

Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH ADVANCED CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Maria Eliane Moreira Freire¹, Namie Okino Sawada², Inácia Sátiro Xavier de França³, Solange Fátima Geraldo da Costa⁴, Cecília Danielle Bezerra Oliveira⁵

RESUMO

Esta revisão integrativa da literatura objetivou caracterizar artigos abordando a qualidade de vida relacionada à saúde — QVRS — de pacientes com câncer avançado nas literaturas nacional e internacional e sumarizar os fatores contribuintes para a melhora ou a piora da QVRS de pacientes com câncer avançado, evidenciados na literatura pesquisada. A busca foi realizada nas bases eletrônicas CINAHL, EMBASE, PUBMED, SCIELO e LILACS. Dentre os 21 artigos que compuseram a amostra, 13 evidenciaram melhora da QVRS de pacientes com câncer avançado mediante a realização de intervenções físicas, emocionais e espirituais. Em oito estudos, foram identificados sinais e sintomas preditores de baixa QVRS, como dor, fadiga, distúrbio do sono, depressão, alterações nutricionais, entre outros. Os resultados mostram que manifestações clínicas inerentes ao câncer são fatores que podem rebaixar a QVRS do paciente, enquanto os benefícios físicos, psicológicos e espirituais resultantes de intervenções terapêuticas, podem promover a melhora.

DESCRIPTORIOS

Neoplasias
Doente terminal
Qualidade de vida
Enfermagem oncológica
Revisão

ABSTRACT

This integrative literature review aimed to characterize scientific articles on health-related quality of life — HRQoL — among patients with advanced cancer from national and international literature, and summarize those factors evidenced in the literature that contributed to the improvement or worsening of HRQoL among patients with advanced cancer. The search for materials was conducted in the following databases: CINAHL, EMBASE, PubMed, Scielo and LILACS. Among the 21 articles in the sample, 13 showed an improvement of HRQoL among patients with advanced cancer related to the development of physical, emotional and spiritual interventions. In eight studies, we identified predictive symptoms of low HRQoL, such as pain, fatigue, sleep disorders, depression, nutritional changes, and others. The results showed that clinical manifestations, which many times were inherent in cancer, such as factors that can lower patients' HRQoL, while physical, psychological and spiritual benefits resulting from therapeutic interventions may promote its improvement.

DESCRIPTORS

Neoplasms
Terminally ill
Quality of life
Oncologic nursing
Review

RESUMEN

Esta revisión integradora de la literatura tuvo como objetivo caracterizar los artículos de la literatura nacional e internacional que abordan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con cáncer avanzado y resumir los factores evidenciados en la literatura que contribuyen a mejorarla o empeorarla. La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas CINAHL, EMBASE, LILACS, SCIELO y PUBMED. De los 21 artículos de la muestra, 13 estudios mostraron una mejoría de la CVRS de los pacientes con cáncer avanzado mediante la realización de intervenciones físicas, emocionales y espirituales. En ocho estudios se identificaron signos y síntomas predictores de baja de la CVRS citados como dolor, fatiga, trastornos del sueño, depresión, cambios nutricionales, entre otros. Los resultados muestran que las manifestaciones clínicas inherentes al cáncer son factores que pueden reducir la CVRS del paciente, mientras que los beneficios físicos, psicológicos y espirituales resultantes de las intervenciones terapéuticas pueden promover su mejora.

DESCRIPTORIOS

Neoplasias
Enfermo terminal
Calidad de vida
Enfermería oncológica
Revisión

¹ Professora Assistente, Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. enf.elimoreirafreire@gmail.com
² Professora Associada, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ³ Docente da Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ⁴ Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ⁵ Docente da Faculdade Santa Emília da Rodat, João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer, em seu processo de desenvolvimento, é um problema de saúde pública. Estudos desenvolvidos revelam tendências de incremento dessa doença com expectativas para 2020 de seis milhões de novos casos em países mais desenvolvidos e de 9,3 milhões em países menos desenvolvidos⁽¹⁾.

O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, sem nenhuma perspectiva de cura. É importante realçar que, quando o paciente atinge estágio de terminalidade, o cuidado deixa de ter como premissa a preservação da vida e tornam-se imperativas a maximização do conforto em sentido amplo e a preservação da dignidade desse ser⁽²⁻³⁾. Os desconfortos físicos, psicossociais e espirituais vivenciados pelo paciente com câncer ocorrem paralelamente a outros enfrentamentos e a luta incessante no curso da doença diminui a qualidade de vida (QV), merecendo a atenção dos profissionais da área de saúde⁽⁴⁾.

A percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, que promove o alcance de seus objetivos, projetos e expectativas, confere-lhe oportunidades de escolhas é reconhecida como qualidade de vida⁽⁵⁾. Embora estudos realizados ao longo dos tempos não demonstrem consenso sobre o conceito de QV, por sua subjetividade inerente às percepções individuais, um projeto multicêntrico envolvendo diferentes culturas destacou três aspectos de grande relevância para o construto QV: a subjetividade do ser humano, realçada por pensamentos, sentimentos e emoções, que compõem seu mundo interno, próprio e inerente a cada ser; a multidimensionalidade da QV, que inclui dimensões de ordem física, psicológica, social e espiritual, que trazem repercussões importantes; e a bipolaridade resultante das influências positivas e negativas que permeiam o cotidiano das pessoas⁽⁶⁾.

A preocupação com a QV das pessoas tem sido destacada na área das Ciências da Saúde. A terminologia qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é uma tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*. A expressão estar com saúde deixou de ser entendida como apenas ausência de doença e passou a ser concebida como uma condição de bem-estar físico, mental e social⁽⁷⁾. Nesse contexto, o conceito de QVRS refere-se ao valor que se possa atribuir à vida, decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais quando influenciados por doenças ou agravos, tratamentos e políticas de saúde⁽⁸⁾.

Diante da magnitude do câncer e da possibilidade de alguns pacientes evoluírem para estágios terapêuticamente incontroláveis, é necessário identificar fatores que possam estar associados à melhora ou à piora de sua QV. Isso permitirá o planejamento de ações por meio das quais se

maximizem os fatores que possam influenciar a melhora da QV dos pacientes, com o intuito de prevenir, eliminar ou minimizar os que contribuem para piorá-la.

Assim, considerando que haja fatores que contribuam para modificar a QVRS de pacientes com câncer, este estudo teve como objetivos: caracterizar artigos que abordem a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado na literatura nacional e internacional e sumarizar os fatores contribuintes para a melhora ou a piora da QVRS de pacientes com câncer avançado, evidenciados na literatura pesquisada.

MÉTODO

A revisão integrativa da literatura tem sido empregada como recurso metodológico, que faz uso de estratégia sistematizada para reunir e sintetizar resultados de estudos sobre um tema específico, com a finalidade de aprofundar e fortalecer o conhecimento científico de determinadas áreas e subsidiar a tomada de decisões dos profissionais⁽⁹⁾.

O método da revisão integrativa da literatura consiste em seis etapas: estabelecer a hipótese ou a pergunta da revisão; selecionar a amostra a ser estudada; categorizar os estudos; analisar os estudos inclusos na pesquisa; interpretar os resultados e apresentar a revisão ou a síntese do conhecimento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A questão norteadora do estudo foi: - Qual a caracterização de artigos que abordem a QVRS de pacientes com câncer avançado nas literaturas nacional e internacional?

Para compor o corpus da pesquisa, buscaram-se artigos na internet, no mês de janeiro de 2013. As bases eletrônicas de dados acessadas foram: CINHALL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*); EMBASE, englobando as nomenclaturas MeSH (*Medical Subject Headings*), além de incluir todo o MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*); LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde); SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*); PUBMED (*National Library of Medicine*), desenvolvido e mantido pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), incluindo os campos da Biomedicina e da Saúde.

A busca de artigos nas bases de dados CINHALL, EMBASE, LILACS, SCIELO e PUBMED foi realizada utilizando-se a terminologia em saúde consultada no CINHALL *Information Systems – List of Topical Subheadings*, no EMTREE term (EMBASE), nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed), respectivamente, que identificou os descritores *qualidade de vida* ou *quality of life*, *oncologia* ou *oncology*, *neoplasia* ou *neoplasms*, *doente terminal* or *terminally ill*.

Para selecionar a amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem QV de pacientes adultos com câncer avançado, indexados nas

bases de dados selecionadas para o estudo e publicados no período de 2002 a 2012, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumos disponíveis, relacionados à pesquisa metodológica, sobre construção e/ou validação de instrumentos de QV e de revisão de literatura, integrativa ou sistemática. O texto completo dos artigos foi obtido *on-line* e pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo.

Foram localizados 183 artigos, dos quais foram excluídos 43 por estarem repetidos nas bases EMBASE, SCIELO e PUBMED em relação aos contidos na CINHALL, que constituiu a primeira base desse levantamento, e 29, por não terem os resumos disponíveis. Após a leitura dos resumos dos artigos restantes, foram excluídos 71, por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo. Em seguida, procedeu-se à leitura atenta dos artigos na íntegra; foram excluídos 19, devido ao fato de não apresentarem respostas para a questão de pesquisa e os objetivos propostos para este estudo.

Finalmente, o *corpus* da revisão integrativa foi composto por 21 artigos, que foram organizados e arquivados em pastas e denominados de acordo com a base de dados em que foram localizados.

Para viabilizar a análise dos artigos que integraram a revisão de literatura, foi utilizado um formulário de coleta de dados, adaptado de instrumento já validado⁽¹¹⁾, com itens que contemplaram os objetivos do estudo, tais como: informações sobre o título do periódico, título do artigo, autores, formação do autor principal, país de origem do estudo, ano de publicação e idioma; dados sobre objetivos, delineamento e características metodológicas do estudo; resultados alcançados e conclusões.

O processo de análise envolveu a tradução do vernáculo, a leitura e a releitura dos artigos e o preenchimento do formulário com dados de todos os artigos. Em seguida, os dados foram analisados tendo como base seus conteúdos, além da relação dos dados com o objeto de interesse destacados em cada estudo, utilizando-se os recursos da estatística descritiva, com distribuição de frequência em números absolutos e porcentagem.

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

Em relação ao ano de publicação dos artigos integrantes do estudo, constatou-se que, no decênio de 2002 a 2012, destacam-se os anos 2009 e 2011, com o maior número de publicações por ano, com o quantitativo de três artigos divulgados em cada um desses anos. Nos anos 2007, 2008 e 2010, houve duas publicações em cada ano. Nos demais anos, houve divulgação de um artigo por ano.

Quanto à caracterização dos 21 artigos que compuseram a amostra, destaca-se que as publicações estão distribuídas

em 16 periódicos. A Revista *Palliative Medicine* teve o maior número de publicações acerca da temática (quatro artigos). O Periódico São Paulo *Medical Journal* destaca-se como o editor de um artigo sobre a QV de pacientes com câncer pulmonar no cenário brasileiro, de autoria de uma fisioterapeuta e dois médicos. Dentre os 16 periódicos citados, seis são específicos para temas sobre câncer, e dois, sobre cuidados paliativos.

No que diz respeito à formação acadêmica do autor principal dos artigos analisados, 15 são médicos, três são enfermeiros, dois, psicólogos e um, fisioterapeuta. Esses resultados revelam que, em referência à temática QV e pacientes com câncer avançado, predominam publicações pela classe médica e crescente inquietação de outros profissionais da área de saúde, embora ainda incipientes nos contextos nacional e internacional, o que indica que se devem buscar novos conhecimentos para subsidiar a prática clínica e promover melhor QV para os pacientes com câncer avançado em terminalidade.

Dentre os países onde as investigações foram realizadas, destacam-se os Estados Unidos, com sete pesquisas, a Colômbia, com três, e a Austrália, com duas. Inglaterra, Holanda, Brasil, Grécia, Áustria, Itália, Japão, Malásia e Índia, participaram com uma pesquisa cada. Nota-se a uma predominância de estudos investigativos sobre câncer em países desenvolvidos.

Quanto ao delineamento metodológico, 13 estudos foram de cunho observacional, e oito, intervencional; quanto à manipulação de intervenções diretas sobre o objeto em estudo, dois foram caracterizados como estudos experimentais, cinco, quase experimentais, e 14, não experimentais. Os estudos experimentais foram ensaios controlados randomizados. Em relação ao perfil analítico, 18 foram descritivos e três, analíticos; dos estudos analíticos, um foi de *coorte*. No tocante ao seguimento temporal dos estudos, 15 foram longitudinais e prospectivos, e seis, transversais. Todos os estudos foram quantitativos.

No que concerne aos objetivos dos estudos, observaram-se vários fatores que tinham associação com a melhora ou a piora da QVRS de pacientes com câncer avançado. Os resultados desses estudos foram agrupados em duas categorias temáticas: intervenções físicas, emocionais e espirituais que melhoram a QVRS e sinais e sintomas mais frequentes que pioram a QVRS.

Treze estudos avaliaram a QVRS de pacientes mediante a realização de intervenções terapêuticas, assim distribuídos: seis foram sobre intervenções físicas⁽¹²⁻¹⁷⁾, quatro, sobre intervenções emocionais⁽¹⁸⁻²¹⁾, e três sobre intervenções espirituais⁽²²⁻²⁴⁾ (Quadro 1). Por fim, oito estudos abordaram os sinais e os sintomas que mais afetam negativamente a QVRS de pacientes com câncer avançado⁽²⁵⁻³²⁾ (Quadro 2).

Quadro 1 – Quadro-síntese das intervenções físicas, emocionais e espirituais que melhoraram a QVRS de pacientes com câncer avançado, identificadas na Revisão Integrativa da Literatura

Autores	Intervenções físicas que melhoraram a QVRS de pacientes com câncer avançado	
	Intervenções	Desfechos
Pacheco, Agudelo, Rúa et al. ⁽¹²⁾	Inserção de próteses metálicas autoexpansivas no esôfago e nas vias biliares e nefrostomia percutânea.	Melhora de todos os parâmetros do questionário de QV após o primeiro mês do procedimento.
Madhusudhan, Saluja, Pal et al. ⁽¹³⁾	Inserção de stent autoexpansível.	Melhora da deglutição e da alimentação. Uso de outras escalas de sintomas, exceto dor.
Saad, Botega e Toro ⁽¹⁴⁾	Ressecção de parênquima pulmonar.	Melhor desempenho na capacidade vital forçada e no teste de caminhada, alcançados por volta do 3º ao 6º mês após a cirurgia.
Santangelo, Testai, Barbagallo et al. ⁽¹⁵⁾	Tratamento da dor óssea com clodronato de sódio.	Redução da dor, manutenção dos níveis de autonomia e autossuficiência e consequente melhora da QV.
Shima, Ohtsu, Shirao et al. ⁽¹⁶⁾	Aplicação de octreotida (SMS 201-995) em doses de 300 mg/dia, por via subcutânea, durante 6 dias.	Melhora progressiva da náusea e do vômito, contribuindo para a melhoria da QV dos pacientes.
Correa-Velez, Clavarino, Barnett et al. ⁽¹⁷⁾	Uso de Medicina Complementar e Alternativa (CAM) nos últimos meses de vida.	Elevação dos níveis de ansiedade e dor até dois meses antes da morte, menor satisfação com a medicina convencional e menor necessidade de controle sobre o tratamento, em comparação com as decisões dos não usuários de CAM.
Autores	Intervenções emocionais que melhoraram a QVRS de pacientes com câncer avançado	
	Intervenções	Desfechos
Wright, Zhang, Ray et al. ⁽¹⁸⁾	Entrevista com pacientes e cuidadores utilizando a questão norteadora: “Você e seu médico têm discutido algum desejo particular sobre o cuidado que você quer receber se estivesse morrendo?”.	Discussões no fim de vida foram associadas com baixas taxas de ventilação, ressuscitação e admissão na UTI e início de cuidados paliativos mais cedo, com melhor QV do paciente.
Bakitas, Lyons, Hehel et al. ⁽¹⁹⁾	Uso de práticas avançadas de enfermagem em quatro sessões educacionais semanais e seguimento mensal até a morte ou conclusão do estudo.	Maior QV para o total da amostra, tendência de menor intensidade dos sintomas, menor tendência para humor deprimido no grupo que recebeu a intervenção, comparado ao grupo de cuidado usual.
Payán, Vinaccia, Quiceno et al. ⁽²⁰⁾	Cuidados paliativos.	Melhora da QV na área de bem-estar físico, psicológico e existencial.
Chochinov, Kristjanson, Breitbart, et al. ⁽²¹⁾	Uso da Terapia da Dignidade, de Cuidados Paliativos e de cuidados centrados no cliente.	A Terapia da Dignidade foi significativamente melhor do que os cuidados centrados no cliente quanto à melhora do bem-estar espiritual e foi melhor que Cuidados Paliativos padronizados em termos de redução da tristeza e da depressão.
Autores	Intervenções espirituais que melhoraram a QVRS de pacientes com câncer avançado	
	Intervenções	Desfechos
Daugherty, Fitchett, Murphy, et al. ⁽²²⁾	Avaliação do papel da espiritualidade em pacientes voluntários e em pacientes em tratamento convencional incluídos na fase I de ensaio clínico.	Associação positiva entre espiritualidade e QV dos participantes.
Prince-Paul. ⁽²³⁾	Avaliação de atos de comunicação, amor, gratidão e perdão de pacientes adultos em cuidados paliativos na residência.	Correlações fortemente positivas foram encontradas entre bem-estar social e espiritual, atos comunicativos e QV no fim de vida. O domínio bem-estar social teve grande contribuição para QV geral.
Balboni, Paulk, Balboni et al. ⁽²⁴⁾	Assistência espiritual aos pacientes terminais com câncer avançado.	Escore significativamente mais altos de QV entre aqueles que receberam assistência espiritual.

Quadro 2 – Quadro síntese dos sinais e sintomas mais frequentes que pioraram a QVRS de pacientes com câncer avançado, identificados na revisão integrativa da literatura.

Autores	Sinais e sintomas mais frequentes que pioraram a QVRS de pacientes com câncer avançado	
	Intervenções	Desfechos
Echteld, Van Zuylen, Bannink, et al. ⁽²⁵⁾	Correlação da qualidade de vida individual (QOLI) com dor, fadiga e reconceitualização.	Dor e QOLI tiveram correlações negativas e moderadas na admissão. Houve correlações negativas e fortes entre fadiga, dor e QOLI na alta. O aumento do número de mudanças no cotidiano da vida foi moderadamente associado com piora da QOLI.
Gómez, Caycedo, Aguillón et al. ⁽²⁶⁾	Avaliação da QV e do bem-estar psicológico.	O bem-estar psicológico e a QV foram prejudicados pela dor constante e refratária ao tratamento, por pouca energia para realização de atividades diárias, falta de apoio social e familiar e a sensação de dependência.
Mystakidou, Parpa, Tsilaka et al. ⁽²⁷⁾	Avaliação da relação entre a qualidade do sono e dor, QV, experiência pós-traumática, depressão e estresse psicológico.	A piora da dor e a baixa qualidade do sono correlacionaram-se significativamente a pior QV dos pacientes nos domínios físico, psicológico, social e espiritual.
Green, Montague e Hart-Johnsn. ⁽²⁸⁾	Comparação longitudinal de características, qualidade e tratamento de dor consistente e progressiva.	Várias medidas de BTP (Breakthrough Pain) reduziram a dor consistente e persistente ao longo do tempo, embora não grandemente, afetando a saúde e a QV de modo significativo.
Giesinger, Wintner, Obergugeberg et al. ⁽²⁹⁾	Avaliação da intensidade da deficiência da QV.	Na avaliação da QVRS, observou-se deficiência da função física, do desempenho de papel, da função cognitiva e da QV global, com intensificação da dor, da fadiga e da dispnéia; redução do apetite, distúrbios do sono e alterações do paladar.
Hermann e Looney ⁽³⁰⁾	Associações entre QV e desconforto, frequência e severidade dos sintomas, depressão, ansiedade e estado funcional.	Pior QVRS associada com desconforto decorrente de exacerbação dos sintomas.
Roe, Leslie e Drinnan ⁽³¹⁾	Descrição da experiência de 11 pacientes com disfagia e afecções malignas (exceto de cabeça e pescoço) que receberam cuidados paliativos especializados	Sete pacientes relataram algum grau de disfagia, com impacto substancial na QVRS, com quatro ou mais domínios afetados.
Shahmoradi, Kandiah e Peng ⁽³²⁾	Associação entre status nutricional e QVRS em 61 pacientes com câncer avançado e em cuidados paliativos.	Os escores do status nutricional e da QV entre pacientes com câncer avançado mostrou significativa associação entre queda da qualidade de vida e mal nutrição.

Dos estudos que relataram resultados que afetaram positivamente a QVRS de pacientes após a realização de intervenções físicas⁽¹²⁻¹⁷⁾, destacaram-se três intervenções com procedimentos invasivos⁽¹²⁻¹⁴⁾, dois com intervenções farmacológicas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e um com terapêutica alternativa⁽¹⁷⁾.

As intervenções com procedimentos invasivos foram descritas em estudos do tipo quase experimentais, longitudinais, com inserção de próteses metálicas autoexpansivas, no esôfago e nas vias biliares, em pacientes com câncer de esôfago inoperável que apresentavam disfagia⁽¹²⁻¹³⁾. Os pacientes foram avaliados por meio de instrumentos de medida de QV *Short Form Survey* - SF-36 e *The European Organization for the Research and Treatment of Cancer* - EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-C30-ESÔFAGO), (*Short Form Survey* SF-36 e EORTC QLQ-C30 e o EORTC QLQ-C30-ESÔFAGO), antes e depois dos procedimentos. Foram observados no seguimento do tratamento melhora da disfagia e do estado nutricional dos pacientes, o que se refletiu em maior escore no status de saúde global e em todos os escores funcionais. A

avaliação dos pacientes depois dos procedimentos mostrou que houve impacto positivo em sua QVRS.

Outra intervenção invasiva foi abordada em um estudo quase experimental, longitudinal, em que foi realizada ressecção de parênquima pulmonar em 36 pacientes com câncer de pulmão⁽¹⁴⁾. No seguimento do pós-operatório, os pacientes foram inseridos em um programa de fisioterapia respiratória. Os resultados revelaram que, ao final de seis meses, o bom desempenho na capacidade vital forçada e nas caminhadas resultantes da intervenção utilizada foi considerado um predictor significativo dos componentes físicos e que afetou positivamente a QV desses pacientes, ao serem avaliados pelo *Short Form Survey* SF-36.

As intervenções farmacológicas foram abordadas em dois estudos do tipo quase experimental e longitudinal⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Em um deles, os autores trataram 35 pacientes com diagnóstico de metástase óssea que referiam dores intensas com clodronato de sódio (bifosfonatos, compostos análogos do pirofosfatos, cujas principais ações são

prevenir a atividade osteolítica induzida pelo tumor, inibir a reabsorção óssea, entre outras), IV, 300 mg a cada dois dias, durante mais de três meses⁽¹⁵⁾. Nesse estudo, os autores revelam que os pacientes experimentaram menor intensidade da dor mantiveram-se autônomos e autossuficientes, com suposta melhora da QV. Porém, os autores não mencionaram utilização de escala de avaliação específica de QV.

Outro estudo de intervenção farmacológica foi realizado no Japão e utilizou octreotida, por via subcutânea, em 25 pacientes com obstrução intestinal maligna, refratária a outros antieméticos⁽¹⁶⁾. Octreotida é um análogo da somatostatina que tem resistência relativa à degradação enzimática e atividade inibitória sobre a motilidade e a secreção gastrointestinal, com benefícios para pacientes que se submetem a cirurgia por obstrução intestinal, tratamento clínico de obstrução maligna de intestino e reversão do trânsito intestinal⁽³³⁾. Nesse estudo, os autores sugerem que a melhora sintomática observada após uso do fármaco teria impacto positivo na QV desses pacientes. Ressalta-se também que neste estudo não foi utilizado escala específica de qualidade de vida.

O estudo que fez uso de intervenção terapêutica alternativa⁽¹⁷⁾ refere-se à modalidade denominada de medicina alternativa e complementar (CAM), que consiste em um conjunto de práticas e produtos médicos utilizados na atenção à saúde, tais como acupuntura, homeopatia, massagens, suplementos nutricionais, ervas e outros. Utiliza-se o termo medicina alternativa quando há substituição da terapia alopática e medicina complementar, quando associada a ela. Pacientes fazem opção pela CAM buscando recuperar a saúde e melhorar a QV⁽³⁴⁾. O estudo sob análise foi do tipo não experimental, longitudinal, prospectivo, do qual participaram 111 pacientes com câncer avançado e desses, 36 fizeram uso da CAM. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na diminuição dos sintomas e na melhora da QV. No entanto, os resultados sugerem que as dimensões da QV podem sofrer influências quando as pessoas com câncer avançado decidem usar terapias alternativas e complementares⁽¹⁷⁾. Neste estudo, os autores optaram por não utilizar um instrumento específico de QV, mas sim, utilizar instrumentos de medição de sintomas físicos, fatores psicológicos e fatores sociais, aplicados de forma independente.

As intervenções emocionais apreendidas nos estudos analisados nesta revisão integrativa envolveram estratégias de comunicação com o paciente com câncer avançado. Um dos artigos analisados apresentou discussões com médicos no fim de vida sobre cuidados recebidos até a proximidade da morte. Trata-se de um estudo de *coorte*, longitudinal e prospectivo, realizado com 123 pacientes com câncer avançado⁽¹⁸⁾. Os resultados demonstraram que os que receberam cuidados médicos menos agressivos e foram encaminhados para cuidados paliativos mais cedo apresentaram associação com melhor QV,

ao contrário dos que foram referenciados para unidades de atendimento intensivo e receberam cuidados mais agressivos, que tiveram pior QV avaliada pelo *McGill Quality of Life Index*.

Um segundo estudo, do tipo ensaio clínico randomizado e controlado⁽¹⁹⁾, descreveu a utilização de intervenção psicoeducacional realizada por enfermeiros com 322 pacientes com câncer avançado, seguidos longitudinalmente até a morte ou até completar o número previsto de atendimento (n=161). Os resultados obtidos de instrumentos validados para avaliação funcional de sintomas de depressão revelaram que a intensidade dos sintomas tendeu a diminuir no grupo de intervenção, com escores que apontaram para bem-estar psicossocial e emocional e menor ocorrência de depressão. Tais resultados indicaram que intervenções dessa natureza podem contribuir para melhoria da QV de pacientes com câncer, conforme escores obtidos pelo instrumento de QV, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy for Palliative Care* - FACIT.

Quanto à comunicação sobre a situação de saúde do paciente oncológico, um estudo não experimental e transversal⁽²⁰⁾ foi realizado com 50 pacientes colombianos com câncer avançado e em cuidados paliativos que, depois de receber informações sobre seu diagnóstico e prognóstico, foram submetidos à avaliação da QV com o instrumento *McGill Quality of Life Questionnaire* - MQOL. Os resultados sinalizaram que após essa intervenção houve uma percepção favorável dos pacientes sobre os sintomas psicológicos, manifestada pelo controle das emoções negativas, como tristeza, angústia, preocupação e incerteza para o futuro, entre outros, o que favoreceu a melhora da QV.

O terceiro estudo que integrou as intervenções emocionais descreveu a experiência da terapia da dignidade como um recurso terapêutico, realizando um ensaio clínico randomizado controlado, prospectivo, com a participação de 165 pacientes com câncer avançado, cuja QV foi comparada a de 140 pacientes que recebiam cuidados paliativos e de 136 que também tinham câncer avançado e recebiam cuidados médicos centrados no cliente⁽²¹⁾. Os resultados revelaram que os participantes da terapia da dignidade perceberam mudanças na forma como seus familiares os viam e os valorizavam, sentiram-se mais úteis às suas famílias e relataram aumento do senso de dignidade. Houve ainda redução da tristeza e da depressão, com sentimento de maior bem-estar espiritual, o que pode provocar impacto positivo na QV desses participantes, conforme escores obtidos pelo instrumento *Quality of Life Scale*.

Nos estudos com intervenções espirituais, foram analisados três estudos do tipo não experimental: dois transversais⁽²²⁻²³⁾ e um longitudinal e prospectivo⁽²⁴⁾. Houve a participação de 549 pacientes com câncer avançado. Os estudos tiveram o objetivo de avaliar a

influência da assistência espiritual na QV desses pacientes. Os resultados revelaram que os pacientes que receberam assistência espiritual/religiosa apresentaram, na avaliação dos instrumentos específicos, associação forte e positiva entre espiritualidade, bem-estar social, bem-estar emocional e QV. Estimativas de QV, determinadas pelos instrumentos McGill QoL *Questionnaire* e *Quality of Life the End of Life* – QOL-EOL, aplicados a pacientes próximos da morte, apresentaram escores significativamente mais altos entre aqueles que recebem assistência espiritual.

Na análise dos estudos que integraram essa revisão de literatura, destacaram-se oito artigos que descreveram sinais e sintomas que afetaram negativamente a QV de pacientes que padeciam de câncer avançado em fase final de vida(25-32). Dentre os sinais e os sintomas, por ordem de frequência da ocorrência nos estudos, foram citados: dor, fadiga, baixa qualidade do sono, desconforto por maior frequência e severidade dos sintomas, depressão, disfagia, falta de apetite, baixo status nutricional, alterações do paladar, falta de apoio social e familiar e sensação de dependência.

Em relação ao impacto da dor na QVRS de pacientes com câncer avançado, estudo longitudinal realizado com 29 pacientes admitidos em cuidados paliativos(25) revelou, por meio de escores obtidos pelo *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, Direct Weighting version* (SEIQoL-DW), que dor e QV individual tiveram correlações negativas e moderadas na avaliação na admissão do paciente na unidade de cuidados paliativos. Entretanto, em uma segunda avaliação, realizada sete dias após a primeira, mostraram-se fortemente correlacionadas. Os autores relatam que atividades como passar um tempo de qualidade com filhos e netos estiveram seriamente prejudicadas pela fadiga e que o incremento de sintomas mostrou-se associado à diminuição da QV dos pacientes.

Dois estudos transversais realizados com um total de 82 e 83 pacientes, respectivamente, com câncer avançado e avaliados pelos instrumentos *McMaster Quality of Life Scale* (MQOLS)(26) e *12-Item Short Form Health Survey* (SF-12)(27) mostraram que a percepção de bem-estar psicológico e da QV dos pacientes em cuidados paliativos mostra-se em grande parte significativamente afetada pela dor e a baixa qualidade do sono, causando forte impacto no funcionamento diário e na QV. A má qualidade do sono pode causar diversos sintomas físicos e cognitivos, como diminuição da concentração, sinais de cansaço, aumento dos níveis de ansiedade, nervosismo, irritação, sintomas gastrintestinais e mais predisposição a acidentes. Esses sintomas, principalmente quando associados, são preditores que afetam o bem-estar e causam impacto negativo na QV(27).

Estudo longitudinal e prospectivo(28) avaliou 96 pacientes com câncer em estágio III – IV em tratamento

para dor consistente e progressiva (*Breakthrough Pain* – BTP). Os resultados mostraram que, ao longo de seis meses de avaliação, a dor foi persistente e causou impacto negativo na QVRS desses pacientes. O instrumento EORTC QLQ-C30 foi utilizado pelos autores para avaliação da QVRS.

A fadiga é um sintoma subjetivo relatado pelo paciente como uma sensação de cansaço físico, emocional e cognitivo, que pode estar relacionado ao câncer ou seu tratamento. A repercussão da fadiga na QV relacionada à saúde de pacientes com câncer tem sido avaliada por meio de instrumentos de medição específicos, demonstrando forte associação entre esse sintoma e a QV do paciente. Esses resultados foram expressos em três estudos não experimentais que integraram esta revisão(25-26,29). Tais estudos mostraram que a QV de pacientes em cuidados paliativos fica comprometida em função da pouca energia de que dispõem para realizar as atividades diárias e isso os torna mais dependentes dos cuidados de outras pessoas.

Na esfera psicológica, a depressão também foi apontada como um sintoma que afeta a QV do paciente com câncer avançado em um estudo longitudinal, prospectivo, realizado com 80 pacientes portadores de câncer avançado de pulmão(30). O estudo mostra que pacientes que experimentam maior frequência e severidade de sintomas psicológicos relatam pior QVRS. No estudo, o instrumento utilizado para avaliar a QVRS foi o *Hospice Quality of Life Index* (HQLI).

Distúrbios nutricionais foram citados em três estudos que integraram essa revisão constituindo o elenco dos sinais e dos sintomas que afetam pacientes com câncer avançado, incluindo disfagia, falta de apetite, alterações do paladar e perda de peso, reconhecidos como preditores de pior QV relacionada à saúde(29,31-32). Destaque-se que em um destes estudos(29), relata-se que o bem-estar psicológico e a QV desses pacientes são afetados pelos sintomas físicos e pela dependência funcional para os cuidados diários, por fazê-los sentirem um fardo para sua família ou para o cuidador. Os instrumentos de QVRS utilizados nos estudos foram o SWAL-QOL(31) e HQLI(32).

DISCUSSÃO

A análise dos 21 estudos que integraram essa revisão revela uma preocupação, ainda bastante enfática, de profissionais médicos, que buscam, através de instrumentos de medidas gerais e específicas, identificar preditores que possam afetar positiva ou negativamente a QVRS de pacientes com câncer avançado, sem possibilidades terapêuticas de cura. Por essa razão, é preciso intensificar os cuidados paliativos. Esses estudos trazem evidências de sinais e sintomas que podem afetar a QVRS desses pacientes com intensidade variada.

Pacientes com doença maligna avançada, principalmente quando afeta o seguimento cabeça e pescoço, experimentam frequentemente a disfagia. Esse é um sintoma reconhecido como um fator significativamente associado à desnutrição e à desidratação e, conseqüentemente, à diminuição da sobrevivência. Corroborando os estudos analisados⁽¹²⁻¹³⁾, um estudo realizado com 87 pacientes com câncer de cabeça e de pescoço apontou que a prevalência da disfagia foi de, aproximadamente, 51% da amostra. Desses, cerca de 62% evitavam comer diante de outras pessoas, e em torno de 37% revelaram ter sentido vergonha na hora das refeições. Na avaliação da QV desses pacientes, o estudo mostrou que aqueles com sintoma disfágico apresentaram mais prejuízo em sua QV do que os sem problemas de ingestão alimentar⁽³⁵⁾. Logo, a intervenção terapêutica com *stents* autoexpansíveis traz alívio considerável para o paciente e contribui para que sinta prazer em se alimentar.

O câncer de pulmão pode afetar a QV do paciente dependendo do estágio da doença, do tipo e das características do tratamento e dos aspectos intrínsecos de cada paciente. Resultados semelhantes, em relação ao procedimento de ressecção pulmonar, foram encontrados também em um estudo realizado em Cambridge, com 111 pacientes que haviam se submetido a essa intervenção e que tiveram acompanhamento por seis meses com fisioterapia respiratória, tendo melhor controle de sintomas e complicações, com melhora da QV⁽³⁶⁾.

As intervenções farmacológicas têm sido implementadas com o objetivo de aliviar dores crônicas, persistentes, como também outros desconfortos, a exemplo de vômitos, sintoma presente em pacientes com neoplasia gastrointestinal. Estudos demonstram que portadores de tumor obstrutivo do intestino que apresentam vômitos refratários a outras drogas avaliaram a resposta do octreotida com redução ou ausência de vômitos na maioria dos participantes⁽³³⁾. Portanto, intervenções que possam promover alívio de sintomas devem ser investigadas continuamente, em busca de evidências para subsidiar a prática clínica e promover melhor QV de pacientes.

A utilização da Medicina Complementar e da Alternativa, abordada num dos estudos analisados⁽¹⁷⁾, revela que a decisão do paciente em aderir a essa modalidade terapêutica tem uma relação muito forte com sua cultura, sua idade e as expectativas em relação à sobrevivência. Estudo do tipo ensaio clínico fase 1 foi realizado com a inclusão de 212 pacientes com câncer avançado fazendo uso da CAM, para avaliar a QV desses pacientes. Os resultados revelaram que aqueles que souberam que sua expectativa de vida era de cerca de um ano estiveram mais inclinados a aceitar a utilização da CAM antes da morte. Porém, esse estudo identificou também que os pacientes que utilizaram a CAM apresentaram escores mais baixos de QV em relação aos não usuários⁽³⁷⁾. Portanto, é necessário que o paciente seja esclarecido acerca das respostas terapêuticas que

ele poderá obter de acordo com as modalidades disponíveis para seu tratamento.

Os estudos analisados enfocaram, também, outro ponto relevante e que tem sido tema de debate - a comunicação com o paciente com diagnóstico de câncer. Uma revisão sistemática realizada em 2009 incluiu 24 artigos com a temática comunicação de más notícias com pacientes portadores de câncer. Desses, apenas cinco foram desenvolvidos em países asiáticos, e 19 foram oriundos de países ocidentais. Nesses estudos, identificaram-se quatro componentes importantes para a comunicação de más notícias: definição da situação, formas de comunicação utilizada, que e como as informações eram fornecidas e apoio emocional⁽³⁸⁾.

A comunicação é uma ferramenta valiosa, pois possibilita, de modo consciente, que o paciente possa tomar decisões terapêuticas. A avaliação das suas preferências em relação ao tratamento é imperativa, pois pode conduzir as escolhas terapêuticas, considerando a expectativa e a QV. Ressalta-se que a capacidade do paciente de participar de tomadas de decisões sobre seu tratamento pode ter diversas limitações, como se apresentar muito doente ou com elevado desgaste emocional para planejar e estabelecer objetivos terapêuticos. As preferências dos pacientes refletem a compreensão que eles têm da gravidade de sua doença, assim como o conhecimento inerente aos riscos e aos benefícios das escolhas terapêuticas. É possível que pacientes que saibam que sua expectativa de vida seja de mais de seis meses optem por tratamentos mais agressivos e que prolonguem mais sua vida⁽³⁹⁾.

Dentre as intervenções emocionais, destaca-se a terapia da dignidade, definida como uma psicoterapia breve, individualizada, com o intuito de minimizar a angústia existencial e psicossocial entre pacientes com doença terminal, permitindo-lhes retomar o senso de significado e propósito para aliviar o sofrimento em sua terminalidade⁽⁴⁰⁾. A descoberta de uma doença maligna pode causar grande impacto na vida da pessoa que recebe esse diagnóstico, razão por que é necessário mobilizar mecanismos de enfrentamento para lidar com essa situação, com destaque para a espiritualidade e a religiosidade. A espiritualidade tem sido definida como uma busca constante do homem pelos valores divinos, considerando as experiências vividas, e de explicações para o sentido da vida, para o transcender. Assim, a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas⁽⁴¹⁾.

Estudos sobre a temática em discussão têm demonstrado que a espiritualidade exerce forte influência na QVRS de pessoas com doença avançada e que a avaliação de suas dimensões não pode ser medida sem considerar a dimensão da espiritualidade, sob o risco de não se ter uma avaliação adequada^(22,24). Assim, esses estudos podem guiar para reflexões sobre o papel dos cuidadores em possibilitar a inclusão da

necessidade espiritual no contexto da atenção integral ao paciente e seus familiares.

O paciente com câncer avançado experimenta uma gama de sintomas que são persistentes, desconfortantes, limitantes e que agridem intensamente o seu bem-estar, com impacto negativo em sua QV. A dor do câncer tem sido descrita como um dos principais e mais severos dos sintomas referidos em cerca de 70 a 90% dos pacientes com câncer avançado. Pode ser do tipo aguda, subaguda, crônica e intermitente; também pode ser identificada como *breakthrough pain* (BTP), definida como uma exacerbação transitória da dor quando ela se encontrava estabilizada no seguimento do tratamento com analgésicos^(28,42). Assim, em qualquer estratégia de tratamento adotado para esses pacientes, o objetivo prioritário é o de aliviar a dor. Comumente, é um desafio para os profissionais da área de saúde avaliá-la adequadamente e tratá-la com eficácia, por ser um sintoma subjetivo, que requer capacitação e habilidade do profissional.

Estudo realizado com 977 pacientes com câncer avançado identificou, dentre os sintomas físicos, uma incidência de 57% de fadiga relatada pelos pacientes que não estavam recebendo cuidados paliativos, com impacto negativo sobre a QV⁽⁴³⁾. A repercussão da fadiga de pacientes com câncer tem sido avaliada através de instrumentos de medição específicos e tem demonstrado forte associação entre esse sintoma e a QVRS^(25,29).

A depressão, geralmente, acomete pacientes com câncer com repercussões emocionais e físicas importantes, que afetam negativamente sua QVRS. Estudos têm relatado que a depressão tem maior prevalência entre pacientes hospitalizados, principalmente quando o fim de sua vida se aproxima, e que a associação de sintomas como fadiga, depressão e distúrbios do sono causa impacto significativo na QVRS das pessoas que vivem com câncer⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Sintomas como dor, náuseas e vômitos comprometem o estado nutricional de cerca de 75% dos pacientes, associados ou não ao tratamento antineoplásico, o que implica aumento da morbimortalidade, mais custos no tratamento e diminuição das chances de sobrevivência, com significativo impacto na QV relacionada à saúde⁽⁴⁶⁾. No tocante à sobrecarga de sintomas de pacientes com câncer avançado, a severidade dos sintomas e o estado funcional são dimensões importantes da QVRS quando se aproximam do fim da vida. A angústia sentida diante da severidade dos sintomas tem sido reconhecida como um preditor estatisticamente significativo da QV. Pacientes internados relataram maior severidade da angústia ocasionada pelos sintomas e menor escore de QV, enquanto que os que recebem cuidados paliativos domicílio obtiveram melhores escores na QV, relacionados ao estado funcional, por serem mais capazes de realizar atividades da vida diária em casa⁽⁴⁷⁾.

CONCLUSÃO

O interesse pelo estudo da QVRS de pacientes com doença avançada vem tendo um incremento nas duas últimas décadas, porquanto estudiosos vêm tentando descobrir, através de seus problemas de pesquisa, os fatores com maiores implicações na QV desses pacientes e aperfeiçoar instrumentos de mensuração para identificar com mais fidedignidade os fatores de ordem física, emocional, social e espiritual que se acentuam em pacientes que padecem de câncer em qualquer estágio, considerando as variedades demográficas e sociais pertinentes a cada grupo.

Este estudo de revisão permitiu identificar intervenções terapêuticas de aspectos físicos, emocionais e espirituais que promoveram a melhora de condições de saúde do paciente com câncer avançado e sua QV, evidenciados por meio de escalas de medição validadas e de poder estatístico confiáveis, descritas nos respectivos estudos. Foram abordados alguns estudos em que, mediante análises estatísticas descritivas, identificaram os sinais e os sintomas preditores de baixa QV, como dor, fadiga, distúrbio do sono, depressão, alterações nutricionais, entre outros. Os resultados evidenciaram que os profissionais da área de saúde devem avaliar os pacientes com câncer avançado, orientar sobre medidas que diminuam os sintomas, tratá-los com dignidade e respeito e considerá-los como indivíduos com capacidade de decisão. Essas medidas fazem diferença na QVRS frente à terminalidade.

É oportuno destacar que os resultados obtidos na associação dos sinais e dos sintomas com a QVRS dependem de fatores determinantes no momento da investigação, como o estágio do câncer, sua localização, a presença ou não de metástases, a intensidade e a frequência dos sintomas, o tipo de tratamento que o paciente está recebendo – paliativo ou para prolongar a vida – e se está sendo feito no contexto hospitalar ou domiciliar.

Os estudos analisados apresentam limitações em relação ao tema selecionado, à amostra determinada para cada tipo de estudo e à condição física e cognitiva dos pacientes, o que implica alguns vieses nos resultados.

Sugere-se que sejam realizados outros estudos empregando a metodologia da revisão sistemática, para buscar evidências ainda mais fortes para subsidiar a prática clínica. Salienta-se a importância de estudos cujos resultados possam suscitar aos dirigentes de instituições de saúde de instâncias públicas ou privadas reflexões, planejamento, elaboração e ampliação de unidades de cuidados paliativos, visando proporcionar aos pacientes com câncer avançado ou portadores de patologias crônicas e suas famílias atenção integral, digna e respeitosa, com a finalidade de melhorar sua QVRS. Esses cuidados devem ser iniciados, desde o momento do diagnóstico e seguidos até o processo de luto de seus cuidadores e familiares.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programme. Manuals for Training in Cancer Control [Internet]. 2005 [Cited 2013 Feb 13]. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/index.html>
2. World Health Organization (WHO). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines [Internet]. 2th ed. Geneva; 2002. Available from: <http://www.who.int/cancer>
3. Muñiz MS, Pérez CG. Reflections about the ethical and bioethical problems in treatment presenting with a terminal disease. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009 25(4):98-106.
4. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun. 12]; 25(3):334-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003
5. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
6. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Quality of life: conceptual issues. *Salus*. 2007;1(1):13-5.
7. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
8. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford: Oxford University Press; 1993.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [citado 2013 ago. 5];8(1):102-6. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(1):124-31.
12. Patiño Pacheco JH, Garcia Rúa LF, Agudelo LHL, Paternina Agudelo IC, Lugo Agudelo LH, Gúzman T. Calidad de vida de pacientes con obstrucción maligna del esófago, la vía biliar y la vía urinaria sometidos a intervencionismo radiológico paliativo. *Iatreia*. 2005;18(2):141-59.
13. Madhusudhan C, Saluja SS, Pal S, Ahuja V, Saran P, Dash NR, et al. Palliative stenting for relief of dysphagia in patients with inoperable esophageal cancer: impact on quality of life. *Dis Esophagus*. 2009;22(4):331-6.
14. Saad IAB, Botega NJI, Toro FC. Predictors of quality of life improvement following pulmonary resection due to lung cancer. *São Paulo Med J*. 2007;125(1):46-9.
15. Santangelo A, Testai M, Barbagallo P, Manuele S, Di Stefano A, Tomarchio M, et al. The use of bisphosphonates in palliative treatment of bone metastases in a terminally ill, oncological elderly population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(2):187-92.
16. Shima Y, Ohtsu A, Shirao K, Sasaki Y. Clinical efficacy and safety of octreotide (SMS201-995) in terminally ill Japanese cancer patients with malignant bowel obstruction. *Jpn J Clin Oncol*. 2008;38(5):354-9.
17. Correa-Velez I, Clavarino A, Barnett AG, Eastwood H. Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliat Med*. 2003;17(8):695-703.
18. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300(14):1665-73.
19. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;302(7):741-9.
20. Payán EC, Vinaccia S, Quiceno JM. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colomb Psicol*. 2011;14(2):79-89.
21. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011;12(8):753-62.
22. Daugherty CK, Fitchett G, Murphy PE, Peterman AH, Banik DM, Hlubocky F, et al. Trusting God and medicine: spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents oncology. *Psychooncology*. 2005;14(2):135-46.
23. Prince-Paul M. Relationships among communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on the quality of life at the end of life in patients with cancer enrolled in hospice. *J Palliat Med*. 2008;11(1):20-5.

24. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445-52.
25. Echteid MA, van Zuylen L, Bannink M, Witkamp E, Van der Rijt CC. Changes in and correlates of individual quality of life in advanced cancer patients admitted to an academic unit for palliative care. *Palliat Med*. 2007;21(3):199-205.
26. Gómez MMN, Caycedo C, Aguillón M, Suárez Ávarez RA. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicol* [Internet]. 2008 [citado 2013 mar. 20];4(10):177-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670012>
27. Mystakidou K, Parpa E, Tsilaka E, Gennatas C, Galanos A, Vlahos L. How is sleep quality affected by the psychological and symptom distress of advanced cancer patients? *Palliat Med*. 2009;23(1):46-53.
28. Green CR, Montague L, Hart-Johnson TA. Consistent and breakthrough pain in diverse advanced cancer patients: a longitudinal examination. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(5):831-47.
29. Giesinger JM, Wintner LM, Oberguggenberger AS, Gamper EM, Fiegl M, Denz H, et al. Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *J Palliat Med*. 2011;14(8):904-12.
30. Hermann CP, Looney SW. Determinants of quality of life in patients near the end of life: a longitudinal perspective. *Oncol Nurs Forum*. 2011;28(1):23-31.
31. Roe JWG, Leslie P, Drinnan MJ. Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. *Palliat Med*. 2007;21(7):567-74.
32. Shahmoradi N, Kandiah M, Peng LS. Impact of nutritional status on the quality of life of advanced cancer patients in hospice home care. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(6):1003-9.
33. Ripamonti C, Mercadante S. How to use octreotide for malignant bowel obstruction. *J Support Oncol*. 2004;2(4):357-64.
34. Frenkel M, Ben-Arye E, Cohen L. Communication in cancer care: discussing complementary and alternative medicine. *Integr Cancer Ther*. 2010;9(2):177-85.
35. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambolor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr*. 2007;26(6):710-7.
36. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs*. 2005;14(1):107-13.
37. Hlubocky FJ, Ratain MJ, Wen M, Daugherty CK. Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: a study of prognosis, quality of life, andp for decision making. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):548-54.
38. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol*. 2009;39(4):201-16.
39. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reading D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998;279(21):1709-14.
40. Chochinov HM. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5.
41. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.
42. Hagen NA, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson LE, Fisher K, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(2):136-52.
43. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med*. 2009;23(6)491-501.
44. Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, Harris JJ, Hendricks CB, Levin B, et al. National Institutes of Health State Of-the-Science Conference Statement. Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue, July 15-17, 2002. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(15):1110-7.
45. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2013 June 10];47(2):355-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_12.pdf
46. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latino Am Enferm*. 2004;12(6):875-83.
47. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs*. 2006;53(5):524-33.