Miaskowski C. Gender Differences in Predictors of Quality of Life at the Initiation of Radiation Therapy. *Oncol Nurs Forum.* 2015; 42(5):507-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/15.ONF.507-516>
16. Trinquinato I, da Silva RM, Benavente SBT, Antonietti CC, Calache ALSC. Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Investig y Educ en Enferm.* 2017; 35(3):320-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a08>
17. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2018 — Incidência de câncer no Brasil. 2018 [acesso em 12 nov. 2018]. 130 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>

18. Wu CC; Hsu TW, Chang CM, Lee CH, Huang CY, Lee CC. Palliative Chemotherapy Affects Aggressiveness of End-of-Life Care. *The Oncologist*. 2016; 21(6):771-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0445>
19. Matos TD de S, Meneguim S, Ferreira M de L da S, Miot HA. Qualidade de vida e *coping* religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25: e2910. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>
20. Han K, Kim SJ, Song H, Chun S, Ok C, Kim J et al. Associations between Quality of Life and Marital Status in Cancer Patients and Survivors. *Asian Pacific J of Cancer Prevent*. 2014; 15(13):5287-91. DOI: <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.13.5287>
21. Caires-Lima R, Cayres K, Protásio B, Caires I, Andrade J, Rocha L et al. Palliative chemotherapy outcomes in patients with ECOG-PS higher than 1. *The Open Access Cancer J from the European Inst of Oncol and the OECI*. 2018; 12(831):1-9. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.831>
22. Zhang L, Wang N, Zhang J, Liu J, Luo Z, Sun W et al. Cross-cultural verification of the EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire in mainland China. *Palliative Med*. 2015; 30(4):401-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/2F0269216315593671>
23. LEE, Richard T. Meropol NJM. Rethinking the Value of Palliative Chemotherapy [Internet]. 2016 [cited 2017 sep 21]; 9-12. Disponível em: <http://am.asco.org/daily-news/rethinking-valuepalliative-chemotherapy>
24. Matos GDR, Pulschen AC. Qualidade de Vida de Pacientes Internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos: um Estudo Transversal. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 12];61(2):123-9. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/06-artigo-qualidade-de-vida-de-pacientes-internados-em-uma-unidade-de-cuidados-paliativos-um-estudo-transversal.pdf
25. Ozcelik H, Guzel Y, Sonmez E, Aksoy F, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the EORTC QLQ-C15-PAL for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*. 2016; 14(6):628-34. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516000195>
26. Freire MEM, Costa SF, Lima RAG, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>
27. Figueiredo JF, Souza VM, Coelho HV, Souza RS. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2018; 8:e2638. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2638>
28. Bedard G, Zeng L, Zhang L, Lauzon N, Holden L, Tsao M et al. Minimal important differences in the EORTC QLQ-C15-PAL to determine meaningful change in palliative advanced cancer patients. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2016; 12(1):e38-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajco.12069>
29. Nunes NAH. The quality of life of Brazilian patients in palliative care: Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). *Support Care Cancer*. 2014; 22(6):1595-600. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2119-1>
30. Bakitas MA, Dragnev KH, Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015; 33(13):1438-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>
31. Frazer MS, Mobley P. A mixed methods analysis of quality of life among late-life patients diagnosed with chronic illnesses. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15:222. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0797-3>
32. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness — A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(3):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12837>
33. Limonero JT, Lacasta Reverte MA, Gómez-Romero MJ, Gil-Moncayo F. The role of emotions in palliative care. *Palliat Med Hosp Care Open J*. 2018; 4(1): 7-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-4-127>
34. Smith H, Smith J, Smith A. An overview of nausea/vomiting in palliative medicine. *Ann Palliat Med*. 2012; 1(2):103-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2012.07.06>

35. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS One*. 2015; 10(7): e0132073. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0132073>
36. Yokomichi N, Morita T, Nitto A, Takahashi N, Miyamoto S, Nishie H et al. Validation of the Japanese Version of the Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *J Pain Symptom Manage*. 2015; 50(5):718-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.05.014>
37. Hannon B, Dyck M, Pope A, Swami N, Banerjee S. Modified Edmonton Symptom Assessment System Including Constipation and Sleep: Validation in Outpatients with Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2015; 49(5):945-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.10.013>
38. Bickel KE, McNiff K, Buss MK, Kamal A, Lupu D, Abernethy AP et al. Defining High-Quality Palliative Care in Oncology Practice: An American Society of Clinical Oncology/American Academy of Hospice and Palliative Medicine Guidance Statement. *J Oncol Pract*, Alexandria. 2016;12(9): 828-38. DOI: <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.010686>