

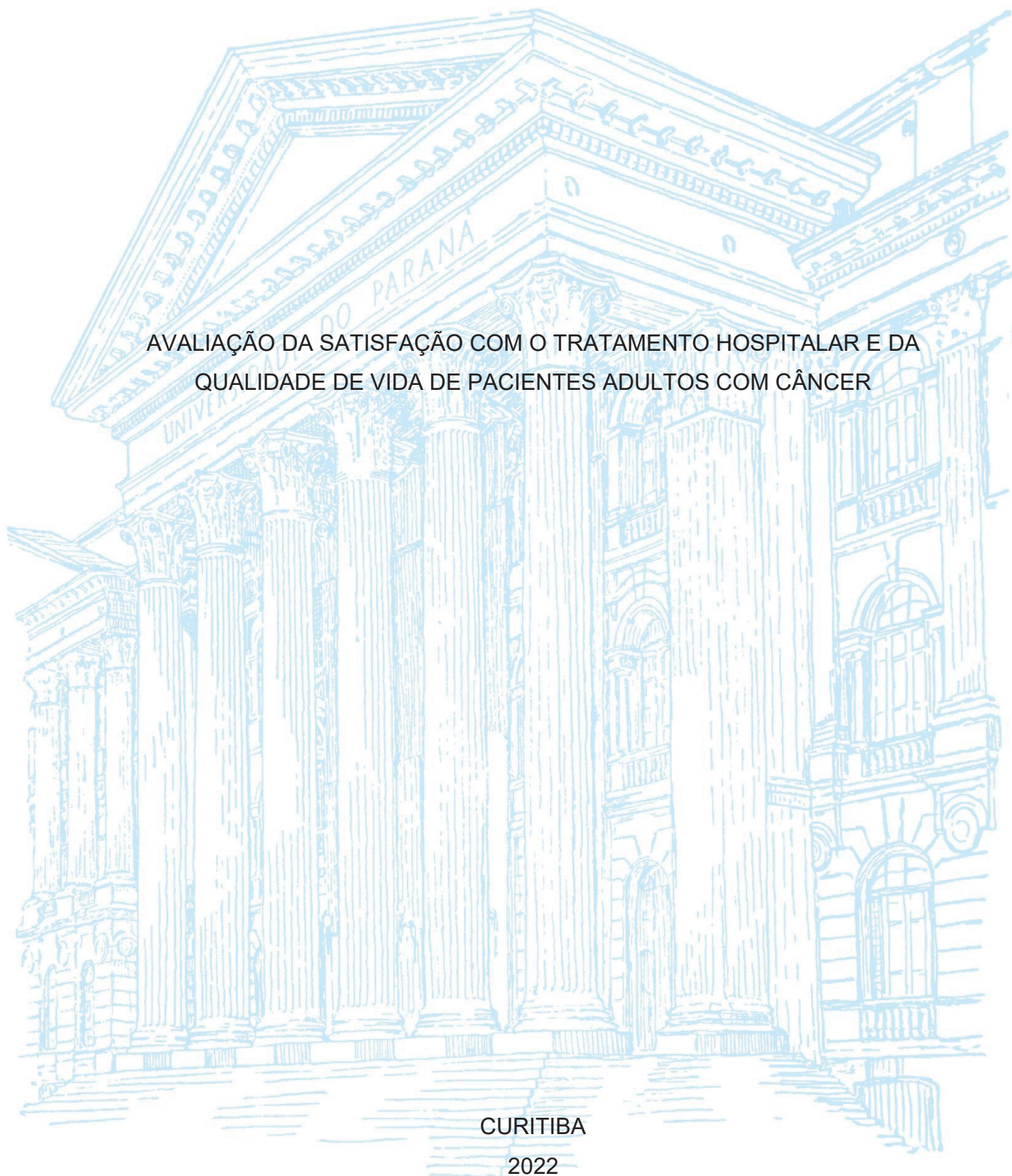
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR E DA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS COM CÂNCER

CURITIBA

2022



CRISTIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR E DA
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS COM CÂNCER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Puchalski Kalinke
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana de Alcantara
Nogueira

CURITIBA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribeiro, Cristiano de Oliveira

Avaliação da satisfação com o tratamento hospitalar e da qualidade de vida de pacientes adultos com câncer [recurso eletrônico] / Cristiano de Oliveira Ribeiro. – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Coorientador: Profa. Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

1. Qualidade de vida. 2. Satisfação do paciente. 3. Neoplasias. 4. Saúde do adulto. 5. Assistência ao paciente. I. Kalinke, Luciana Puchalski. II. Nogueira, Luciana de Alcantara. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **CRISTIANO DE OLIVEIRA RIBEIRO** intitulada: **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS COM CÂNCER**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA PUCHALSKI KALINKE, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 14 de Outubro de 2022.

Assinatura Eletrônica
16/10/2022 21:50:11.0
LUCIANA PUCHALSKI KALINKE
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
19/10/2022 13:23:59.0
ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
14/10/2022 17:06:35.0
PAULO RICARDO BITTENCOURT GUIMARÃES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
19/10/2022 13:58:32.0
TEREZA MARIA MENDES DINIS DE ANDRADE BARROSO
Avaliador Externo (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA)

Assinatura Eletrônica
14/10/2022 16:24:41.0
LUCIANA DE ALCANTARA NOGUEIRA
Coordenador(a) (DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFPR)



DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*in memoriam*) e a minha mãe, meus principais apoiadores, que desde cedo me mostraram o valor da educação e não pouparam esforços para me proporcionar uma formação universitária. É com muito amor que lhes dedico esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me abençoar e andar ao meu lado, me proporcionando esperança, fé, saúde e coragem, me enchendo com seu Espírito Santo todos os dias.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pela realização de um sonho, me proporcionando ensino em uma universidade pública de excelência.

Ao Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde Do Adulto – GEMSA, pela troca de conhecimento ao longo desses anos, em especial ao amigo Robson Giovani. Gratidão!

À unidade de Hematologia e de Transplante de Medula Óssea (TMO) do Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG), pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Agradecimento especial à enfermeira Denise Helia de Lima, por acreditar no meu trabalho e me proporcionar ensinamentos essenciais.

Ao setor de Gestão de Processos e Qualidade do HNSG e ao senhor Alexandre Raicherth, por me incentivar e proporcionar condições para participação nesse programa de pós-graduação.

À liderança do HNSG por permitir a condução desse trabalho das dependências dessa instituição acreditada em excelência, referência em atendimento oncohematológico.

À equipe de enfermagem do HNSG, das unidades de Oncologia e Hematologia/Transplante de Medula Óssea, que ajudaram na condução desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Luciana Puchalski Kalinke, pela disponibilidade e pelos ensinamentos ao longo dos anos. Ter uma orientadora como você foi um privilégio que a vida me ofertou, obrigado pelo carinho e paciência de me conduzir até aqui. Sempre que eu alcançar meus objetivos lembrarei de tudo que me ensinou com o coração cheio de gratidão. Sem você isto não seria possível. Muito obrigado!

À Prof^a. Dr^a. Luciana Alcantara Nogueira, pela coorientação. Obrigado pela parceria, confiança e por todas as palavras de carinho e apoio, que me auxiliaram a crescer academicamente e pessoalmente. Suas considerações engrandeceram esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães, por sua prestatividade, disponibilidade e valiosas considerações no decorrer desta pesquisa.

A todos os colegas que se dedicam ao tema Qualidade de Vida em Oncologia, pelo apoio, aprendizado e partilha de conhecimentos. Nossas trocas me fizeram maior a cada semana, em especial, Angela, Celina, Natália, Francisco, Larissa, Leonel, Pamela e Camila.

Aos meus pais Benedito Garcia Ribeiro (*in memorian*) e Zulmira de Fátima de Oliveira, obrigado por toda educação e valores ensinados que me fizeram ser o homem que sou hoje. Sem vocês eu não estaria aqui.

A minha irmã, Mirian, obrigado pelo apoio e incentivo, muito amor a você.

Ao meu parceiro, por toda paciência, carinho, apoio, conselho, segurança e palavras que me fizeram ter esperança e seguir forte com meu sonho. E acima de tudo, pelo amor compartilhado. Te amo.

A todos os pacientes com câncer que aceitaram com carinho fazer parte desta pesquisa. Muito obrigado.

Por isso não desistimos, porém, ainda que o homem que somos por fora se defínhe, certamente o homem que somos por dentro está sendo renovado a cada dia. Pois, embora a tribulação seja leve e momentânea, produz em nós uma glória de peso, que ultrapassa mais e mais, e que é eterna, ao passo que fixamos os olhos, não nas coisas vistas, mas nas coisas não vistas. Porque as coisas vistas são temporárias, mas as coisas não vistas são eternas.

RESUMO

Objetivo: o objetivo dessa dissertação foi analisar a qualidade de vida e sua relação com a satisfação com o tratamento hospitalar de adultos com câncer durante seu internamento. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, analítica de recorte transversal com 120 pacientes tratados em hospital de referência em atendimento oncohematológico no Sul do Brasil, entre agosto de 2021 a janeiro de 2022. Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos sociodemográfico e clínico, adaptado de outras pesquisas na área de qualidade de vida, *Quality of Life Questionnaire Core30* e *Satisfaction with In-Patient Cancer Care*, ambos traduzidos e validados para o português – Brasil. A análise se deu descritivamente e por teste de correlação de Spearman. **Resultados:** o tipo de câncer prevalente entre os participantes foi o hematológico 71 (59%), com predomínio das leucemias 29 (24%), sendo a quimioterapia o tratamento prévio prevalente 105 (88%). A qualidade de vida global apresentou baixos escores (58,54/100) com maior comprometimento nos domínios função emocional (52,99/100), desempenho pessoal (44,54/100) e função social (44,17/100) que podem ter sido potencializados pela pandemia da Covid-19, resultando em uma qualidade de vida regular. Houve alto nível de satisfação geral (87,92/100). A correlação entre a qualidade de vida global e a satisfação com o tratamento hospitalar obteve significância estatística em todos os itens ($p < 0,05$). **Conclusões:** a satisfação com o tratamento hospitalar impacta na qualidade de vida de adultos com câncer. Reconhecer as alterações na qualidade de vida de adultos com câncer e determinantes que compõem a satisfação ao tratamento hospitalar podem contribuir no aperfeiçoamento da assistência prestada, promovendo contribuições para área.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Satisfação do Paciente; Neoplasias; Saúde do Adulto; Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: the aim of this dissertation was to analyze the quality of life and its relationship with satisfaction with hospital treatment in adults with cancer during hospitalization. **Methods:** this is a quantitative, observational, analytical cross-sectional research with 120 patients treated in a reference hospital in oncohematologic care in southern Brazil, between August 2021 and January 2022. For data collection we used the sociodemographic and clinical instruments, adapted from other studies in the area of quality of life, Quality of Life Questionnaire Core30 and Satisfaction with In-Patient Cancer Care, both translated and validated for Portuguese - Brazil. The analysis was done descriptively and by Spearman's correlation test. **Results:** The most prevalent type of cancer among the participants was hematological 71 (59%), with a predominance of leukemias 29 (24%), and chemotherapy was the most prevalent previous treatment 105 (88%). Overall quality of life showed low scores (58.54/100) with greater impairment in the domains emotional function (52.99/100), personal performance (44.54/100), and social function (44.17/100) which may have been enhanced by the Covid-19 pandemic, resulting in a regular quality of life. There was a high level of overall satisfaction (87.92/100). The correlation between overall quality of life and satisfaction with hospital treatment obtained statistical significance in all items ($p < 0.05$). **Conclusions:** satisfaction with hospital treatment impacts the quality of life of adults with cancer. To recognize the changes in the quality of life of adults with cancer and determinants that make up the satisfaction with hospital treatment can contribute to the improvement of the care provided, promoting contributions to the area.

Key-words: Quality of Life; Patient Satisfaction; Neoplasms; Adult Health. Patient Care.

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de esta tesis es analizar la calidad de vida y su relación con la satisfacción con el tratamiento hospitalario de adultos con cáncer durante su internamiento. **Métodos:** se trata de una investigación cuantitativa, observacional, analítica de registro transversal con 120 pacientes tratados en el hospital de referencia en atención oncohematológica en el Sur de Brasil, entre agosto de 2021 y enero de 2022. Los datos se recogieron mediante instrumentos sociodemográficos y clínicos adaptados de otros estudios en el área de calidad de vida, Quality of Life Questionnaire Core30 y Satisfaction with In-Patient Cancer Care, ambos traducidos y validados para el portugués-brasileño. El análisis se realizó de forma descriptiva y mediante la prueba de correlación de Spearman. **Resultados:** el tipo de cáncer más prevalente entre los participantes fue el hematológico 71 (59%), con predominio de las leucemias 29 (24%), y la quimioterapia fue el tratamiento previo más prevalente 105 (88%). La calidad de vida global mostró puntuaciones bajas (58,54/100) con un mayor deterioro en los dominios función emocional (52,99/100), desempeño personal (44,54/100) y función social (44,17/100) que puede haber sido potenciado por la pandemia de Covid-19, lo que resulta en una calidad de vida regular. El nivel de satisfacción general es alto (87,92/100). La correlación entre la calidad de vida global y la satisfacción con el tratamiento hospitalario obtuvo significación estadística en todos los ítems ($p < 0,05$). **Conclusiones:** la satisfacción con el tratamiento hospitalario influye en la calidad de vida de los adultos con cáncer. Reconocer los cambios en la calidad de vida de los adultos con cáncer y los determinantes que conforman la satisfacción con el tratamiento hospitalario puede contribuir a la mejora de la asistencia prestada, promoviendo contribuciones al área.

Palabras-clave: Calidad de Vida; Satisfacción del Paciente; Neoplasias; Salud del Adulto; Atención al Paciente.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DIAGRAMA DOS DOMÍNIOS E ITENS DO IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	34
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS E ITENS DO QLQ-C30. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	46
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE DOMÍNIOS E ITENS DO IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.	47
QUADRO 3 - PONTUAÇÃO DA ESCALA DE LIKERT DOS INSTRUMENTOS QLQ-C30 E IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	48
QUADRO 4 - QUESTÕES COM DIFERENCIAL SEMÂNTICO DO QLQ-C30, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	54
GRÁFICO 2 - FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	56
GRÁFICO 3 - RESULTADOS OBTIDOS COM AS ESCALAS QUE AVALIAM HABILIDADES GERAIS DA EQUIPE MÉDICA E EQUIPE DE ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO GERAL DE CADA EQUIPE, PELO INSTRUMENTO IN-PATSAT32, DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	52
TABELA 2 -	DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	54
TABELA 3 -	MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	57
TABELA 4 -	CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GERAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	57
TABELA 5 -	MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DA SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	58
TABELA 6 -	MEDIDAS DESCRITIVAS AGRUPADAS DOS ESCORES DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	60
TABELA 7 -	CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GLOBAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	61
TABELA 8 -	CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30 E OS DADOS AGRUPADOS DOS ITENS DO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (N=120).	62
TABELA 9 -	ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E INSTRUMENTO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).	63

LISTA DE SIGLAS

ANAHP	- Associação Nacional de Hospitais Particulares
CAAE	- Certificado de Apresentação Ética
CACON	- Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
Cél	- Células
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CID	- Classificação Internacional de Doenças
EORTC	- <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EUA	- Estados Unidos da América
GLOBOCAN	- <i>Global Cancer Observatory</i>
HC	- Hospital de Clínicas
HNSG	- Hospital Nossa Senhora das Graças
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
IN-PATSAT32	- <i>Satisfaction With in – Patient Cancer Care</i>
MS	- Ministério da Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	- Política Nacional de Assistência Social
PNPS	- Política Nacional de Promoção à Saúde
PR	- Paraná
QSDC	- Questionário Sociodemográfico e Clínico
QLQ-C30	- <i>Quality of Life Questionnaire Core 30</i>
QV	- Qualidade de Vida
QVRS	- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCTH	- Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNACON	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade
WHO	- <i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

US\$	-	Dólares
>	-	Maior
≥	-	Maior ou igual
<	-	Menor
≤	-	Menor ou igual
mm ³	-	Milímetro cúbico
nº	-	Número
p.	-	Página
%	-	Porcentagem
R\$	-	Reais
®	-	Registrado

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	18
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	ESTRUTURA DE TRATAMENTO DOS PACIENTES COM CÂNCER NO BRASIL.....	24
1.2	SATISFAÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER COM O TRATAMENTO HOSPITALAR.....	29
1.3	IMPACTO DO TRATAMENTO HOSPITALAR NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER	35
2	OBJETIVOS E HIPÓTESES	42
2.1	OBJETIVO GERAL.....	42
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
2.3	HIPÓTESES DA PESQUISA.....	42
2.3.1	Hipótese nula.....	42
2.3.2	Hipótese alternativa	42
3	MATERIAL E MÉTODO	43
3.1	DESENHO DA PESQUISA.....	43
3.2	CONTEXTO DA PESQUISA	43
3.2.1	Local da pesquisa.....	43
3.2.2	Período do estudo	45
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
3.3.1	Critérios de inclusão	45
3.3.2	Critérios de exclusão	45
3.4	FONTE DE DADOS E MENSURAÇÃO	45
3.5	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	49
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	49
4	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS	52
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	52
5.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE COM O INSTRUMENTO QLQ-C30	56
5.3	CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GERAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30.....	57

5.4	SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR COM O INSTRUMENTO IN-PATSAT32.....	58
5.5	CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR.....	60
5.6	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E A SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR	62
6	DISCUSSÃO	64
7	CONCLUSÃO.....	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	100
	APÊNDICE 2 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	102
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	103
	APÊNDICE 4 – IMPRESSO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA E CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO.....	106
	ANEXO 1 – CHECK LIST STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY (STROBE).....	107
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30.....	109
	ANEXO 3 – INSTRUMENTO EORTC IN-PATSAT32	111
	ANEXO 4 – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO IN-PATSAT32	113
	ANEXO 5 – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO QLQ-C30	114
	ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	115

APRESENTAÇÃO

Nasci em uma cidade pequena chamada Salto do Itararé, no interior norte do Paraná (PR), com quatro mil habitantes e vivi lá até me tornar adulto jovem, realizar a minha graduação e procurar oportunidades de trabalho na cidade de Curitiba. Filho de policial militar aposentado que fazia bicos como pedreiro para complementar a renda da casa e uma doméstica que veio a se tornar auxiliar de enfermagem, fato este que me fez ter proximidade com a área da saúde desde pequeno.

Eu era criança, quando na escala de plantão dos meus pais, ambos tinham o mesmo dia de trabalho, para não ficar só, minha mãe me levava até ao hospital, e entre os meus brinquedos para distração estavam estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, seringas e cubas.

Os meus pais, embora terem estudado o básico, davam muito valor à formação acadêmica, e com muita luta, faziam de tudo para garantir que isso acontecesse. Realizei minha graduação nas Faculdades Integradas de Ourinhos (FIO) na cidade de Ourinhos-SP a 130km de distância da minha residência, por ser a faculdade mais próxima a ter o curso de enfermagem. Era preciso viajar diariamente quatro horas de Van, somados a ida e volta, para frequentá-la.

Após essas viagens diárias, no terceiro ano, devido a problemas com a Van, para não abandonar o curso, decidimos que eu residiria em Ourinhos. Nesse momento, devido ao aumento de gastos que tal mudança traria, para diminuir custos com a Graduação e residência, solicitei o financiamento da faculdade, me inscrevendo no programa Universidade Para Todos (ProUni), e tive concessão de 50% de bolsa até o término da graduação.

Nunca quis exercer a profissão de enfermagem onde nasci, devido a poucos recursos que a cidade possuía e ao tipo de assistência à saúde limitado ofertado a população, como também, pelo sonho que tinha de atuar em um hospital grande com especialidade complexas, que me proporcionaria além de renda, ensino e experiência para me tornar um grande profissional.

Após concluir a graduação me mudei para cidade de Curitiba, e comecei a procurar emprego em grandes hospitais. Após três meses fui contratado como enfermeiro Junior no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, no setor da Clínica Médica e Hematologia. Foi um período de grandes descobertas, aprendizado e crescimento profissional. Quando na escala ficava no setor de hematologia, eram os

momentos de maior realização pessoal e aprendizado, sendo este meu primeiro contato profissional na área da oncologia.

Após dois meses como enfermeiro Junior recebi um promocional para enfermeiro Pleno e fui transferido para Clínica Cirúrgica e Policlínica da instituição. Nesse período tive contato com os pacientes com os tumores sólidos e tratamento cirúrgicos para o câncer, tive o primeiro contato com feridas, estomas e incontinências, que posteriormente seria uma das minhas especializações.

Devido ao interesse pela oncologia, em 2017 entrei no Hospital Erasto Gaertner no Ambulatório Cirúrgico, o que me fez ter mais proximidade com pacientes com câncer, na ocasião minha paixão pela área começou a se consolidar. A complexidade desses pacientes exigiu que eu procurasse por especializações, para ofertar um atendimento aperfeiçoado para capacitar os pacientes ao autocuidado, o que me fez procurar especialização na área de Enfermagem Dermatológica, pela Faculdade Estácio e Feridas, Estomas e Incontinências pela Puc-Pr. Foi um período curto, intenso, e de muito aprendizado, em que pude exercer a enfermagem com muito amor, carinho e realização dentro da instituição.

Em 2018 entrei no Hospital Nossa Senhora das Graças (HSNG), como Enfermeiro da Hematologia e Transplante de Medula Óssea (TMO). Apesar de possuir experiências com pacientes com câncer, exercer a enfermagem nessa unidade foi desafiadora. Ainda como enfermeiro da Hematologia/TMO, atuei como membro da comissão de pele do hospital, e conduzia todos os tratamentos de feridas, estomas e incontinência dos pacientes das unidades de tratamento oncológico.

Ainda na Hematologia, recebi um convite para realizar o primeiro curso de Gerenciamento de Dados em Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas pela Ameo e Pronon. E em pouco tempo, recebi um convite para ser gerente de dados e integrar o time da qualidade e gerenciamento de risco da instituição. Trabalhar na área da qualidade de um hospital acreditado ONA nível três me fez entender, que o cuidado ao paciente era muito mais que apenas a assistência à beira leito. E que é necessário colocar o paciente no centro do seu atendimento, e atender as necessidades do cuidado ofertado a partir da sua perspectiva. Preservando sua segurança, ofertando uma assistência de qualidade sem danos, e garantir que sua voz seja ouvida durante o seu tratamento, buscando a sua satisfação.

Trabalhar no setor de qualidade me fez procurar por literatura, protocolos, artigos e tentar evoluir dentro da instituição hospitalar, como desenvolver uma

assistência de qualidade aos pacientes com câncer e o que estava envolvido nesse contexto. Paralelamente a isso, a aprovação no programa de pós-graduação em enfermagem trouxe subsídios e orientação para conduzir pesquisa nessa área, para possibilitar contribuições com foco na melhoria da qualidade de vida e satisfação ao tratamento hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda principal causa de mortalidade no mundo, responsável por cerca de 10 milhões de mortes por ano, das quais 70% ocorrem em países de baixa e média renda (SUNG et al., 2021; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER; 2022; PEREIRA et al., 2022). Além das altas taxas de morbimortalidade, salienta-se o elevado impacto econômico mundial, com estimativa anual de custo direto de US\$ 285,8 bilhões com o tratamento da doença e de US\$ 1,16 trilhões com custos indiretos relacionados à morte prematura e improdutividade (WILD; WIDEIRPASS; STEWART, 2020; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2022).

O *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN¹) em 2022 estimou que 20% das mulheres e 25% dos homens desenvolverão câncer ao longo de suas vidas, com 28,4 milhões de casos novos no mundo até o ano de 2040, com maiores incidências dos cânceres de mama, pulmão, colorretal e próstata. A previsão de mortalidade chegará a 9% e 12% em mulheres e homens, respectivamente (*INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER*, 2022). O aumento da mortalidade e a incidência se devem a fatores de risco associados ao progresso socioeconômico e ao envelhecimento relativo ao crescimento populacional, configurando-se o câncer como uma das quatro doenças que mais causam morte precoce (<70 anos) no mundo (MAIA, GRELLO, CUNHA, 2021; SILVEIRA et al., 2021; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022; SIEGEL et al., 2022).

Para o Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou 450 mil casos novos de câncer, exceto câncer de pele não melanoma, para cada ano do triênio 2020-2022, incluindo câncer de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão e estômago (30 mil e 21 mil, nesta ordem) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019). O que configura a doença como um problema de saúde pública em virtude do impacto socioeconômico e do tratamento de alta complexidade (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

¹ GLOBOCAN é uma plataforma interativa da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) que apresenta estatísticas globais de incidência e mortalidade por câncer, através de dados de cada país e região, utilizando métodos estatísticos variados, gerando dados de alta qualidade para controle e pesquisa do câncer (*INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER*, 2022).

Com o número crescente de casos novos de câncer, também houve avanço na qualidade diagnóstica, favorecendo a identificação precoce e o aumento da sobrevida (WAKIUCHI et al., 2019; PEREIRA et al., 2022). A precisão diagnóstica direciona para um tratamento eficaz e adequado e oportuniza a oferta de uma ou mais modalidades terapêuticas, com o objetivo de cura, prolongamento da vida e melhoria da qualidade de vida (QV) (BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2020; *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2021).

Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, observa-se que o câncer tem um importante impacto na vida dos pacientes e na QV, independentemente do tratamento escolhido. Na quimioterapia, os pacientes experimentam inúmeros efeitos adversos, como dor, náusea, diarreia e/ou constipação, insônia, alopecia e fadiga. Nos tratamentos cirúrgicos, podem enfrentar dificuldades na realização das atividades do cotidiano e laborativas em virtude de indisposição, dor, limitação de movimento, incontinência, entre outras (VIANA et al., 2021). Na radioterapia, a depender do local da radiação, podem ocorrer radiodermites, estenose uretral, irritação do reto, fogachos, disúria e diarreia (MELO et al., 2020; VIANA et al., 2021).

A assistência ao paciente com câncer dentro do serviço de saúde tem o desafio de minimizar o impacto causado pela gravidade da doença e pela agressividade do tratamento. Devido a cronicidade do câncer e de suas demandas terapêuticas, considera-se essencial a preservação da funcionalidade e da QV dos pacientes que superaram o tratamento e não obtiveram desfechos negativos (ALLOISAMI et al., 2022).

Com o possível declínio na QV que o tratamento impõe, as instituições e os profissionais de saúde devem preocupar-se com a avaliação dos desfechos clínicos que vão além dos tradicionais nesta área, relacionados a atividade tumoral, sobrevida global, sobrevida livre de doença ou óbito, assim como com a mensuração da QV e a satisfação do paciente com o tratamento hospitalar (BALDERAS-PEÑA et al., 2019). A identificação desses fatores pode fornecer uma melhor compreensão das características da variabilidade da QV no tratamento do câncer, direcionando intervenções para sua melhoria, como também melhorar a satisfação do paciente (ALALOUL et al., 2019).

A satisfação com o tratamento hospitalar é parte constituinte na assistência ao paciente concomitante aos resultados clínicos e a QV, os quais se configuram como uma característica primordial para satisfação geral com a vida (DJAMBAZOV;

GIAMMANCO; GITTO, 2019). Ela é definida como o grau em que as experiências de saúde do paciente correspondem às suas expectativas, podendo estar relacionada a variáveis que não estão diretamente ligadas à execução e/ou à prestação do cuidado (ALOISAMI et al., 2022). Os fatores associados a ela são hotelaria, infraestrutura, disponibilidade de acompanhante no internamento, comunicação/instrução por parte dos profissionais, acessibilidade e no caso do paciente com câncer, a toxicidade causada pelo tratamento (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020; ALOISAMI et al., 2022).

Estudo de Moslehpour et al. (2022) apontou um desejo crescente dos pacientes por informação sobre seu estado de saúde. Os autores destacam que a satisfação com o tratamento está relacionada à comunicação, informação, empatia e cuidado da equipe de saúde. Portanto, identificar as fragilidades referentes ao tratamento hospitalar de pacientes com câncer pode revelar aspectos da prestação de serviços relacionados à estrutura e ao processo de atendimento, que devem ser aprimorados na busca de melhoria contínua do tratamento (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

A medida de satisfação geral, isoladamente, já é reconhecida como resultado importante de avaliação de atendimento. Contudo a avaliação da satisfação com o tratamento hospitalar pode ser utilizada para avaliar a percepção do paciente referente aos aspectos humanos, técnicos e logísticos durante a hospitalização (ADI; YLIAS, 2019), permitindo o reconhecimento de aspectos relacionados à conjuntura da vida na perspectiva desses pacientes, que são de igual importância ao tratamento.

Pesquisas sobre a satisfação com o tratamento hospitalar² podem revelar perfis de pacientes cuja atenção complementar à saúde é indispensável, necessitando de atenção especial (BERNARDO; LUCAS, 2020; RAHMAN; RAJU, 2021). Elas podem identificar variáveis no cuidado de saúde que menos correspondem às expectativas do paciente em seu tratamento, impactando em menores níveis de satisfação, os quais devem ser prioritários para direcionar estratégias de cuidado que

² Os autores trazem a temática exposta como Satisfação de Pacientes Afetados com Câncer e Hospitalizados (OBTEL et al., 2017), Satisfação com o Atendimento de Pacientes Hospitalizados com Câncer (ENGEL et al., 2018), Satisfação do Paciente com os Cuidados Oncológicos (HEERDEGEN; PETERSEN; JEVERLUND, 2017) e Satisfação com o Atendimento Hospitalar Oncológico (DJAMBAZOV; GIAMMANCO; GITTO, et al., 2019). Para esta pesquisa, usaremos Satisfação com o Tratamento Hospitalar e quando usarmos a expressão satisfação isoladamente estaremos nos referindo a tal.

visem a uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) (ALOISAMI et al., 2022).

O grupo de QV da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) (2022) definiu a QVRS sob diferentes perspectivas, uma vez que ela envolve dois componentes relacionado ao bem-estar de um indivíduo: i) a capacidade de execução de atividades diárias, que se refletem em bem-estar físico, psicológico e social; e ii) a própria satisfação do paciente no que se refere aos níveis de funcionalidade e controle da doença. Desta forma, apesar da evolução nos tratamentos para o câncer e dos benefícios que eles trouxeram, as repercussões do tratamento permanecem e podem impactar na vida dos pacientes. Elas comprometem os domínios físicos, funcionais, emocionais e financeiros, a curto e a longo prazo (MARQUES et al., 2021). Essas complicações desencadeiam reflexões sobre os efeitos negativos da maior longevidade à custa de menor QVRS em consequência do tratamento (BOTTOMLEY et al., 2019; PAIVA; SARANDINI; SILVA, 2021).

No sentido de que a satisfação do paciente com o tratamento hospitalar pode melhorar o resultado da terapêutica, e consequentemente impactar na QVRS de pacientes com câncer, surge a questão norteadora desta pesquisa: pacientes adultos com câncer que mostram melhores níveis de satisfação com o tratamento hospitalar, apresentam melhores índices de qualidade de vida relacionada à saúde?

1.1 ESTRUTURA DE TRATAMENTO DOS PACIENTES COM CÂNCER NO BRASIL

No Brasil, os pacientes podem percorrer três caminhos para a realização do diagnóstico e tratamento do câncer. O primeiro ocorre por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece assistência gratuita a todo cidadão brasileiro; o segundo, se dá mediante a adesão aos planos privados de saúde. Neste cenário, o paciente paga mensalmente um valor para usufruir dos serviços ofertados pelo plano; e o terceiro percurso é quando o paciente opta por custear qualquer atendimento que necessite.

Para gerir os sistemas de Saúde, tanto públicos quanto privados no Brasil, foram inseridas políticas gerais no âmbito do SUS que se aplicam ao controle do câncer, visando a acelerar tanto o diagnóstico quanto o tratamento, a saber: Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Atenção Básica; Rede de Atenção à Saúde; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; e Política

Nacional de Assistência Social. Essas medidas se refletem em tentativas para controle e definem princípios no processo de produção de saúde. Cada uma delas exerce intervenção tanto para o diagnóstico, como para o tratamento do câncer de maneira coadjuvante ou protagonista, todas contribuindo para a organização do tratamento dentro da rede de atenção à saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2020).

Entre as estratégias da União para suporte ao diagnóstico e tratamento do paciente com câncer, a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 874, de 16 de maio de 2013, dispõe, no artigo 5º, que o tratamento ao paciente com câncer deve ser realizado de forma regionalizada e descentralizada (BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2013). A lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, também assegura o direito do paciente com câncer de fazer o primeiro tratamento pelo SUS gratuitamente no prazo máximo de 60 dias a contar do resultado do laudo anatomopatológico e do diagnóstico (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 2012). Esta lei foi complementada em outubro de 2019 pela lei nº 13.896, que determina a realização de exame diagnóstico em casos suspeitos de neoplasia maligna em até 30 dias (BRASIL, Presidência da República, Secretária-Geral, 2019).

O MS, por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, inclui recomendações para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. As ações de promoção devem ser articuladas entre o MS e as secretarias de saúde das esferas governamentais, com componentes fundamentais para suprir a necessidade desse cenário, com rede de atenção oncológica composta por recursos técnicos, físicos, humanos e assistência de alta complexidade para o diagnóstico e o tratamento do câncer (BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro 2005; BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, 2005).

Além de medidas específicas que direcionam o paciente dentro da rede de saúde, a portaria MS nº 140, de 27 de maio de 2014, redefiniu os critérios e determinou condições estruturais de funcionamento e de recursos humanos, buscando ampliar a qualificação e consolidar a atuação dos serviços especializados em oncologia para realização do tratamento. Este pode ser feito em instituições credenciadas pelo gestor local, habilitadas pelo MS, como os Centros de Assistência de Alta Complexidade (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), que devem atuar oferecendo assistência especializada ao paciente com câncer de forma integral,

no diagnóstico, estadiamento e tratamento (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, 2014; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

O CACON é destinado à assistência especializada para o tratamento clínico ou cirúrgico de todos os tipos de câncer. Deve possuir serviço de oncologia clínica, hematologia, radioterapia e cuidados paliativos, com central de quimioterapia, e disponibilidade ou não de um serviço de oncologia pediátrica. A UNACON é fadada a prestar assistência especializada aos cânceres mais prevalentes no Brasil, oferecendo serviço na área de cirurgia geral, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia, com serviço de oncologia clínica, cuidados paliativos, com central de quimioterapia, podendo ou não dispor de serviço especializado na área de hematologia e radioterapia (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, 2014). Ela objetiva o acesso ao diagnóstico, realização de estadiamento, promoção de tratamento e cuidado, garantindo qualidade em todos os níveis de atendimento (CARROLL; GOMIDE, 2020).

No Brasil, são mais de 317 unidades e centros habilitados pelo SUS como CACON e UNACON, distribuídos em todos os estados, sendo que estado do Paraná são 28 centros habilitados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Os centros devem executar o disposto na Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, a fim de oferecer ao paciente desde exame até cirurgias complexas (BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Especializada à Saúde, 2019).

O sistema de saúde suplementar no Brasil conta com 1.165 operadoras ativas em 2022, que prestam assistência privada a mais de 48.943 milhões de beneficiários. No Paraná, o número de operadoras ativas é de 455, com 25,4% da cobertura populacional alcançada pelo sistema, com 2.956 milhões de usuários (BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022).

O sistema de saúde suplementar tem como característica um pacote de direitos adquiridos pelo consumidor ao contratar privadamente um plano de saúde. A extensão da cobertura desse pacote, deve ser declarada no contrato firmado com a operadora de saúde, norteados pela legislação de saúde suplementar, que são aspectos fundamentais que devem orientar o consumidor na aquisição do plano de saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021).

A saúde suplementar tem como marco regulatório a lei nº 9.656/98 e a lei nº 9.961/2000 que cria a Agência de Saúde Suplementar (ANS), que regulamentam e

normatizam o funcionamento geral dos planos privados de saúde no país. Essas leis estão ligadas à ANS vinculada ao MS, e determinam a subordinação a referida agência qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que disponha em seu conteúdo, além da garantia financeira de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferenciam de atividade exclusivamente financeira. Conferem à ANS as atividades regulatórias que definem o delineamento de limites e deveres da saúde suplementar no Brasil em todas as especialidades e linhas de tratamento, incluindo a oncológica (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1998; BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 2000).

O MS, por intermédio da ANS, definiu estratégias gerais na rede de saúde suplementar que englobam o exame diagnóstico e o tratamento de doenças, entre elas o câncer. Entre as ações do marco regulatório nº 9.656/98, está incluída a elaboração conduzida pela ANS da lista de exames e medicamentos obrigatórios para integrar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para compor a referência básica das operadoras de planos de saúde (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1998; BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 2000).

Periodicamente, a ANS é responsável pela atualização do rol de medicamentos, dispositivos e procedimentos que precisam ser minimamente oferecidos aos usuários de planos de saúde privados (BAGATTINI et al., 2021). Essa conduta assegura o direito à cobertura assistencial dos beneficiários de planos de saúde privado e contempla procedimentos para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de todas as enfermidades listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2018).

Entre as estratégias da ANS, para assegurar atendimento seguro e eficaz, está a determinação do prazo máximo para realização dos procedimentos de diagnóstico e tratamento dos usuários do setor de saúde suplementar. Para tanto, a referida agência, assegura que o paciente com diagnóstico ou suspeita de câncer realize consulta com médico oncologista em até sete dias, e a partir da solicitação do procedimento médico, o prazo máximo de 21 dias para iniciar o tratamento (BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021).

Apesar das estratégias do MS para diagnóstico e tratamento do câncer, no SUS o paciente se depara com filas, que por vezes causam atrasos na realização de

exames, consultas e início do tratamento. Em contrapartida, na rede privada, há falta de alguns medicamentos oncológicos no rol de cobertura de tratamento e atrasos na autorização das operadoras de saúde para liberação de exames ou terapêuticas (MAZZAROTTO, 2016). Ressalta-se que o tempo de diagnóstico, a oferta de tratamento e a intervenção adequada impactam diretamente na maior sobrevida dos pacientes, podendo sofrer variação conforme a disponibilidade desses serviços dentro da rede de saúde (CARVALHO; O'DWER; RODRIGUES, 2018).

Para oportunizar um tratamento eficaz do câncer, é necessário um sistema tecnológico expressivo com apoio de uma estrutura hospitalar de alta complexidade. Esta estrutura deve ser capacitada para confirmação do diagnóstico, realização do estadiamento e promoção do tratamento, sendo a organização do tratamento de alta complexidade articulada dentro da rede de serviços de saúde com integração entre Atenção Primária e Média Complexidade (BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2020).

O tratamento do câncer é desgastante, em decorrência à procedimentos excessivos e internamentos recorrentes. A alta dependência dos pacientes pelos serviços de saúde dá-se pelo processo de adoecimento e pelas intercorrências advindas do tratamento (FONSECA; PERES; SCALIA, 2020), como a sobrecarga de toxicidade, assim como a complicações graves, que necessitam ser conduzidas em regime intra-hospitalar (OLIVEIRA et al., 2021).

Na Bulgária, um estudo de Djambazov, Giammanco e Gitto (2019) mostrou a alta dependência de pacientes com câncer pelos serviços de saúde. O estudo revelou que os pacientes são hospitalizados ao menos uma vez ao mês em pernoite para tratamento de intercorrências da terapêutica oncológica. Nos casos em que o intervalo entre os ciclos do tratamento quimioterápico é inferior a 14 dias, o mesmo é realizado ambulatorialmente. Desse modo, esses pacientes permanecem no hospital para pernoite e/ou atendimento ambulatorial, com quase 12 horas de internamento mensal para gerenciamento de intercorrências ou tratamento da doença.

No SUS, entre os anos de 2008 e 2018, foram realizadas 7.578.552 internações de pacientes com neoplasia (eletivos e/ou emergência), com média diária de permanência de 5,4 dias. Ressalta-se que a média diária de internamento pode ser influenciada por vários fatores, incluindo idade, presença de doenças associadas, estágio do câncer e estrutura hospitalar no que se refere à capacidade de realizar

diagnóstico e obtenção de resultado com vistas a otimizar o tratamento (SANTOS; MACIEL; OLIVEIRA, 2020).

No sistema privado de saúde, dados da Associação Nacional de Hospitais Privados³ (ANAHP) mostraram que as saídas hospitalares (altas, transferências externas e óbitos) foram de 9,86% (n=168.074 saídas) no ano de 2021 pelo diagnóstico de neoplasias. A doença ficou com a segunda posição na lista de saídas com desfecho negativo, com 0,49% do total de óbitos, perdendo apenas para moléstias infecciosas, em que se inclui a Covid-19 com 0,82% (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2022).

Em decorrência da complexidade do câncer e da sua terapêutica, os pacientes irão necessitar de algum tipo de tratamento em regime intra-hospitalar. Neste sentido, o sistema de saúde brasileiro tem como desafio, garantir o acesso desses pacientes ao tratamento adequado (ALECRIM; MIRANDA; RIBEIRO, 2020; SANTOS; MACIEL; OLIVEIRA, 2020).

1.2 SATISFAÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER COM O TRATAMENTO HOSPITALAR

Nas últimas décadas, mensurações em saúde com foco no autorrelato do paciente ganharam destaque (RAHMAN; RAJU, 2021; GAVUROVA; KUBAK. 2022). A temática surgiu quando o *Institute of Medicine* publicou o “*Crossing the Quality Chasm*”, documento que sugeriu mudanças em saúde e definiu o paciente como aspecto central para uma assistência de qualidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). O cuidado centrado no paciente diz respeito às preferências, necessidades e valores individuais. Embora seja indicado a todos os usuários de serviços de saúde, para o câncer ele se torna particularmente importante devido aos sintomas incapacitantes da doença e o alto nível de complexidade do tratamento (ROTH et al., 2020; ALOISAMI et al., 2022).

Para Bernardo e Lucas (2020), a satisfação com o tratamento hospitalar é definida como o grau em que as experiências em saúde do paciente correspondem

³ A ANAHP é uma entidade representativa sem fins lucrativos dos principais hospitais privados do país. Salienta que os dados apresentados pela mesma se referem aos hospitais cadastrados voluntariamente na associação, sendo cerca de 36,5% (124 hospitais membros) do total de hospitais particulares do Brasil (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2022).

às suas expectativas, e está relacionada a todo processo e vivência associada ao tratamento. Obtel et al. (2017) e Gadelha, Muzi e Guimarães (2020) destacaram que a definição da satisfação com o tratamento hospitalar tem um conceito abstrato e multidimensional. Para Warsame e D'Sousa (2019), ela deve ser avaliada em vários contextos, incluindo a rotina hospitalar, a prática clínica e a pesquisa. Nessa direção, a avaliação da satisfação do paciente com o tratamento hospitalar inclui vários fatores que se relacionam com o estado do paciente à forma como ele é atendido.

A avaliação da satisfação hospitalar na prática clínica, por exemplo, pode ser relacionada ao controle da dor, quando o paciente pode definir junto ao médico a melhor opção de tratamento analgésico. Destaca-se que 70% a 80% dos pacientes com câncer avançado experimentam a dor, na forma moderada a intensa. A avaliação da satisfação nesses pacientes pode indicar a melhor eficácia analgésica e o maior controle da dor, direcionando a melhor opção terapêutica (THINH et al., 2018).

O tempo excessivo de espera durante o internamento eletivo e as emergências lotadas, ganham destaque na rotina hospitalar como variáveis que deixam pacientes menos satisfeitos. A avaliação da satisfação do paciente, nesse contexto, pode indicar para instituição de saúde, onde os recursos precisam ser direcionados, no sentido de um melhor gerenciamento das unidades, aprimorando a qualidade no atendimento (ALMEIDA; GÓIS, 2020).

Em relação à pesquisa, estudos experimentais têm ajudado a explorar a satisfação do paciente e sua tolerância percebida em relação aos efeitos colaterais de medicamentos em estudos clínicos de fase I. Tais estudos têm como finalidade identificar o perfil de toxicidade medicamentosa e definir a dosagem ideal prescrita, como também uma associação de medicamentos necessários para posterior progressão para outras fases. Percebe-se que a avaliação de resultados desse tipo de estudo é baseada em observações clínicas ou laboratoriais e subestima a gravidade dos efeitos adversos, em comparação aos relatados pelo paciente no que se refere ao controle de sintomas, função pessoal, tolerância e satisfação pelo tratamento medicamentoso (BRÉDART et al., 2016).

A satisfação com o tratamento hospitalar pode ter relação com variáveis socioeconômicas e clínicas dos pacientes. As variáveis socioeconômicas direcionam a abordagem da equipe multidisciplinar e podem implicar na satisfação da compreensão das orientações recebidas pelos profissionais, como também a presença de acompanhante durante o internamento e o acesso ao serviço de saúde.

As variáveis clínicas envolvem alterações nos níveis de satisfação entre o tratamento cirúrgico, em comparação com o clínico, que pode estar associada à conduta médica e às orientações fornecidas por diferentes especialidades (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

Ressalta-se que, a própria hospitalização desencadeia fatores estressores contribuintes dada a nova rotina, distanciamento familiar, impacto do diagnóstico, esperança quanto ao prognóstico, somados à dualidade dos sentimentos positivos e negativos intrínsecos ao paciente. A satisfação com o tratamento hospitalar está intimamente relacionada às emoções e ao modo como o paciente enfrenta o período de hospitalização (ALENCAR; SARDINHA, 2020; GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

A satisfação tem sido reconhecida como cuidado centrado no paciente e garanti-la poderá melhorar a QVRS em pacientes com doenças crônicas (ALALOUL et al., 2019). Seus níveis elevados podem ser associados a uma melhor adesão às orientações profissionais, refletindo-se em menores taxas de mortalidade dos pacientes internados, assim como em reduções de readmissão hospitalar. Contudo, ela não deve ser tratada somente como um dado de qualidade, mas como base para a reformulação e a adaptação de cuidados, objetivando uma assistência em saúde baseada na eficácia, eficiência, com foco no paciente e suas expectativas (RAHMAN; RAJU, 2021).

Assegurar que as expectativas do paciente sejam atendidas pode ser relevante, uma vez que ela pode estar associada a variáveis não ligadas à prestação do cuidado (RAHMAN; RAJU, 2021). A satisfação do paciente pode estar associada à acessibilidade, infraestrutura, relacionamento interpessoal, comunicação, apoio da equipe e à capacidade de fornecer informações (DJAMBAZOV; GIAMMANCO; GITTO, 2019; ALENCAR; SARDINHA, 2020).

A falta de acessibilidade ao serviço de saúde pode se refletir em menores taxas de satisfação com o tratamento hospitalar (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020). Ela consiste na disponibilidade de meios de transporte, estacionamento dentro das instituições e na facilidade de acesso ao hospital. Em pacientes que residem em cidades diferentes da instituição de tratamento, a acessibilidade pode estar associada a menores níveis de satisfação dada a dificuldade de locomoção até o ambiente onde a terapêutica é realizada (OBTEL et al., 2017).

O apoio da equipe ao paciente com câncer também é considerado um fator que corresponde a melhores níveis de satisfação. Além de dados como sucesso do tratamento, as instituições que prestam atendimento em saúde são avaliadas pela qualidade do atendimento e vinculam tal característica à dignidade, respeito e compaixão, evidenciados na equipe, que devem ser intrínsecas ao cuidado humano e empático (DOYLE; LENNOX; BELL, 2013). É primordial a prática do cuidado humanizado para todos os pacientes, porém quando se trata de câncer, devido à complexidade da doença e extensos períodos de hospitalização, esse cuidado pode proporcionar atenuação da dor e melhor adesão ao tratamento (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020; LÓSS et al., 2020).

Quanto à comunicação entre equipe, paciente e familiares dentro do ambiente hospitalar, é fundamental que ela seja resolutiva e esclarecedora. A informação bidirecional pode induzir os pacientes a ser mais envolvidos no seu itinerário terapêutico, tornando-os mais dispostos a fornecer informação sobre o seu estado de saúde, evitando procedimentos diagnósticos desnecessários (MOSLEHPOUR et al., 2022). Ela pode encorajar o paciente a uma maior participação no autocuidado, aderência à terapia medicamentosa e melhor adesão ao tratamento (SÁNCHEZ et al., 2021).

Neste sentido, Adi e Ilyas (2019) enfatizam que assim como o conhecimento técnico-científico, os profissionais que prestam atendimento ao paciente com câncer devem ter habilidades interpessoais, com destaque para a comunicação empática, respeito às crenças e preocupações com os pacientes. Essas habilidades podem proporcionar condições de empatia e segurança para que os pacientes e familiares fiquem dispostos a fornecer informações e sejam motivados a relatar eventos adversos ou complicações advindas do tratamento (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020). As habilidades interpessoais, somadas à qualidade no atendimento e interação dos profissionais com o paciente, podem influenciar a maiores níveis de satisfação (ADIS; ILYAS, 2019; RAHMAN, RAJU, 2021).

A satisfação do paciente pode se confundir com as expectativas e incertezas sobre o tratamento, nessa perspectiva, a informação recebe destaque (ALALOUL et al., 2019). A equipe multidisciplinar deve ser preparada para informar o estado de saúde do paciente em sua totalidade, incluindo estado de saúde atual e prognóstico. O fornecimento de informações exatas e abrangentes propicia expectativas realistas

do paciente para com a instituição de saúde, influenciando na sua percepção sobre o tratamento (ALALOUL et al., 2019; ANACLETO; CECHHETTO; RIEGEL, 2020).

O apoio da equipe de enfermagem é fundamental para minimizar aspectos organizacionais que refletem na assistência ao paciente, a qual deve-se estender além do cuidado curativo (ANACLETO; CECHHETTO; RIEGEL, 2020). Proporcionar um ambiente confortável e acolhedor, são iniciativas que atenuam condições estruturais e organizacionais e proporcionam maior humanização e uma melhor satisfação e experiência do cuidado recebido (CALEGARI, MASSAROLLI, SANTOS, 2015; ANACLETO; CECHHETTO; RIEGEL, 2020).

É importante, dentro da rotina hospitalar, adaptar-se as necessidades individuais do paciente com câncer e seus familiares, fazendo-os perceber que eles são parte daquele ambiente novo, o qual estão inseridos. A flexibilização de rotinas e restrições, como liberação de acompanhante em alguns setores e visita além do horário permitido, podem ser vistas como qualidades que mostram uma posição empática da equipe de enfermagem e refletem em melhor relacionamento interpessoal (CALEGARI, MASSAROLLI, SANTOS, 2015). Nessa perspectiva, o cuidado com qualidade e humanizado depende de uma estrutura hospitalar que favoreça tal condição. Sendo a estrutura, responsável pela proporção de bem-estar, individualidade e autonomia do paciente (ANACLETO; CECHHETTO; RIEGEL, 2020).

Uma pesquisa multicêntrica realizada na Bulgária, avaliou a satisfação com o cuidado em ambiente hospitalar de 306 pacientes com câncer, e destacou uma elevada satisfação geral com tratamento recebido e mesmo níveis de satisfação entre informações fornecidas por médicos e enfermeiros. No entanto, a avaliação da instrução recebida pelo enfermeiro recebeu maiores níveis de satisfação em comparação ao restante da equipe. De acordo com os autores, as habilidades técnicas dos enfermeiros e médicos concorrem para definir a experiência geral do paciente, citando ainda que a comorbidade do paciente e a infraestrutura hospitalar impactam negativamente para a satisfação (DJAMBAZOV; GIAMMANCO; GITTO, 2019).

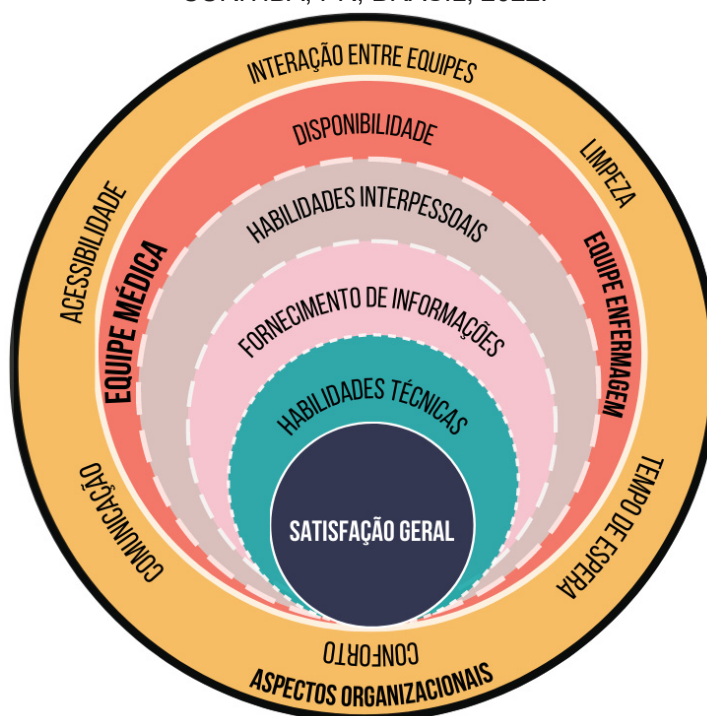
A oferta de uma assistência de qualidade pelas instituições de saúde tem sido desafiadora, devido à alta demanda, superlotação e sobrecarga de serviço (ALMEIDA; GÓIS, 2020). Com a finalidade de melhorar a qualidade interna de atendimento, os resultados do tratamento percebido pelo paciente tem sido foco das instituições de saúde. Nesse sentido os estudos com satisfação e QVRS ganham destaque como

indicadores essenciais de avaliação (ALMEIDA; GÓIS, 2020; GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

A mensuração da satisfação pode favorecer a construção de protocolos e diretrizes institucionais com foco na melhoria da assistência prestada e no tratamento ao paciente (ALOSAIMI et al., 2022). Essas ações devem ser priorizadas nos locais que realizam atendimento aos pacientes com câncer, possibilitando avaliar a qualidade desses serviços, identificando onde os processos precisam ser melhorados (ALALOUL et al., 2019; DJAMBAZOV; GIAMMANCO; GITTO, 2019).

Para mensurar a satisfação do paciente com o tratamento no ambiente hospitalar, o grupo europeu que desenvolve e gerencia instrumentos de qualidade de vida EORTC, criou o *EORTC With in-Patient Cancer Care* (IN-PATSAT32). Este instrumento foi desenvolvido com base em outros questionários que avaliam a satisfação dos usuários de saúde, entrevistas com médicos oncologistas e pacientes com câncer. Ele é dividido em três dimensões: satisfação com os cuidados recebidos pelos enfermeiros, satisfação com os cuidados recebidos pelos médicos e aspectos organizacionais da instituição (BRÉDART et al., 2005). A figura 1 mostra a interpretação ilustrativa dos domínios e itens do instrumento in-PATSAT32 desenvolvida pelo pesquisador.

FIGURA 1 – INTERPRETAÇÃO ILUSTRATIVA DOS DOMÍNIOS E ITENS DO IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.



FONTE: O autor (2022).

No instrumento entre as questões que avaliam a equipe médica e a de enfermagem, estão as competências interpessoais e técnicas, a disponibilidade e a informação por elas transmitida. Em relação aos aspectos organizacionais, estão a simpatia, ajuda e informação transmitida pela equipe de apoio, o tempo para realizar e obter resultado de exame, o acesso e a localização do hospital, limpeza, conforto e a comunicação entre a equipe multidisciplinar e uma questão que avalia a satisfação geral da qualidade do atendimento recebida (MARTINS, 2009).

Validado transculturalmente em nove países, o IN-PATSAT32 mostrou-se de fácil aplicação, seja em centros particulares ou em diferentes níveis de saúde, apresentando robustez para pesquisas clínicas (BRÉDART et al., 2005; BRÉDART et al., 2007). Este instrumento foi validado na Espanha, Portugal, Islândia, China e Marrocos (MARTINS, 2009; ARRARAS et al., 2009; HJÖRLEIFSDÓTTIR; HALLBERG; GUNNARSDÓTTIR, 2010; ZHANG et al., 2014; OBTEL et al., 2017). No Brasil a primeira fase de adaptação na língua se deu a partir de um estudo realizado por Belmiro et al. (2018) com 24 pacientes hospitalizados, e validado por Gadelha, Muzi e Guimarães (2018).

Investigações sobre a satisfação do paciente com tratamento hospitalar, têm demonstrado quais os preditores para o sucesso do tratamento. Essas investigações se mostram úteis na terapêutica do câncer para a reorganização das práticas de cuidado em saúde, melhor adesão do paciente, vantajosos resultados clínicos e maior QVRS (ADI; ILYAS, 2019; BERNARDO; LUCAS, 2020; GAVUROVA; KUBAK, 2022).

1.3 IMPACTO DO TRATAMENTO HOSPITALAR NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER

O câncer é uma doença que tem se destacado pelo elevado número de casos e impacto que o tratamento causa na QV dos pacientes (MARQUES et al., 2021; PEREIRA et al., 2022). Com isso, observa-se uma crescente preocupação na obtenção de desfechos não tradicionais de resultados do tratamento, incluindo a preservação da QV. Esses resultados contribuem para o bem-estar do paciente, principalmente entre aqueles que podem não obter a cura devido ao seu prognóstico (BOTTOMLEY et al., 2019; SHRESTHA et al., 2019).

A QV é um conceito multidimensional e se mostra intrínseca à percepção do indivíduo de acordo com o cotidiano e ambiente onde ele se desenvolve e à sua satisfação geral com a vida (FREIRE et al., 2018; SILVEIRA et al., 2021). Não há um conceito único sobre a QV, mas deve-se pensar em componentes envolvendo a objetividade e a subjetividade para se refletir nesse âmbito (MARQUES et al., 2021). A objetividade está relacionada à posição do ser e à sua conexão estabelecida na sociedade; a subjetividade corresponde à percepção da sua condição biopsicossocioespiritual (CORRÊA; OLIVEIRA; TAETS, 2020).

No âmbito da saúde, quando a QV está atrelada ao adoecimento e à suas intervenções advindas, adota-se o termo “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” como o estado de saúde percebido pelo próprio paciente, decorrente do impacto e da cronicidade da enfermidade em seu cotidiano (VIANA et al., 2021; MARQUES et al., 2021). Mesmo que sobrevenha uma concepção sugestiva ao termo “Qualidade de Vida”, o conceito tem muitas definições, o que caracteriza sua complexidade, multifacetada e com componentes diversos (SHRESTHA et al., 2019).

Para a *World Health Organization* (WHO) (1997, p.1, tradução nossa⁴), a QV é conceituada como “[...] a percepção que um indivíduo tem sobre sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e valores em que ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Destaca-se que a mensuração da QV só pode ser obtida a partir de uma percepção pessoal sobre os vários aspectos intrínsecos à vida.

Com vistas a mitigar os efeitos negativos do tratamento, o MS elaborou políticas favoráveis a QV, definindo-a como uma das metas a serem alcançadas no tratamento do câncer, em conjunto com a promoção, prevenção, cura e prolongamento da vida (BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2005). Estas ações devem ser direcionadas à população e principalmente aos pacientes adultos com câncer, que apresentam comorbidades associadas ao diagnóstico e demandam cuidado adicional relacionado aos aspectos físicos e sociais, que se refletem negativamente na QVRS. Mesmo entre aqueles que obtiveram cura, tais alterações podem se perpetuar por anos, pelo temor de recaída da doença (RHEE; PAWLOSKI; PARSONS, 2020).

⁴ No original: “as individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997, p. 1).

O aumento no número de casos novos de câncer na população adulta e com comorbidade, indica que mais pacientes precisarão de tratamento em regime intra-hospitalar (DRAGESET et al., 2021). O estudo de Santos, Maciel e Oliveira (2020) analisou as taxas de internações por neoplasias entre os anos de 2008 e 2018 no SUS, e mostrou que pacientes acima de 19 anos ocupavam mais de 90% das internações hospitalares com 6.954.64 milhões. Evidenciando o aumento progressivo da incidência de câncer e de internações com o avanço da idade, principalmente em maiores de 50 anos, ressaltando a importância de cuidados de saúde em diferentes necessidades, principalmente no âmbito hospitalar.

O tratamento do câncer é extenso, e os pacientes irão enfrentar alguma terapêutica agressiva e internações hospitalares recorrentes, independentemente do seu prognóstico, o que resulta em experiência estressante (ALALOUL et al., 2019; ALOISAMI et al., 2022). Tais condições, podem causar mudanças no ambiente e na rotina dos pacientes e familiares, dificultando a realização de atividades cotidianas e excluindo-os do convívio sociofamiliar, condições que podem repercutir negativamente na QV (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

Nessa perspectiva, a evolução do câncer e os efeitos da terapêutica conduzem limitações físicas e psicossociais, que, muitas vezes, impedem a continuidade das atividades laborais (ROCHA et al., 2021). Paralelamente a isso, em alguns casos, a evolução da doença pode estar associada à hospitalização, com distanciamento do paciente do convívio social e familiar, reduzindo significativamente sua comunicação com seu ciclo de convívio, com consequente isolamento social (ALALOUL et al., 2019; MARQUES et al., 2021), situação que pode influenciar negativamente na QV.

Para além do desgaste físico proporcionado pelo ambiente hospitalar, existe o esgotamento emocional, que pode advir da relação diminuída com as pessoas da família (filhos, cônjuge) e trabalho (MARQUES et al., 2021). Além das angústias associadas ao tratamento, como medo dos efeitos colaterais, a preocupação com o estado de saúde atual, as decisões tomadas referentes a terapêutica e, sobretudo, o temor pelo sofrimento e morte, configuram o câncer como uma das doenças que mais causam sentimentos negativos ao paciente e familiares (CORDEIRO; SANTOS; ORLANDI, 2021).

Deste modo, a instituição que assiste o paciente com câncer deve ser e estar preparada para dar apoio espiritual, configurando uma técnica para enfrentamento da

doença. Uma melhor intervenção espiritual se reflete em maior enfrentamento da doença, adesão ao tratamento médico, com melhores respostas clínicas e aumento da QVRS (ALALOUL et al., 2019; MIURA et al., 2020). Neste sentido, as necessidades espirituais e psicossociais do paciente devem ser uma das metas do tratamento aos pacientes com câncer hospitalizados.

O apoio psicossocial deve ser priorizado dentro das instituições de tratamento ao paciente com câncer. A necessidade de isolamento social, que, muitas vezes, o tratamento requer, se reflete em riscos de alterações psicoemocionais causadas pelo medo de sobreviver ao câncer, pelo surgimento de sequelas e pela própria relação com a morte que a doença carrega, alterando sua QVRS e sua esperança (SILVEIRA et al., 2021).

De acordo com Drageset et al. (2021), o tratamento aos pacientes adultos com câncer é difícil e complexo, em decorrência das comorbidades e da sobrecarga de efeitos adversos da doença e da terapêutica. As alterações do quadro clínico relacionadas à doença e o seu tratamento são os maiores motivos de internamentos desses pacientes (ROCHA; SANTOS; DEVEZA, 2019). Entre as principais causas de hospitalização, estão a infecção, dor, febre, dispneia e neutropenia febril como também a progressão da doença e suporte ao fim de vida (DRAGESSET et al., 2021).

A hospitalização dos pacientes em cuidados de fim de vida é comum, e está relacionada a prejuízos na QVRS (VESTERGAARD et al., 2020). Neste sentido, destaca-se que pacientes com câncer em cuidados de fim de vida são mais suscetíveis a maior toxicidade no tratamento oncológico e a evento adverso⁵ durante a hospitalização. Um estudo multicêntrico realizado na Dinamarca mostrou que pacientes hospitalizados em cuidados de fim de vida que receberam tratamento para o câncer no último mês de vida sofreram aumento da toxicidade do tratamento e declínio da QVRS, como também, algum tipo de evento adverso com ou sem mortalidade associada. Os eventos adversos mais comuns foram infecção adquirida e erro de medicação, que contribuíram para um aumento da permanência hospitalar (HAUKLAND et al., 2020).

Uma das situações que favorecem a busca por atendimento hospitalar e influenciam negativamente na QVRS, é a dor (DRAGESSET et al., 2021). Ela é um dos

⁵ Evento adverso é definido como uma lesão física não intencional resultante ou contribuída por cuidados assistenciais que requerem monitoramento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resultam em óbito (BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017).

sinais vitais que deixam os pacientes mais susceptíveis à procura por atendimento, sendo frequentemente relatada por pacientes com câncer. Mais de 50% dos pacientes em tratamento para o câncer independente do estágio da doença relatam dor, sendo um dos sintomas mais incapacitantes e prevalentes (GUERINI; OLIVEIRA; REIS, 2022). Segundo Fernandes (2021) nos pacientes em tratamento hospitalar esse percentual pode chegar a quase 90%. Ainda nessa vertente, no estudo de Sampaio, Motta e Caldas (2021) com pacientes sob cuidados paliativos, a dor foi motivo de 20% das internações hospitalares. Seu controle eficaz está relacionado à melhora de sintomas como a fadiga e insônia, que afetam positivamente nas atividades diárias, proporcionando melhora na QVRS (LIU; LIN; 2020; DRAGESET et al., 2021).

Outro sintoma comum no câncer em estágio avançado, que está entre as principais causas de hospitalizações, é a dispneia, (DRAGESET et al., 2021). Ela surge comumente associada à dor, ansiedade e fadiga, necessitando da atenção da equipe médica para seu gerenciamento (RAMOS; TAVARES; MENDONÇA, 2017). Um estudo de coorte prospectivo, que avaliou a QVRS de pacientes com câncer, mostrou a dispneia como um dos sintomas mais prevalentes após três meses de tratamento quimioterápico (SILVEIRA et al., 2021).

Entre os tratamentos para o câncer, o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) requer condução em regime intra-hospitalar com isolamento social do paciente devido ao declínio do sistema imunológico devido a altas doses de quimioterapia administradas (MARQUES et al., 2021). O período de hospitalização traz preocupações adicionais, com implicações na performance pessoal do paciente, havendo, durante esse período, privação da liberdade e perda da privacidade com adaptação a uma nova rotina, somadas a múltiplos procedimentos, os quais otimizam sentimentos negativos que se refletem em declínio da QVRS (MACHADO et al., 2018a; MACHADO et al., 2018b)

Episódios de febres em pacientes em tratamento quimioterápico ou pós-TCTH são um fator preocupante indicativo de neutropenia febril⁶. Considerada uma emergência oncológica, a neutropenia febril é um fato recorrente em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico, com aumento da estadia hospitalar,

⁶ A neutropenia febril é definida como contagem de neutrófilos $<500 \text{ cél/mm}^3$ ou contagem $<1000 \text{ cél/mm}^3$ com previsão de queda $<500 \text{ cél/mm}^3$ em 48h com febre (PIRES; MAMPRIM, 2021; SANTOS; SOUZA, 2021).

morbidade e mortalidade que chega a mais de 50%. O tratamento consiste em antibioticoterapia de amplo espectro e hidratação endovenosa, conduzidas em regime intra-hospitalar com controle rigoroso dos sinais vitais (AMARAL et al., 2020).

As transformações impostas pelo tratamento, na vida do paciente, se refletem em alterações físicas, emocionais e sociais, e necessitam de atenção da equipe multiprofissional quando este está em tratamento hospitalar. As diferentes opções terapêuticas para o câncer e sua complexidade exigem o envolvimento da equipe multidisciplinar para condução das especificidades do tratamento, com foco na melhoria da QVRS.

No contexto de coordenar e conduzir pesquisas internacionais para melhorar o padrão de tratamento do câncer, foi criado a EORTC, Organização de pesquisa acadêmica, com a finalidade de aconselhar grupos cooperativos sobre a concepção, implementação e análise de ensaios clínicos internacionais em QV. Essa ação resultou no desenvolvimento do instrumento básico para avaliação da QV, intitulado EORTC - *Quality of Life Questionnaire Core 30* (QLQ-C30) (AARONSON et al., 1993; EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER, EORTC, 2022).

O instrumento QLQ-C30 foi elaborado na intenção de avaliar a multidimensionalidade do constructo da QV em pacientes com câncer. Ele pode ser utilizado para qualquer tipo de câncer e avalia efeitos colaterais da doença e do tratamento, incorporando questões de saúde física, emocional e social sobre a perspectiva do paciente para obtenção de autorrelatos sobre a avaliação da QVRS (AARONSON et al., 1993; FRANCESCHINI et al., 2010; PAIVA et al., 2014).

A avaliação da QV é fundamental para o paciente que foi diagnosticado ou está em tratamento para o câncer. Ela pode servir como parâmetro para a evolução e análise do tratamento dos pacientes (MARINHO et al., 2019) em decorrência das mudanças que enfrentam no seu estilo de vida impostas pelo tratamento (DJAMBAZOV; GIAMMANCO; GITTO, 2019), independentemente da modalidade terapêutica ou da intenção curativa (BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020).

É possível obter avaliação genérica da QVRS pela utilização de instrumentos validados e confiáveis, todavia essas medições apresentam algumas limitações, sendo necessária a realização de mensurações relacionadas ao tipo do câncer, local do tumor, efeitos adversos da modalidade de tratamento e domínios adicionais a QVRS. Essas medidas devem complementar a avaliação geral da QVRS com o

propósito de obter achados mais precisos e direcionar a assistência (*EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER*, 2022).

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a satisfação com o tratamento hospitalar de pacientes adultos com câncer e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os domínios alterados na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes adultos com câncer que recebem tratamento hospitalar.
- b) Comparar os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde com o escore total da satisfação com o tratamento hospitalar.
- c) Correlacionar as características clínicas dos pacientes adultos com câncer aos escores de satisfação no tratamento hospitalar.

2.3 HIPÓTESES DA PESQUISA

2.3.1 Hipótese nula

- a) A satisfação com o tratamento hospitalar dos pacientes com câncer não altera sua qualidade de vida relacionada à saúde.

2.3.2 Hipótese alternativa

- a) Pacientes que têm maior satisfação com o tratamento hospitalar apresentam melhores escores de qualidade de vida relacionados à saúde.

3 MATERIAL E MÉTODO

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Segundo Malta et al. (2010), a intenção da iniciativa STROBE é oferecer recomendação sobre como relatar estudos observacionais (ANEXO 1).

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Pesquisa quantitativa, observacional, analítica de recorte transversal conduzida com pacientes em tratamento do câncer no Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG), Curitiba – PR - Brasil.

O estudo quantitativo busca dados com medição objetiva e representatividade numérica, que são transformados em informações, objetivando generalizar os resultados, dispondo como base uma amostra representativa da população (ZANELLA, 2013). As pesquisas observacionais acontecem em todas as fases do estudo quantitativo, sendo essencial na etapa de coleta de dados, de forma exclusiva ou associada a outras técnicas, favorecendo a construção da hipótese que contribui para a obtenção dos dados (GIL, 2019), não consistindo apenas em ver e ouvir os fatos, como também examinar os fenômenos observados (MARCONI; LAKATOS; 2021).

A etapa analítica requisita técnicas estatísticas para a composição dos resultados tabulados, contribuindo para a caracterização e o resumo dos dados da amostra e para o estudo de relações que existem entre as variáveis (GIL, 2019).

3.2 CONTEXTO DA PESQUISA

3.2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi conduzida nas unidades de hematologia e oncologia, do HNSG, situado na cidade de Curitiba - PR - Brasil. Instituição geral, filantrópica, privada, acreditada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) nível 3 com excelência (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2022), e certificada pelo Ministério da Saúde como nível A em TCTH, de acordo com sua alta complexidade tecnológica e

dos resultados do tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Diário Oficial da União, 2021). O hospital possui 250 leitos disponíveis à população em atendimento privado de saúde, distribuído em mais de 39 especialidades médicas. São realizados no hospital, em média, 1.400 atendimentos a pacientes por mês, oriundos do município de Curitiba, Região Metropolitana e outros estados brasileiros (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2022).

O HNSG é referência em atendimento oncohematológico e ampara várias clínicas oncológicas para atendimento de intercorrência, procedimentos e tratamento que devem ser conduzidos em regime intra-hospitalar. A equipe responsável pelo TCTH no HNSG, é a pioneira na realização deste procedimento, bem como, precursora na América Latina do uso de sangue de cordão umbilical e placentário como fonte de células, e a primeira na realização de transplante alogênico não aparentado no Brasil, ocorridos no Complexo Hospital de Clínicas (CHC), da Universidade Federal do Paraná (UFPR) (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2019). A instituição também é conhecida pela realização de procedimentos cirúrgicos inovadores, minimamente invasivos para tratamento do câncer no Sul do país (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2021).

As unidades de internamento da oncologia e hematologia são constituídas por equipe multiprofissional, composta por médicos hematologistas/oncologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêutico, dentista, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, tendo como objetivo o atendimento de pacientes hospitalizados para tratamento do câncer. Entre os tratamentos realizados nas unidades, estão cirurgia, infusão de quimioterapia, transfusão sanguínea e TCTH, além de tratar intercorrências durante o tratamento de pacientes com câncer.

No ano de 2020, a unidade de oncologia fez 869 atendimentos e a unidade de hematologia, cerca de 356 atendimentos a pacientes com câncer. A média de diária de permanência dos pacientes com câncer, foi de três a cinco dias, o número de pacientes atendidos nessas unidades com pelo menos três dias de internamento no ano de 2020, foi de 141 atendimentos. O número de atendimentos a pacientes com câncer que permaneceram internados por ao menos três dias, no triênio de 2018/2020, foi de 471 (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2021).

3.2.2 Período do estudo

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2021 a janeiro de 2022 quando se atingiu a amostra proposta pelo cálculo amostral.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar da pesquisa, pacientes adultos em internamento hospitalar.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico confirmado de câncer; e
- Internamento hospitalar no HSNG de no mínimo três dias.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que estavam incapazes de responder aos instrumentos por não terem condições de se comunicar; por alterações do estado mental ou cognitivas, reportadas no prontuário do paciente; ou identificadas pelo pesquisador na impossibilidade para aplicação dos instrumentos.

3.4 FONTE DE DADOS E MENSURAÇÃO

Para coleta de dados, foram aplicados pelo pesquisador, três instrumentos distintos simultaneamente.

O primeiro instrumento aplicado foi o Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) (APÊNDICE 1) adaptado de Machado (2021) e Silva (2021), o qual foi validado em outras pesquisas com a temática de câncer e QVRS.

O instrumento QSDC contém variáveis relacionadas às características étnicas, sexo, renda, grau de escolaridade, diagnóstico, ocupação, tipo e estadiamento do câncer, estado civil, renda familiar, presença de acompanhante no internamento, histórico clínico e de tratamento, como também à idade, número de

filhos, tempo de diagnóstico, frequência e período de internamento. Foi realizada a complementação das questões clínicas do instrumento relacionadas ao estadiamento, localização do tumor, data de diagnóstico, tempo de tratamento, tipos de tratamento realizados, com busca no prontuário do participante para aqueles que não souberam responder às questões relacionadas à sua doença.

O segundo instrumento aplicado foi o QLQ-C30 versão 3.0 (ANEXO 2), utilizado para mensuração da QVRS em pacientes com câncer. Ele permite avaliar sintomas genéricos da doença de acordo com uma escala numérica distribuída de um a quatro (1= não, 2 = pouco, 3 = moderadamente, 4 = muito) e duas escalas de diferencial semântico (DS) (0 a 7 pontos).

O QLQ-C30 é composto por 30 questões, distribuídas em: uma escala de avaliação de saúde/QV geral, cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, social e cognitiva), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito), e itens adicionais relacionados a sintomas frequentemente relatados por pacientes com câncer, como dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item para avaliação da toxicidade financeira (QUADRO 1) (FAYERS et al., 2001). O instrumento foi traduzido e validado para mais de 110 idiomas e foi empregado globalmente em mais de 3.000 estudos (EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER, 2022).

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS E ITENS DO QLQ-C30. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

(continua)

Escalas/ Domínios	Número de itens	Itens correspondentes
Saúde global e QV	2	29 e 30
Escalas Funcionais		
Função física	5	1 a 5
Desempenho pessoal	2	6 e 7
Função emocional	4	21 a 24
Função cognitiva	2	20 e 25
Função social	2	26 e 27
Escalas de sintomas		
Fadiga	3	10, 12 e 18
Náusea e vômito	2	14 e 15
Dor	2	9 e 19
Dispneia	1	8
Insônia	1	11

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMÍNIOS E ITENS DO QLQ-C30. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

(conclusão)

Perda de apetite	1	13
Constipação	1	16
Diarreia	1	17
Toxicidade financeira	1	28

FONTE: Adaptado de EORTC QLQ-C30 *Scoring Manual* (2001).

O terceiro instrumento aplicado foi o IN-PATSAT32 (ANEXO 3), desenvolvido com a finalidade de avaliar a satisfação e experiência do cuidado recebido com o tratamento hospitalar de pacientes adultos com câncer. Ele contém 32 questões cujas respostas são quantificadas numa escala numérica distribuída de um a cinco (1 = ruim, 2 = razoável, 3 = bom, 4 = muito bom, 5 = excelente) (BRÉDART et al., 2005).

O IN-PATSAT 32 contém perguntas que são distribuídas em 11 escalas de múltiplos itens que avaliam as habilidades técnicas, habilidades interpessoais, fornecimento de informação e disponibilidade de médicos e enfermeiros. Assim como, aspectos organizacionais, estruturais e informacionais do atendimento e do ambiente hospitalar, além de itens únicos para avaliação de conforto/limpeza, troca de informação e avaliação da satisfação geral (BRÉDART et al., 2005) (QUADRO 2).

O instrumento IN-PATSAT 32 foi desenvolvido pela EORTC, e seu primeiro estudo de validação aconteceu com uma amostragem de 647 pacientes em nove países simultaneamente (BRÉDART et al., 2005). No Brasil, foi traduzido por Belmiro et al. (2018), validado e adaptado transculturalmente por Gadelha, Muzi e Guimarães (2018) demonstrando propriedade psicométrica em pacientes brasileiros com diferentes tipos de cânceres e em etapas distintas do tratamento.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE DOMÍNIOS E ITENS DO IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

(continua)

Escalas/ Domínios		Número de itens	Itens correspondentes
Equipe médica	Habilidades técnicas	3	1 a 3
	Habilidades interpessoais	3	4 a 6
	Fornecimento de informação	3	7 a 9
	Disponibilidade	2	10 e 11
Equipe de enfermagem	Habilidades técnicas	3	12 a 14
	Habilidades interpessoais	3	15 a 17
	Fornecimento de informação	3	18 a 20
	Disponibilidade	2	21 e 22

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE DOMÍNIOS E ITENS DO IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

Aspectos organizacionais	Interação entre equipe	3	24 a 26
	Tempo de espera	2	27 e 28
	Acessibilidade	2	29 e 30
	Troca de informação	1	23
	Conforto/Limpeza	1	31
Avaliação geral	Satisfação geral	1	32

FONTE: Adaptado de IN-PAT32 *Scoring Manual* (2005).

Ambos os instrumentos, QLQ-C30 e IN-PATSAT 32, têm respostas no estilo *Likert* com quatro e cinco pontos, respectivamente (QUADRO 3) (PAIVA et al., 2014; BELMIRO et al., 2018). Este tipo de escala psicométrica busca mensurar a manifestação expressa pelo participante por meio de alternativas favoráveis ou desfavoráveis às questões de um instrumento, interpretando as concordâncias expressadas de modo positivo com maior valor numérico (POLIT; BECK, 2019).

QUADRO 3 - PONTUAÇÃO DA ESCALA DE LIKERT DOS INSTRUMENTOS QLQ-C30 E IN-PATSAT32. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

IN-PATSAT32: CONFIANÇA, FREQÜÊNCIA, DURAÇÃO, 2022.				
QLQ-C30 (Questões 1 a 28)				
Não	Pouco	Moderadamente	Muito	
1	2	3	4	
IN-PATSAT32 (Questões 1 a 32)				
Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

FONTE: Adaptado de QLQ-C30 *Scoring Manual* (2001) e IN-PATSAT32 *Scoring Manual* (2005).

O instrumento QLQ-C30 apresenta duas escalas de DS, que consistem em mensurar o significado de determinado conceito, exposto em uma escala de sete pontos com adjetivos opostos em cada extremidade (GIL, 2019) (questões 29 e 30). Essas escalas são relacionadas à avaliação da saúde em geral e à qualidade de vida em geral (QUADRO 4).

QUADRO 4 - QUESTÕES COM DIFERENCIAL SEMÂNTICO DO QLQ-C30, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.

Questão 29 - Como você classifica sua saúde em geral durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima
Questão 30 - Como você classifica sua QV em geral durante a última semana?						
1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

FONTE: Adaptado de FAYERS et al. (2001).

A aplicação dos três instrumentos durante a coleta de dados foi realizada pelo pesquisador no apartamento da unidade de internação simultaneamente, após o aceite do participante, com duração máxima de vinte minutos. Além do convite por abordagem direta aos pacientes, também foram distribuídos nos setores cartazes de divulgação, como forma de recrutamento de participantes para a pesquisa (APÊNDICE 4).

3.5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para esta pesquisa, estabeleceu-se o tamanho da amostra, baseando-se no número de atendimentos de adultos com câncer nos setores da oncologia e hematologia, com pelo menos três dias de internamento hospitalar em qualquer modalidade de tratamento, nos anos de 2018 (n=148), 2019 (n=145) e 2020 (n=131), obtendo uma projeção de 117 participantes. Ainda que a definição da amostra tenha sido composta por procedimento probabilísticos, a seleção de participantes se deu de maneira não aleatória, envolvendo o recrutamento dos participantes disponíveis, obedecendo os critérios de inclusão (POLIT; BECK, 2019).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram codificados e organizados em planilhas no *Microsoft Office Excel®* 2019 e submetidas à dupla digitação em momentos distintos ao longo da coleta de dados, com posterior verificação e correção de possíveis inconsistências. Em seguida, foram armazenadas sob responsabilidade do pesquisador.

Para caracterização sociodemográfica e clínica, os dados foram analisados utilizando estatística descritiva com distribuição em estimativa de média ($\bar{x}$),

frequência simples (f) e relativa (%). Os dados obtidos com os instrumentos QLQ-C30 e IN-PATSAT32 foram examinados com as recomendações determinadas pela EORTC que constam no *manual scoring* dos instrumentos e apresentados em média ($\bar{x}$) e desvio padrão ($\pm$) (FAYERS, 2001; BRÉDART et al., 2005).

Para análise dos resultados do instrumento que avaliou a QVRS (QLQ-C30) os dados foram expostos em pontuações de 0 a 100 pontos. Um escore maior resultante na escala funcional e estado de saúde geral e QV global representa um nível funcional melhor, enquanto, na escala de sintomas, um escore alto, representa um nível baixo na tolerância de sintomas e efeitos colaterais do tratamento, em consequência pior QVRS (FAYERS et al., 2001). Nesta pesquisa, para análise da escala de QV global, adotou-se uma média regular para valores próximos a 50,00 (KING, 1996), e de satisfatório para valores $\geq 70,00$ (NICOLUSSI; SAWADA, 2009; GOMES et al., 2018).

Quanto ao instrumento que avaliou a satisfação com o tratamento hospitalar (IN-PATSAT32), todas as escalas e itens únicos são expressas com pontuação de 0 a 100. Uma pontuação alta representa um nível maior de satisfação na escala e item avaliado (BRÉDART et al., 2005).

A exploração descritiva dos dados resultou na análise agrupada de variáveis do instrumento IN-PATSAT32, adaptado a partir do estudo de validação transcultural no Brasil (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2018). O primeiro grupo de variáveis foi formado das questões 12 a 23, para análise da satisfação com a equipe de enfermagem, nesta pesquisa diferente do estudo de validação brasileiro, não foram inclusas as questões 24 e 32 neste agrupamento, por não serem relacionadas exclusivamente a equipe de enfermagem.

O segundo grupo de variáveis, teve o objetivo de analisar a satisfação com equipe médica, composto pelas questões 2 a 7, 10 e 11, enquanto o terceiro, teve intuito de avaliar a satisfação com a conduta terapêutica, que incluiu as questões 1, 8, 9, 25, 27 e 28. O quarto grupo de dados abrangeu a satisfação com a estrutura hospitalar, constituídos das questões 29 a 31.

Posteriormente as análises descritivas dos dados, procedeu-se a verificação da relação entre os escores e domínios dos instrumentos QLQ-C30, IN-PATSAT32 e suas interações pelo coeficiente de correlação de Spearmam utilizando o *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas (CHC), ao qual o HNSG é vinculado, em 16 de julho de 2021, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 48015521.4.0000.0096 e parecer consubstanciado nº 4.854.043 (ANEXO 6).

Foi permitido aos pesquisadores a divulgação do local do estudo mediante termo de concordância de unidades envolvidas, assinado pela diretora geral da instituição em carta ofício timbrada (APÊNDICE 2).

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e sua inclusão ocorreu após a assinatura, em duas vias, do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3) conforme determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a utilização dos instrumentos QLQ-C30 e IN-PATSAT32 nesta pesquisa solicitou-se a aprovação do grupo EORTC, com parecer favorável (ANEXO 4 e 5).

5 RESULTADOS

Neste capítulo, estão expostos os resultados da caracterização sociodemográfica e clínica, avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde com o instrumento QLQ-C30 e satisfação com o tratamento hospitalar com o IN-PATSAT32. Assim como, as correlações entre as características clínicas e os escores de satisfação no tratamento hospitalar.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

A média geral de idade dos participantes foi de 57 anos, com intervalo entre 18 a 88 anos. Houve predominância do sexo masculino 62 (52%) declarados casados ou em união estável 80 (67%), numa composição familiar média de um a três filhos 84 (70%). No tocante a escolaridade, 27 (23%) possuíam o ensino médio e 74 (62%) o ensino superior. Quanto a ocupação, 62 (52%) declaravam-se economicamente ativos com faixa de renda familiar mensal de US\$ 766,65 a US\$ 1.916,4, equivalente a R\$ 4.400 a R\$ 11.000 no período da pesquisa (TABELA 1).

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		(continua)	
Variáveis sociodemográfica	n=120	%	
Idade em anos		Média: 57	
18 a 30	7	6	
31 a 40	16	13	
41 a 50	14	12	
51 a 60	29	24	
61 a 70	31	26	
71 a 80	14	12	
81 a 88	9	8	
Sexo			
Masculino	62	52	
Feminino	58	48	
Características étnicas			
Branco (a)	111	93	
Pardo (a)	4	3	
Negro (a)	3	3	
Amarelo (a)	2	2	
Estado Conjugal			
Casado ou união consensual (a)	80	67	
Solteiro (a)	15	13	
Viúvo (a)	10	8	

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		(conclusão)
Separado (a) ou divorciado (a)	4	3
Número de filhos		
Nenhum	22	18
1 a 3	84	70
4 ou mais	14	12
Escolaridade		
Analfabeto (a) Funcional	8	7
Ensino Fundamental	11	9
Ensino Médio	27	23
Ensino Superior	74	62
Ocupação		
Economicamente Ativos (as) (empregados ou autônomos)	62	52
Aposentados (as)	48	40
Do Lar	6	5
Desempregado (a)	2	2
Estudante	2	2
Renda Familiar¹		
Sem renda	1	1
Até US\$ 191,64	2	2
US\$ 191,64 a US\$ 574,92	24	20
US\$ 766,65 a US\$ 1.916,4	59	49
US\$ 1.916,4 a US\$ 3.832,8	22	18
Acima de US\$ 3.832,8	8	7
Não responderam	4	3

FONTE: O autor (2022).

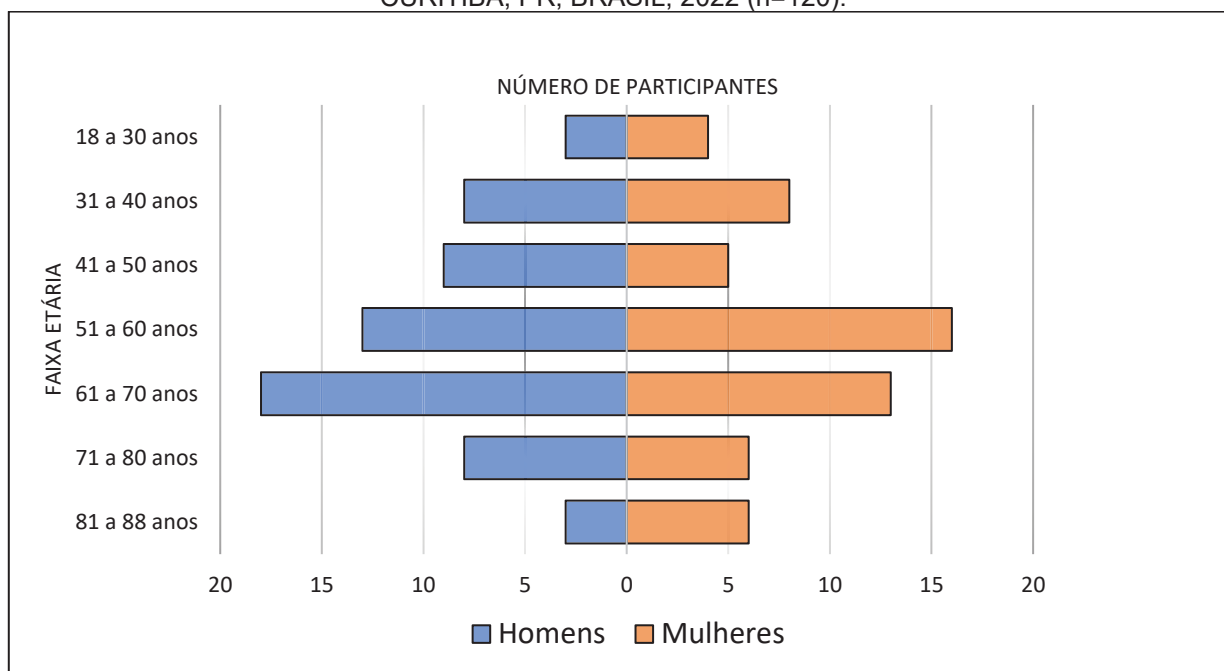
LEGENDA: n= número absoluto; %= porcentagem; ¹ Dados referentes a agosto de 2021, o salário-mínimo recebido pelos trabalhadores brasileiros é de R\$ 1.100,00, equivalente a US\$ 191,64.

O Gráfico 1 demonstra a distribuição nas faixas etárias de acordo com o sexo dos participantes. Observa-se concentração maior na faixa etária entre 51 a 70 anos em ambos os sexos.

O tipo de câncer prevalente entre os participantes foi o hematológico 71 (59%), com predomínio das leucemias 29 (24%), seguido pelos linfomas 20 (17%) e mieloma múltiplo 16 (13%). Entre os tumores sólidos 49 (51%), houve predominância do câncer de pâncreas e vias biliares e câncer de pulmão com oito (7%) e sete (6%) participantes, respectivamente (TABELA 2).

O tempo de diagnóstico, foi de um a três anos 32 (27%), sendo a quimioterapia o tratamento prévio prevalente 105 (88%). Quanto a presença de comorbidades e internações anteriores, 69 (58%) não apresentavam doenças associadas e 32 (27%) relataram mais de quatro internações na mesma instituição (TABELA 2).

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR.
CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).



FONTE: O autor (2022).

TABELA 2 - DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR.
CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

Variáveis Clínicas	(continua)	
	n	%
Tipo de Câncer		
Hematológico	71	59
Sólido	49	41
Diagnóstico		
Leucemias	29	24
Linfomas	20	17
Mieloma Múltiplo	16	13
Câncer de Pâncreas e Vias Biliares	8	7
Câncer de Pulmão	7	6
Mielodisplasias	5	4
Câncer de Ovário	5	4
Câncer de Mama	5	4
Câncer de Cólon	5	4
Câncer de Intestino	3	3
Câncer de Próstata	3	3
Câncer de Fígado	2	2
Sarcomas	2	2
Outros tumores sólidos	10	8
Tempo de diagnóstico		
Até 30 dias	15	13
Até 60 dias	8	7
Até 6 meses	23	19
De 6 meses a 1 ano	30	17

TABELA 2 - DADOS CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR.
CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		(conclusão)
De 1 ano a 3 anos	32	27
Mais de 3 anos	22	18
Internações prévias		
Nenhuma	39	33
Uma	19	17
2 a 4 vezes	30	25
Mais de 4 vezes	32	27
Comorbidades		
Sem comorbidades	69	58
Hipertensão Arterial Sistêmica	27	23
Diabetes <i>Mellitus</i>	19	16
Problemas Cardíacos	6	5
Histórico de outro câncer	6	5
Outras Comorbidades ²	14	12
Tratamentos prévios		
Quimioterapia	105	88
Cirurgia	34	28
TCHT	21	18
Imunoterapia	6	5
Hormonioterapia	2	2
Outros	9	8

FONTE: O autor (2022).

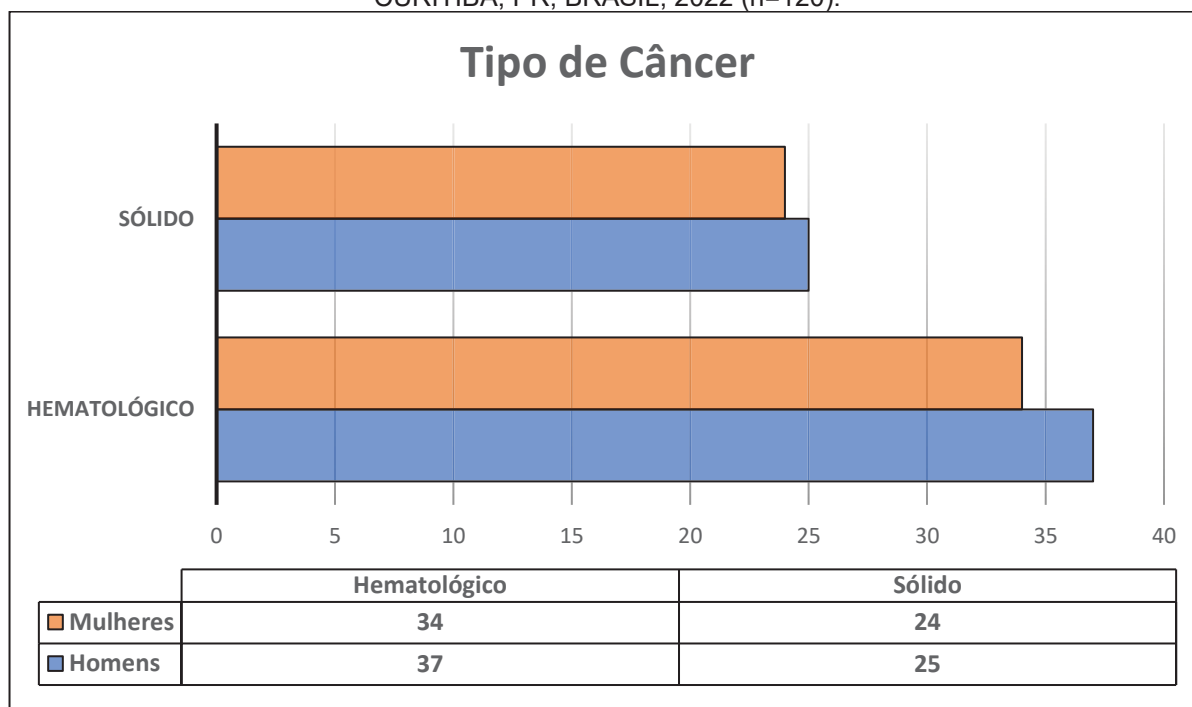
LEGENDA: TCHT= Transplante de células-tronco hematopoiéticas.

NOTA: ¹ câncer de tireoide (n=1), câncer de testículo (n=1), câncer de rim (n=1), câncer de pele melanoma (n=1), câncer de estômago (n=1), câncer de colo de útero (n=1), câncer de corpo do útero (n=1), câncer de bexiga (n=1), câncer de amígdala (n=1), câncer de sistema nervoso central (n=1).

² hipotireoidismo (n=2), retocolite (n=1), rinite alérgica (n=1), Lupus Eritematoso Sistêmico (n=1), transplante renal (n=1), doença arterial crônica (n=1), sequela neurológica (n=1), acidente vascular cerebral (n=1), osteonecrose em quadril (n=1), dor crônica em coluna (n=1), anemia hemolítica (n=1), tumor de hipófise (n=1), insuficiência renal crônica (n=1), trombose venosa profunda (n=1).

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos participantes, por sexo e por tipo de tumor acometido.

GRÁFICO 2 - FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).



FONTE: O autor (2022).

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE COM O INSTRUMENTO QLQ-C30

Com relação ao instrumento QLQ C-30 que mensurou a QVRS, observou-se que o estado de saúde geral/QV global dos participantes foi de 58,54/100, considerado um valor regular. Nas escalas funcionais, as menores médias foram função emocional (52,99/100), desempenho pessoal (44,54/100) e função social (44,17/100), indicando uma maior alteração nesses domínios, como exemplo, o comprometimento do bem-estar emocional, a capacidade de exercer atividade de lazer ou laborais, e/ou interferência do tratamento na vida familiar e social. Quanto as escalas de sintomas, observou-se maiores escores para fadiga (56,02/100), insônia (52,22/100), perda de apetite (50/100) dor (42,78/100); e ao domínio dificuldade financeira (32,20/100), indicativo de maior comprometimento (TABELA 3).

TABELA 3 - MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

	Escalas	Médias	DP
QV Geral	Qualidade de vida geral	58,54	24,69
Escala funcional	Função física	61,15	30,57
	Desempenho pessoal	44,54	41,86
	Função emocional	52,99	32,69
	Função cognitiva	65,00	33,50
	Função social	44,17	36,33
Escala de sintomas	Fadiga	56,02	34,46
	Náusea e Vômito	30,69	31,61
	Dor	42,78	38,82
	Dispneia	25,00	36,73
	Insônia	52,22	41,61
	Perda de Apetite	50,00	41,45
	Constipação	35,00	41,42
	Diarreia	24,44	38,10
	Dificuldade financeira	32,50	38,76

FONTE: O autor (2022).

LEGENDA: DP – Desvio padrão.

5.3 CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GERAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30

A Tabela 4, apresenta as correlações entre o estado de saúde geral/QV global e os domínios do instrumento QLQ-C30. Os coeficientes de correlação de Spearman destacados, indicam que houve significância estatística ($p < 0,05$), entre a QV global e todas as escalas funcionais, a saber: função física ($p = 0,0003$), desempenho pessoal ($p = 0,0000$), função emocional ($p = 0,0000$), função cognitiva ($p = 0,0000$) e função social ($p = 0,0019$); e as escalas de sintomas, como fadiga ($p = 0,0000$), náusea e vômito ($p = 0,032$), dor ($p = 0,0001$), dispneia ($p = 0,0062$) e insônia ($p = 0,0479$).

TABELA 4 - CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GERAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

Domínios QLQ-C30	n=120	
	Spearman	p
Escalas Funcionais		
Função Física	0,32	0,0003*
Desempenho Pessoal	0,47	0,0000*
Função Emocional	0,43	0,0000*
Função Cognitiva	0,44	0,0000*
Função Social	0,28	0,0019*
Escalas de Sintomas		

(continua)

TABELA 4 - CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GERAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		(conclusão)
Fadiga	-0,49	0,0000*
Náusea e Vômito	-0,19	0,0332*
Dor	-0,36	0,0001*
Dispneia	-0,25	0,0062*
Insônia	-0,18	0,0479*
Perda de Appetite	-0,13	0,1550
Constipação	-0,12	0,1824
Diarreia	0,05	0,5661
Dificuldade Financeira	-0,08	0,3633

FONTE: O autor (2022).

LEGENDA: QLQ-C30= *Quality of life questionnaire – Core 30*; *= $p < 0,05$.

5.4 SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR COM O INSTRUMENTO IN-PATSAT32

Com relação ao instrumento que avaliou a satisfação com o tratamento hospitalar, observou-se nesta amostra, que o item satisfação geral foi de 87,92/100, o qual indicou alto índice de satisfação com o tratamento recebido durante o internamento hospitalar. A equipe médica e de enfermagem receberam as maiores médias, na escala habilidades técnicas (89,44/100 e 86,67/100, nessa ordem) e de habilidades interpessoais (89,38/100 e 86,25/100, respectivamente). As escalas que avaliam aspectos organizacionais e estruturais do hospital, obtiveram as menores médias, com destaque para a acessibilidade (63,85/100), interação entre equipe (77,47/100) e tempo de espera (78,96/100), indicativo de menor nível de satisfação nessas variáveis (TABELA 5).

TABELA 5 - MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DA SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

(continua)			
	Escalas e itens	Média	DP
Equipe Médica	Habilidades técnicas	89,44	15,83
	Habilidades interpessoais	89,38	17,01
	Habilidades informacionais	85,35	20,21
	Disponibilidade	85,31	21,54
Equipe de Enfermagem	Habilidades técnicas	86,67	18,69
	Habilidades interpessoais	86,25	19,82
	Habilidades informacionais	78,43	24,21
	Disponibilidade	81,15	22,51

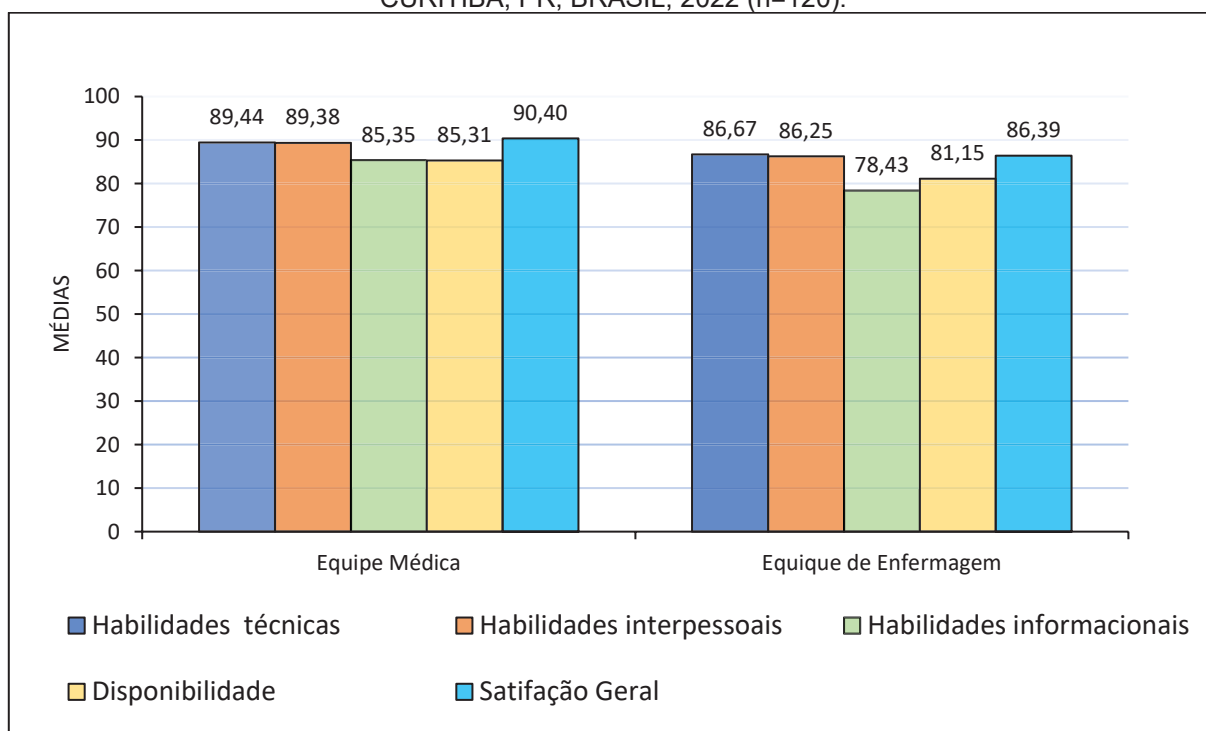
TABELA 5 - MEDIDAS DESCRITIVAS DOS ESCORES DA SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		(conclusão)	
Aspectos Organizacionais e Estruturais	Interação entre equipe	77,47	23,97
	Tempo de espera	78,96	23,26
	Acessibilidade	63,85	25,46
	Troca de informação	79,20	24,43
	Conforto/limpeza	82,92	23,37
Satisfação geral		Satisfação geral	87,92 17,45

FONTE: O autor (2022).

O Gráfico 3, mostra os resultados obtidos com o instrumento IN-PATSAT32, para as escalas de habilidades técnicas, habilidades interpessoais, habilidades informacionais, disponibilidade da equipe médica e de enfermagem. Quanto mais próximo de 100,00, maior é o nível de satisfação no item avaliado. Todas as escalas e itens que avaliaram a equipe médica e de enfermagem obtiveram médias elevadas.

GRÁFICO 3 - RESULTADOS OBTIDOS COM AS ESCALAS QUE AVALIAM HABILIDADES GERAIS DA EQUIPE MÉDICA E EQUIPE DE ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO GERAL DE CADA EQUIPE, PELO INSTRUMENTO IN-PATSAT32, DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).



FONTE: O autor (2022).

A Tabela 6, apresenta a o agrupamento das variáveis do instrumento IN-PATSAT32, que analisou a equipe médica, equipe de enfermagem, conduta terapêutica e estrutura hospitalar.

As perguntas que analisaram a equipe médica e de enfermagem, continham questões que avaliaram o conhecimento profissional, as relações interpessoais, o

fornecimento de informação, a comunicação e a disponibilidade desses profissionais. A conduta terapêutica, foi avaliada, por questões que analisaram, a experiência e entendimento profissional, o curso do tratamento, o esclarecimento sobre exames, e a velocidade em que eles foram prescritos e realizados.

A estrutura hospitalar, foi avaliada, pela facilidade de acesso a instituição e/ou de locomoção nos diferentes setores dentro do hospital, e o ambiente do prédio, como exemplo a limpeza, espaço e tranquilidade.

Na análise agrupada das variáveis do instrumento, a equipe médica obtivera a maior média e menor desvio padrão (90,40/100), seguido pela equipe de enfermagem (86,39/100) e conduta terapêutica (85,79/100), enquanto a menor média foi referente a estrutura hospitalar (76,11/100) (TABELA 6).

TABELA 6 - VARIÁVEIS DESCRITIVAS AGRUPADAS DOS ESCORES DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

Agrupamento dos dados	Médias	DP
Equipe médica	90,40	13,87
Equipe de Enfermagem	86,39	15,00
Conduta terapêutica	85,79	14,89
Estrutura hospitalar	76,11	17,57

FONTE: O autor (2022).

5.5 CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E A SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR

Com relação à associação entre o estado de saúde geral/QV global e as escalas do instrumento IN-PATSAT32, observou-se correlação positiva significativa entre todas as escalas do instrumento, a exemplificar pela associação da QV global e o item satisfação geral ($p=0,0043$), e a QV global as habilidades técnicas de médicos e enfermeiros ($p=0,0040$ e $p=0,0032$, respectivamente), indicando que quanto maior a QV global, maior é a satisfação com o tratamento hospitalar. Do mesmo modo, constatou-se correlação significativa ($p=0,05$), entre a QV geral e a correlação agrupada dos dados que avaliam a equipe médica ($p=0,0013$) e de enfermagem ($p=0,0008$), a conduta terapêutica ($p=0,0007$) e a acessibilidade ($p=0,0082$) (TABELA 7).

TABELA 7 - CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE A QUALIDADE DE VIDA GLOBAL E OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		n=120	
	Escala e itens	Spearman	p
Equipe Médica	Habilidades técnicas	0,2610	0,0040*
	Habilidades interpessoais	0,3335	0,0002*
	Habilidades informacionais	0,2257	0,0132*
	Disponibilidade	0,2696	0,0029*
Equipe de Enfermagem	Habilidades técnicas	0,2666	0,0032*
	Habilidades interpessoais	0,3019	0,0008*
	Habilidades informacionais	0,2163	0,0186*
	Disponibilidade	0,2835	0,0017*
Aspectos Estruturais e Organizacionais	Interação entre equipe	0,2789	0,0020*
	Tempo de espera	0,2984	0,0009*
	Acessibilidade	0,2160	0,0178*
	Troca de informação	0,3020	0,0008*
	Conforto e limpeza	0,2760	0,0023*
Agrupamento do Dados	Equipe Médica	0,2905	0,0013*
	Equipe de Enfermagem	0,3016	0,0008*
	Conduta terapêutica	0,3042	0,0007*
	Estrutura hospitalar	0,2403	0,0082*
Satisfação Geral		0,2588	0,0043*

FONTE: O autor (2022).

LEGENDA: IN-PATSAT32= *Satisfaction with in-patient cancer care*; * = correlação de Spearman $p < 0,05$.

Quanto a correlação entre os domínios do instrumento QLQ-C30 e os dados agrupados dos itens do instrumento IN-PATSAT32, constatou-se correlações significativas ($p=0,05$) entre todos os domínios que compõem as escalas funcionais do instrumento QLQ-C30, indicando que quanto maior eram os valores das escalas funcionais, maior era a satisfação com o tratamento hospitalar. Não houve correlação entre o domínio função física e a equipe médica ($p=0,397$) e a estrutura hospitalar ($p=0,952$). As demais correlações podem ser visualizadas na Tabela 8.

Quanto a escala de sintomas do instrumento QLQ-C30, identificou-se correlação negativa entre a fadiga e a equipe médica ($p=0,004$), a equipe de enfermagem ($p=0,000$), e a conduta terapêutica ($p=0,000$); ou seja, quanto menor era o índice de fadiga, maior era a satisfação com a equipe médica, equipe de enfermagem e conduta terapêutica. Cinco domínios nas escalas de sintomas não apresentaram correlação nesta análise, a saber: dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia, o que demonstra que eles não impactam nas variáveis agrupados dos itens do instrumento que avaliou a satisfação com o tratamento hospitalar (TABELA 8).

TABELA 8 - CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE OS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO QLQ-C30 E VARIÁVEIS AGRUPADAS DOS ITENS DO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

QLQ C30 DOMÍNIOS	Equipe Médica		Equipe de Enfermagem		Conduta Terapêutica		Estrutura Hospitalar	
Escalas Funcionais	<i>Spearman</i>	<i>p</i>	<i>Spearman</i>	<i>p</i>	<i>Spearman</i>	<i>p</i>	<i>Spearman</i>	<i>p</i>
Função física	0,08	0,397	0,24	0,008*	0,20	0,030*	0,01	0,952
Desempenho Pessoal	0,32	0,000*	0,37	0,000*	0,35	0,000*	0,27	0,003*
Função Emocional	0,22	0,018*	0,29	0,001*	0,30	0,001*	0,29	0,001*
Função cognitiva	0,25	0,006*	0,31	0,001*	0,28	0,002*	0,26	0,004*
Função social	0,22	0,018*	0,35	0,000*	0,30	0,001*	0,35	0,000*
Escalas de Sintomas								
Fadiga	-0,26	0,004*	-0,33	0,000*	-0,32	0,000*	-0,17	0,058
Náusea e vômito	-0,17	0,065	-0,21	0,020*	-0,22	0,016*	-0,20	0,030*
Dor	-0,15	0,093	-0,21	0,019*	-0,21	0,021*	-0,08	0,356
Dispneia	-0,01	0,876	-0,10	0,264	-0,09	0,356	-0,09	0,309
Insônia	-0,12	0,183	-0,13	0,148	-0,15	0,109	-0,04	0,681
Perda de apetite	-0,16	0,077	-0,14	0,117	-0,14	0,129	-0,07	0,470
Constipação	0,01	0,883	-0,07	0,438	-0,04	0,648	-0,04	0,665
Diarreia	0,09	0,307	-0,04	0,690	0,02	0,840	0,09	0,320
Dificuldade financeira	-0,25	0,005*	-0,14	0,135	-0,22	0,018*	-0,26	0,005*

FONTE: O autor (2022).

LEGENDA: *= correlação de Spearman $p < 0,05$.

5.6 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E A SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR

Ao analisar os aspectos sociodemográficos e clínicos e a satisfação com o tratamento hospitalar, foi possível observar significância estatística entre a idade, e as habilidades técnicas ($p=0,017$); disponibilidade ($p=0,021$) da equipe médica; idade e habilidades interpessoais ($p=0,039$) da equipe de enfermagem; e nível de escolaridade e habilidades informacionais ($p=0,004$) da equipe de enfermagem. Embora a idade e o nível de escolaridade apontem alguns resultados com significância estatística ($p < 0,05$), observou-se nesta amostra, que as características sociodemográficas e clínicas analisadas, não contribuíram para uma maior satisfação geral com o tratamento hospitalar (TABELA 9).

TABELA 9 - ANÁLISE DE SIGNIFICÂNCIA ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO E INSTRUMENTO IN-PATSAT32 DOS PARTICIPANTES EM TRATAMENTO HOSPITALAR, CURITIBA, PR, BRASIL, 2022 (n=120).

		Idade	Escolaridade	Renda	Tempo Dx
		<i>p valor</i>	<i>p valor</i>	<i>p valor</i>	<i>p valor</i>
Médicos	H. técnicas	0,017*	0,691	0,777	0,125
	H. interpessoais	0,067	0,716	0,387	0,290
	H. informacionais	0,730	0,258	0,629	0,947
	Disponibilidade	0,021*	0,743	0,675	0,988
Equipe de Enfermagem	H. técnicas	0,093	0,871	0,837	0,180
	H. interpessoais	0,039*	0,291	0,804	0,699
	H. informacionais	0,599	0,004*	0,876	0,361
	Disponibilidade	0,258	0,325	0,171	0,447
Aspectos Estruturais e Organizacionais	Interação da equipe	0,550	0,352	0,493	0,576
	Tempo de espera	0,501	0,281	0,545	0,396
	Acessibilidade	0,170	0,249	0,615	0,588
	Troca de informação	0,600	0,285	0,602	0,488
	Conforto/limpeza	0,181	0,491	0,373	0,212
Satisfação Geral		0,510	0,401	0,839	0,220

FONTE: O autor (2022).

LEGENDA: *= $p < 0,05$; DX= Diagnóstico; H.= Habilidades.

6 DISCUSSÃO

A satisfação com o tratamento hospitalar tem recebido visibilidade entre as instituições hospitalares como indicador para analisar a qualidade do cuidado prestado. Na presente pesquisa, dos 125 convidados, somente cinco recusaram a participação. A alta aderência pode estar relacionada ao desejo dos pacientes em serem ouvidos, principalmente em relação à satisfação com o tratamento hospitalar, que indicará as potencialidades e fragilidades durante o percurso terapêutico, observados por quem recebe o cuidado.

A amostra desta pesquisa foi caracterizada predominantemente por homens, idosos, casados ou em união estável, com tempo de escolaridade igual ou superior a 11 anos de estudo, economicamente ativos, pertencentes a classe econômica C. Esses resultados, estão de acordo com a estimativa mundial do ano de 2020, quando a incidência de câncer em homens ocupou o primeiro lugar, representando 52% (10 milhões) de casos novos da doença (SUNG et al., 2021). Também corroboram as estimativas de câncer para o Brasil para o triênio de 2020-2022, que mostrou taxa de incidência maior para o sexo masculino (BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, 2020).

É relevante destacar, que a probabilidade diagnóstica de câncer no decorrer da vida é maior em homens comparado as mulheres, e que várias doenças acometem mais a este gênero devido a exposição aos fatores de risco ambientais, os quais resultam em diminuição da expectativa de vida (PEREIRA et al., 2022; SIEGEL et al., 2022). Além disso, os dados desta pesquisa, reiteram a necessidade de fortalecimento e desenvolvimento de políticas públicas no Brasil voltadas a saúde do homem, visto que elas foram desenvolvidas em sua maioria para o sexo feminino (MONTEIRO, FORTES, 2022).

Atenta-se ao fato de que nesta pesquisa 70% dos participantes apresentaram idade acima dos 50 anos, tendo maior concentração de idosos jovens na faixa etária de 61 a 70 anos. Dados similares, foram vistos numa pesquisa que objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer em um Centro de Oncologia na cidade de Alfenas no estado de Minas Gerais, em que a faixa etária de maior concentração foi a de 60 anos ou mais (FERREIRA et al., 2021), e do estudo Maia, Grello e Cunha (2021) em uma unidade de atendimento oncológico da rede pública de saúde da cidade de Belém – PA, em que 67,4% dos participantes foram

idosos. No entanto, difere dos achados de Machado (2021), que encontrou participantes jovens em seu estudo conduzido no mesmo município, em uma instituição pública referência em atendimento oncológico na América Latina.

Para Drageset et al. (2021), os pacientes de grupos etários avançados, como encontrado nesta pesquisa, podem apresentar maior dependência funcional, permanência hospitalar, sofrimento mental e depressão, comparados aos pacientes mais jovens. Para Ximenes et al. (2021) as alterações fisiológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento humano, associadas aos efeitos colaterais do tratamento, podem ocasionar em maior risco nutricional, perda de apetite e sensação de fadiga acentuada, as quais comprometem negativamente a funcionalidade desses pacientes e dessa forma a sua QVRS.

No tangente a educação, o nível de escolaridade dos participantes, pode ser característica do local onde ela foi conduzida, que direciona atendimento a beneficiários de planos de saúde e privado, quase em sua totalidade. O estudo de Souza Júnior et al. (2021), apontou que, quanto maior o nível de escolaridade, maior o percentual de favorecidos com plano de saúde. Endossando essas informações, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), as proporções de favorecidos com algum plano de saúde aumentam conforme o nível de escolaridade, chegando a 67,6% de beneficiários entre aqueles com ensino superior completo, enquanto para os sem instrução e ensino fundamental incompleto, foi de 16,1% (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

De acordo com os dados divulgados pela Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação (SEMESP), o Paraná, estado em que esta pesquisa foi realizada, tem o terceiro maior percentual de jovens de 18 a 24 anos cursando o ensino superior no Brasil, com 25,3% a mais em relação a população da mesma faixa etária no país. Em 2019, o estado foi responsável pela formação de 84,6 mil alunos no ensino superior (SECRETARIA DE MODALIDADES ESPECIALIZADAS DE EDUCAÇÃO, 2021). Esses resultados reforçam os achados nesta pesquisa. Todavia, diferem dos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o nível de instrução da população brasileira, caracterizado como baixa (BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

O nível de escolaridade pode facilitar a compreensão das orientações, recomendações, informações relacionadas à saúde favorecendo um maior autocuidado. Quanto maior o nível de instrução, menor a vulnerabilidade a fatores de

risco para desenvolvimento de comorbidades e mortalidade (FERREIRA et al., 2021; FONSECA; SILVA; SILVA, 2021; MAIA; GRELO; CUNHA, 2021). Infere-se que esses pacientes, podem apresentar melhor percepção do seu estado de saúde em geral e contribuir com seu processo terapêutico.

Quanto ao predomínio de participantes autodeclarados casados ou em união estável, os dados foram similares ao estudo de Brito et al. (2021), conduzido em um município da Região Sul de Minas Gerais, que encontrou em sua amostra predomínio de homens casados e destacou que os companheiros afetivos costumam ser os principais responsáveis para o amparo social e emocional durante o tratamento. Nesse sentido, um estudo internacional desenvolvido com mulheres etíopias com câncer, revelou que mulheres casadas apresentavam menor alteração no domínio emocional, comparado a solteiras (AYANA et al., 2018).

A presença de um cônjuge pode indicar um maior suporte emocional e afetivo, em contrapartida, reflete em preocupações adicionais relacionadas à família e ao lar, sobretudo quando o acometido pela doença é provedor financeiro principal. Além disso, o isolamento necessário durante o tratamento em um momento de fragilidade, acarreta sentimento de tristeza e solidão pela ausência da família. Estes sentimentos somados as preocupações relacionadas ao lar e de ordem financeira, podem gerar instabilidade e repercutir desfavoravelmente na QVRS, mesmo entre os pacientes com situação econômica confortável.

Com relação a renda, os dados corroboram o estudo de Nogueira et al. (2022), que comparou a toxicidade financeira de pacientes de instituição pública e privada, na mesma cidade onde ocorreu a presente pesquisa (Curitiba – PR). O estudo demonstrou que os usuários do sistema de saúde privado apresentaram maior poder econômico, com renda familiar mensal de US\$ 766,65 a US\$ 1.916,4, equivalente a quatro a 10 salários-mínimos brasileiros (NOGUEIRA et al., 2022).

Um estudo transversal realizado em um Hospital Universitário na cidade de Ancara - Turquia, de Duygu Ürek e Uğurluoğlu (2022), revelou entre outras condições, que quanto maior a renda familiar maior a aderência ao tratamento e maior a QVRS, consequentemente menor probabilidade de abandono do tratamento. Para Machado (2021) e Silva (2021) o poder econômico, além de ajudar no custeio do tratamento, também é preditor do acesso a melhor nutrição, moradia, acessibilidade, relações de trabalho, que são fatores contribuintes para uma melhor adesão e manutenção da terapêutica.

Embora estudos nacionais e internacionais apontem, que o nível de renda, possa ser preditivo de menor repercussão na QVRS (THERRIER, 2021; DUYGU ÜREK; UĞURLUOĞLU, 2022), os dados dessa pesquisa reforçam o contrário, pois, mesmo aqueles com altas rendas salariais obtiveram impacto negativo na QVRS. Ademais, o estudo conduzido em Torún na Dinamarca, destacou maiores escores de dificuldade financeira, em consequência de preocupação dos pacientes com sua renda, devido à crise econômica agravada pela pandemia da Covid-19, período em que esta pesquisa foi realizada (CIAŻYŃSKA et al., 2020).

Com relação aos dados clínicos, observou-se que os resultados desta pesquisa, vão de encontro as estimativas para o Brasil informadas pelo INCA em 2021 e das estatísticas globais de câncer em 2020 as quais mostram a maior incidência dos tumores sólidos (GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2021; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021). Assim como, com a pesquisa realizada por Cordeiro, Santos e Orlandi (2021) conduzida no interior do estado de São Paulo - Brasil, que avaliou a QVRS, sintomas ansiosos e depressivos de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, em que houve prevalência dos tumores sólidos.

Nesta pesquisa o predomínio do câncer hematológico, pode estar relacionado a característica do local onde ela foi realizada. Possivelmente deve-se ao fato, das estratégias da instituição em ser tornar referência em tratamento neste segmento, contidas em seu planejamento estratégico (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2021). Assim como, de possuir em seu corpo clínico, médicos que são referência no tratamento oncohematológico na América Latina e no Brasil (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2019; HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, 2022).

O câncer hematológico apresenta-se, na sua maioria, após a quinta década de vida (WALL et al., 2022) e tem alta incidência mundial (EL-JAWAHRI et al., 2020; SIEGEL et al., 2022). Eles demandam tratamentos agressivos, e apesar do potencial curativo, são associados a uma carga significativa de efeitos colaterais, risco de mortalidade elevada, e altas taxas de hospitalizações, comparados a outros cânceres (EL-JAWAHRI et al., 2020).

Segundo a *American Cancer Society* (2022), apesar da característica complexa, a qualidade no tratamento do câncer hematológico apresentou ganhos rápidos e expressivos. O avanço nesse segmento se deu pelo aperfeiçoamento de

protocolos e pelas terapias assertivas aos diversos tipos de tumores hematológicos, que possibilitaram sobrevida maior aos pacientes (SIEGEL et al., 2022).

A quimioterapia se destaca como a principal opção de tratamento aos acometidos pelos tumores hematológicos (PEREIRA et al., 2022). Os pacientes quando submetidos a esta modalidade terapêutica, estão susceptíveis a diferentes efeitos colaterais e possíveis complicações que podem resultar em prejuízos no estado funcional e potencializar sintomas físicos e psicológicos, que interferem em diversos contextos, assim como, na capacidade de realizar tarefas diárias que refletem negativamente na QVRS (PAIVA; SARANDINI; SILVA, 2021; SILVEIRA et al., 2021; MONTEIRO; FORTES, 2022; PEREIRA et al. 2022). Além disso, conduz a mielossupressão, que contribui para o risco de infecções e neutropenia febril, favorecendo as internações recorrentes ou colaborando para o aumento da permanência hospitalar (AMARAL et al., 2020).

No que concerne a avaliação da QVRS, o resultado da QV global foi considerado regular. Situação evidenciada pela média encontrada, se distanciar dos valores considerados satisfatória, como proposto pelos autores brasileiros Nicolussi et al. (2014) e Gomes et al. (2018), e, pela média se aproximar de valores caracterizados como uma QV global baixa, apresentado por King (1996). O estudo de Gomes et al. (2018), realizado em Minas Gerais, teve médias de QV superiores aos achados da presente pesquisa, no entanto, caracterizou-se os participantes oncohematológicos em tratamento quimioterápico com uma QVRS desfavorável. Divergindo do estudo de Gomes et al. (2018), a pesquisa realizada por Jesus et al. (2019), com pacientes em tratamento clínico para o câncer, destacou que os aspectos inerentes a QVRS dos participantes, encontrava-se preservados.

O estudo de Campos et al. (2018) destaca que os pacientes acometidos por câncer, podem apresentar uma variedade de sintomas físicos e psicológicos que influenciam na vida cotidiana deles. Segundo os autores no contexto hospitalar os mesmos podem ser intensificados. Ressalta-se que os pacientes com câncer em internamento hospitalar, geralmente enfrentam algum tipo de alteração nos domínios afetivos, sociais e pessoais e isto pode estar relacionado ao diagnóstico, tratamento hospitalar e limitações ocasionadas pelo curso da doença. Ainda, o tratamento acarreta efeitos adversos, como exemplo, a alta carga de sintomas, que repercute na capacidade de realizar atividades cotidianas, e direta ou indiretamente refletem na percepção pessoal da QVRS de forma intensa ou branda.

No que concerne a escala funcionais obtidas a partir do QLQ-C30, observou-se comprometimento acentuado no domínio função emocional, desencadeada por prováveis sentimentos de ansiedade, preocupação e depressão. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP, com 162 pacientes em tratamento radioterápico e quimioterápico, que mostrou a função emocional entre os domínios com maior acometimento (SALVETTI et al., 2020).

A pesquisa de Moreira Junior et al. (2020), realizada no Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, objetivou avaliar a QVRS de pacientes com câncer em uma clínica de oncologia na cidade de Belém. O estudo destacou a função emocional como a média mais baixa, indicando que os pacientes apresentaram sentimentos desencadeados pelo tratamento como aflição, tristeza e preocupação, que contribuíram para uma menor QVRS.

O turbilhão de acontecimentos vivenciados pelo paciente em tratamento hospitalar pode potencializar sentimentos negativos e gerar instabilidade emocional. É fundamental que a equipe de enfermagem, acompanhe e forneça orientações adequadas aos pacientes e familiares sobre a nova rotina, e sobre os sinais, sintomas e reações adversas advindas do tratamento, na possibilidade de mitigar sentimentos negativos e contribuir para uma melhor manutenção da QVRS.

Em relação a escala de função social e desempenho pessoal obtidas pelo instrumento QLQ-C30, os resultados encontrados são semelhantes aos de um estudo transversal realizado em instituição filantrópica, referência em atendimento oncológico pelo SUS na cidade de Recife - Pernambuco. O estudo em questão teve como amostra 608 pacientes com câncer e destacou a função social entre os domínios que obtivera as menores médias, entre os pacientes com intervalo de idade de 65 a 74 anos, faixa etária de maior concentração de participantes da presente pesquisa (XIMENES et al., 2021).

Foi observado na presente pesquisa, como já apontado, maior comprometimento nas escalas de função social, desempenho social e função emocional. Isto pode estar relacionado ao momento crítico decorrente da pandemia da Covid-19, que contribuiu para o isolamento de pacientes com câncer comparados a população em geral, devido ao seu estado de imunossupressão. Ademais, os pacientes participantes estavam internados em restrições e/ou proibições de visitas

hospitalares, ampliando o comprometimento nas relações sociais e laborais, acarretando preocupações adicionais.

As relações sociais fazem parte das necessidades humanas básicas, e se pautam sobretudo no vínculo e no afeto (CORRÊA et al., 2020). O bem-estar-social é mensurado no instrumento QLQ-C30, por questionamentos relacionados ao desempenho das atividades cotidianas, que abrangem a família, os amigos, o trabalho e as atividades de lazer (FAYERS et al. 2001). Estes domínios comprometidos pela conjuntura pandêmica, são agravados pelo isolamento social imposto para reduzir a disseminação da Covid-19 (CORRÊA et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

Na Áustria, o estudo de Koinig et al. (2021), apontou que devido a restrições da pandemia da Covid-19, quase metade dos participantes em tratamento oncológico, relataram problemas e consequências que implicaram negativamente em suas atividades diárias. Dentre as implicações que afetaram o bem-estar social, os mais citados foram a demissão do trabalho, a organização de cuidado das crianças em domicílio, e a solidão pela falta de contato com família e amigos que o isolamento acarretou.

Um estudo de Ciążyńska et al. (2020), realizada na Polônia, utilizou o instrumento QLQ-C30 para analisar a QVRS de uma população com câncer durante a pandemia da Covid-19, e comparou os resultados obtidos com escores de uma amostra de pacientes com câncer obtidos em ocasião não pandêmica. Os achados foram similares aos desta pesquisa, com menores médias no desempenho pessoal e função social. Na correlação estatística com o grupo de comparação, a QV global e a função social foram significativamente menores no grupo de pacientes avaliados durante a pandemia do novo coronavírus.

No que diz respeito a função emocional, a revista *The Lancet* (2020), publicou um artigo de revisão intitulado “*The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*”, e mostrou, que indivíduos em isolamento social com vistas a prevenção do contágio por infecções graves, relataram mais alterações emocionais, depressão e estresse (BROOKS et al., 2020). Segundo KONIECZNY et al. (2021), as alterações emocionais, são um problema relatado por pacientes com câncer, e tem impacto negativo na terapêutica e na QVRS. Endossando esses dados, a pesquisa brasileira conduzida num hospital universitário, por Martini, Felitti e Paula (2021), entrevistou pacientes com câncer com um questionário semiestruturado, e apontou, que a emergência sanitária resultante da

Covid-19, contribuiu com danos a QVRS de pacientes com câncer, devido aos sentimentos de medo, preocupação e contágio pelo vírus.

Com relação a escala de sintomas, observou-se maiores escores, de fadiga, insônia, perda de apetite e dor. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos conduzidos no Brasil, por Gomes et al. (2018) e Salvetti et al. (2020), com o mesmo perfil de participantes, os quais, apresentaram comprometimento desses sintomas. Os resultados deste e de outros estudos (MAIA; GRELO; CUNHA, 2021; SILVEIRA et al., 2021; LONGARAY et al., 2022) sugerem que os sintomas estão intimamente relacionados entre si, ou seja, a existência de um pode causar o surgimento de outro, desencadeando declínio na QVRS.

A fadiga e a dor, estão entre os sintomas mais relatados por pacientes com câncer e além de impactar negativamente na QVRS, podem alterar o percurso terapêutico programado (LONGARAY et al., 2022; PEREIRA et al., 2022). A fadiga, manifesta-se de forma física, cognitiva e emocional, e incluem o cansaço, sensação de fraqueza e necessidade de repouso, que contribuem para redução da participação do paciente em atividades profissionais, pessoais e sociais (LONGARAY et al., 2022), situação que pode acentuar o isolamento social e causar tristeza e desânimo, comprometendo a função emocional

Ainda nessa vertente, no estudo de Salvetti et al. (2020) que analisou a prevalência de sintomas apresentados pelos pacientes e sua relação com a QVRS, a fadiga foi relatada por três a cada quatro participantes da amostra estudada. Na análise dos escores obtidos pela escala de instrumento que QLQ-C30, o estudo mostrou, médias maiores para fadiga, insônia, dor e perda de apetite, respectivamente.

Segundo Maia, Grello e Cunha (2021) a dor tem prevalência em mais da metade de pacientes com câncer. Para Liu e Lin (2020) a dor descontrolada, implica prejuízos em diversos domínios na QVRS, e pode interferir significativamente na tolerabilidade do tratamento. Oliveira Silva et al. (2021) em sua revisão integrativa com artigos publicados entre os anos de 2010 a 2020, revelou que quadros recorrentes de dor podem implicar em comprometimento sociecômicos e danos emocionais para o paciente e seus familiares. Além de configurar, entre os principais motivos de procura não programadas por atendimento médico hospitalar.

Um estudo transversal conduzido na cidade de São Paulo - SP, que objetivou avaliar a QVRS de pacientes em um ambulatório de quimioterapia e radioterapia

mostrou a dor entre os sintomas de maior prevalência entre os participantes. O estudo destacou que os níveis elevados de dor estavam correlacionados significativamente, com sintomas de ansiedade e depressão, implicando em diversas repercussões na QVRS (SILVEIRA et al., 2021). De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer (2015), os objetivos do controle da dor, no contexto oncológico, incluem aumentar o conforto e a capacidade do paciente de desempenhar funções simples do cotidiano (WIERMANN, E. G. et al, 2015).

No que se refere ao sintoma insônia, ela pode permear o itinerário terapêutico de pacientes com câncer, e é considerada o transtorno do sono mais relatado, implicando em declínio funcional e aumento de sintomas físicos e emocionais, tal como depressão e fadiga (SALVETTI et al., 2020). A revisão integrativa de Bastos et al. (2022), revelou, que a insônia pode potencializar o aparecimento de outras doenças e impactar negativamente a QVRS, pois está inerente a outros processos de adoecimentos, e declínio do estado físico e emocional. Uma coorte multicêntrica conduzida em um hospital universitário da cidade de Maastricht, capital da província de Limburg, na Holanda, revelou associação significativa entre má qualidade do sono e fadiga, mesmo após dois anos do término do tratamento (LEGG et al., 2022).

A perda de apetite, similarmente apresentou elevados escores na presente pesquisa, e pode ser atribuída a toxicidade do tratamento que causa alterações físicas; como, alteração do paladar e mucosite, e emocionais; como humor deprimido (SILVEIRA et al., 2021). O estudo de Jesus et al. (2019), conduzida em uma instituição de saúde privada, revelou que apesar dos participantes em tratamento clínico apresentarem um estado nutricional adequado, eles experimentaram alguma alteração moderada a intensa no apetite. Entre os achados do estudo brasileiro, os autores afirmaram que o comprometimento do apetite, apresentou correlação significativa com a escala de função física, função emocional, função cognitiva e QV global.

Em relação a satisfação com o tratamento hospitalar, os participantes apresentaram alto escore no item que avaliou a satisfação geral, indicando que os pacientes envolvidos, apresentaram alto nível de satisfação aos determinantes que compuseram o tratamento hospitalar do câncer. Resultados similares foram destacados na pesquisa brasileira de Gadelha, Muzi e Guimarães (2020), conduzida em uma instituição de saúde pública da cidade do Rio de Janeiro-RJ, com pacientes clínicos e cirúrgicos que se evidenciou alto índice de satisfação geral. No entanto, o

resultado difere do estudo de Pishkuhi et al. (2015) e Obtel et al. (2017), de validação do instrumento IN-PATSAT32 no Irã e Marrocos, respectivamente, os quais classificaram a satisfação geral dos participantes como baixa, com escores inferiores as achadas na presente pesquisa.

Djambazov, Giammanco e Gitto (2019) em seu estudo, afirmaram que a satisfação do paciente pode ser preditiva de melhores resultados clínicos, contribuindo para uma maior QVRS. Endossando essas afirmações, um estudo retrospectivo de Sacks et al. (2015), analisou desfechos clínicos de 103.866 pacientes submetidos a cirurgia em 180 instituições hospitalares nos EUA, por intermédio de dados coletados pelo instrumento *Hospital CAHPS®*, que avaliou a experiência com o tratamento durante a permanência hospitalar. O estudo mostrou que os pacientes com maior nível de satisfação, apresentaram menor taxa de mortalidade e complicações cirúrgicas, consequentemente maior estado de saúde geral.

Na presente pesquisa o estado de saúde geral e QV global apresentaram correlação positiva com o item que avaliou satisfação geral do paciente, como também a todos as escalas e itens que compõem o instrumento IN-PATSAT32. Como exemplo, as escalas que avaliaram as respectivas habilidades gerais de médico e enfermeiros, e as escalas que avaliaram aspectos organizacionais e estruturais do hospital. Pode-se inferir a partir dos resultados obtidos, que os participantes com melhor estado de saúde geral e QV global apresentaram maior nível de satisfação com o tratamento hospitalar.

Estudo transversal de Alosaimi et al. (2022), apresentou alguns fatores determinantes para a maior satisfação do paciente e revelou que quanto maior o estado de saúde geral e a QVRS do paciente com câncer, maior é o seu nível de satisfação geral. Ademais, a satisfação com o tratamento hospitalar pode influenciar na aderência ao regime terapêutico, frequência em consultas médicas, contribuindo para o progresso do tratamento (ABATE et al., 2020; MOSLEHPOUR; SHALEHAH; RAHMAN, 2022; ALOISAIMI et al. 2022).

A qualidade do atendimento interpessoal e as habilidades gerais dos profissionais de saúde que compõem o tratamento hospitalar são fatores determinantes para alcançar uma maior satisfação geral do paciente (MOSLEHPOUR; SHALEHAH; RAHMAN, 2022). Isto pode ser observado nos achados da presente pesquisa, em que as maiores médias, foram atribuídas a equipe médica, equipe de

enfermagem, conduta terapêutica e aspectos organizacionais e estruturais, respectivamente.

As habilidades técnicas e interpessoais de médicos e enfermeiros, é mensurada no instrumento IN-PATSAT32, por questões que avaliaram a percepção do paciente da condução e acompanhamento do tratamento por esses profissionais. Entre os itens avaliados pelo instrumento, está o conhecimento técnico, a experiência, a disponibilidade, a empatia, o interesse e suporte recebido desses profissionais durante o tratamento hospitalar (BRÉDART et al., 2005).

Com relação as médias obtidas nos itens habilidades técnicas, interpessoais, informacionais e disponibilidade, os resultados alcançados estão em consonância com a pesquisa brasileira, conduzida no Instituto Nacional do Câncer José de Alencar, no Rio de Janeiro – RJ, que também encontrou maior nível de satisfação com a equipe médica (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020). Entretanto, os dados diferem do estudo de Konieczny et al. (2021) realizado em Sanok na Polônia, que tiveram maiores médias nas escalas que avaliaram as habilidades técnicas, interpessoais, informacionais e disponibilidade da equipe de enfermagem.

Os resultados na literatura são divergentes, quanto as maiores médias as habilidades gerais de médicos ou da equipe de enfermagem durante o tratamento hospitalar (BATBAATAR et al., 2017; GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020; KOENICZNY; et al., 2021). O estudo de HJÖRLEIFSDOTTIR, HALLBERG, GUNNARSDÓTTIR, (2010), na Islândia, atribuiu maiores médias a equipe de enfermagem devido a maioria dos participantes serem do mesmo gênero feminino; como também, ao fato de os enfermeiros passarem a maior parte do tempo ao lado dos pacientes, em comparação a outros profissionais da equipe.

Quanto as habilidades técnicas da equipe médica, ainda que os participantes não tenham conhecimento apropriado para qualificar essas condutas, os resultados indicam maior nível de satisfação neste quesito, o que pode sugerir que existam outros fatores que são determinantes essenciais na condução do tratamento (HJÖRLEIFSDOTTIR; HALLBERG; GUNNARSDÓTTIR, 2010). Endossando tais afirmações, a revisão integrativa de Portela et al. (2021), revelou que as habilidades médicas pautadas na humanização, para além das estritamente técnicas, tem se revelado uma estratégia eficaz e promissora para o enfrentamento do câncer desde o diagnóstico.

Deve-se destacar, que a maioria dos participantes desta pesquisa, já estava em tratamento com a mesma equipe médica em regime ambulatorial, os quais estavam presentes no momento do diagnóstico, o que pode favorecer a construção de vínculos. Segundo Moraes et al. (2018), esse determinante, é primordial para desenvolver uma relação de confiança não só do acometido pela doença, como também a todos que estão inseridos no processo terapêutico, o que pode favorecer um maior nível de satisfação com a equipe médica.

Como reflexo das maiores médias obtidas nas escalas que avaliaram as habilidades gerais dos médicos, a análise agrupada das variáveis dos itens que avaliou a conduta terapêutica, também apresentou altos escores, indicando alto nível de satisfação. Este achado está em consonância com o estudo brasileiro realizado no Rio de Janeiro-RJ, com pacientes clínicos e cirúrgicos, quando 90% dos participantes estavam satisfeitos com o grupo de questões que analisou a conduta terapêutica (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

Além da satisfação com a conduta terapêutica e habilidades técnicas no tratamento, deve-se pensar em fatores para minimizar o impacto negativo na QVRS que esses pacientes enfrentam durante seu percurso terapêutico, o qual pode contribuir para maior segurança e aceitação do tratamento (PIRES et al., 2021). Acreditar na conduta terapêutica, confiando nas habilidades técnicas da equipe assistencial, promovendo uma boa relação médico-paciente, é essencial para diminuir a incertezas e melhorar adesão ao tratamento, possibilitando maior esperança ao paciente (MORAIS et al., 2018).

No que concerne a escala que avaliou as habilidades interpessoais, a empatia, suporte, e conforto estão entre as características, analisadas pelo instrumento. Dentro do itinerário terapêutico do paciente, essas são variáveis essenciais, que compõe um cuidado de qualidade e humanizado, estabelecendo uma relação compreensível e confiável, entre o paciente e o profissional de saúde. A revisão integrativa de Anacleto, Cechetto e Riegel (2020), revelou que a construção de vínculo entre equipe assistencial, pacientes e familiares, foi apontada como fator decisivo, para prática de cuidado humanizado, com vistas a tornar o paciente mais participativo no seu tratamento, obtendo menor impacto na QVRS e maior satisfação com a equipe assistencial.

Quanto a escala que avaliou as habilidades informacionais e a disponibilidade da equipe médica e de enfermagem, os pacientes responderam estar satisfeitos com

as informações sobre a doença, exames e tratamento recebido, disponibilidade e tempo despendidos pela equipe, justificados pelos escores obtidos pelo instrumento IN-PATSAT32.

No que diz respeito as habilidades informacionais da equipe de enfermagem os resultados obtidos foram semelhantes aos do estudo de validação do instrumento IN-PATSAT32, no Marrocos, realizado em dois centros de tratamento oncológico. (O et al., 2017). De acordo com os autores do estudo marroquino, tal resultado se deve ao fato de que a equipe médica detém toda a informação sobre a condução do tratamento, além dos enfermeiros não possuíram todas as informações necessárias para prover esclarecimentos exatos aos pacientes. No entanto, o estudo realizado na Polônia apresenta resultados divergentes, destacando que as habilidades informacionais da equipe de enfermagem, representaram a terceira maior média das escalas e itens únicos do instrumento IN-PATSAT32 (KONIECZNY et al., 2021).

Segundo as revisões de Rodrigues et al. (2020) e de Silva et al. (2021), o enfermeiro no Brasil encontra obstáculos para exercer seu papel adequadamente. Para os autores, é necessário capacitação e conscientização profissional para atuar na prevenção, detecção, e tratamento do câncer, provendo informações necessárias ao paciente e a família. Fato esse, que pode contribuir para um melhor vínculo de paciente e enfermeiros, colaborando com a melhoria dos resultados clínicos, por intermédio da confiança e do diálogo (MACKAY et al., 2020).

Para Beal et al. (2021) a formação dos enfermeiros no Brasil para trabalhar na área da oncologia é insipiente. O atual conhecimento generalista que a maioria possui em seu currículo de formação, traz insegurança para executar a atividade assistencial ofertando cuidado integral aos pacientes com câncer devido as especificidades da doença e tratamento, provendo orientações e informações adequadas. Além das habilidades relacionais e emocionais que essa área necessita, a assistência a esses pacientes, exige dos profissionais destreza para a realização de procedimentos de alta complexidade, exigindo capacitação continua para atuar de forma integral (GARCIA et al., 2019).

O fornecimento de informação é essencial para a tomada de decisão compartilhada na condução do tratamento, e possibilita o paciente a ter uma maior compreensão dos efeitos adversos esperados e dos riscos de complicações e/ou recidiva da doença. A comunicação efetiva bidirecional está relacionada a maior sucesso na conduta terapêutica, pois implica em falar, ouvir, e entender as emoções

relatadas e avaliar a compreensão do paciente, possibilitando alcançar melhores resultados clínicos (MACKAY et al, 2020).

Ressalta-se que parte desta pesquisa, foi conduzida em um momento crítico de saúde mundial, quando a pandemia da Covid-19 superlotou as instituições de saúde em Curitiba Paraná (G1PARANÁ; REDE PARANAENSE DE COMUNICAÇÃO, 2021). Esta situação pode ter contribuído na percepção do paciente sobre a agilidade e disponibilidade da equipe de enfermagem.

O estudo de Konieczny et al. (2021), realizado na Polônia utilizou instrumento IN-PATSAT32 com 394 pacientes internados em alas para o tratamento do câncer, e mostrou baixos escores na escala que avaliou a disponibilidade de médicos e enfermeiros durante a pandemia da Covid-19, quando comparada a outras situações não pandêmicas. Para os autores, os escores baixos obtidos nesta escala, podem estar relacionados ao sentimento de insegurança dos pacientes, não só desencadeado pelo diagnóstico e terapêutica do câncer, como também, pelo foco do sistema de saúde estar direcionado ao controle sanitário da Covid-19, que poderia comprometer o tratamento adequado da sua doença.

A disponibilidade de enfermagem além de promover maiores níveis de satisfação geral, pode minimizar a ocorrência de omissão de cuidado e risco de efeitos adversos ao paciente. Um estudo transversal conduzido na Inglaterra, por Aiken et al. (2021), com 66.348 pacientes e 2.963 enfermeiros atuantes em área hospitalar, revelou que a disponibilidade da equipe de enfermagem, comprometida pela sobrecarga de trabalho, está relacionada a omissão de cuidado. Dentre os cuidados omitidos mais relatados, foram o gerenciamento adequado da dor, omissão de procedimento, prevenção de lesão por pressão, administração de medicamento no tempo correto, higiene oral e a elaboração de um plano de cuidado integral.

Não obstante a isso, o mesmo estudo britânico conduzido por Aiken et al. (2021), destacou o fato que mais da metade dos enfermeiros, relataram cuidados omitidos que são facilmente reconhecidos pelo paciente. Entre os mais citados, foram a falta de empatia, apoio emocional, e a orientação e capacitação do paciente e familiar, os quais são atributos fundamentais na condução do tratamento hospitalar para todo paciente.

Uma estratégia de enfrentamento a sobrecarga de atividade ou intercorrências inesperadas durante a assistência de enfermagem é o trabalho em equipe, o que pode minimizar a percepção do paciente relacionada a indisponibilidade

momentânea da equipe de enfermagem. O enfermeiro deve ter habilidade para liderar a equipe de enfermagem, mobilizando engajamento de todos, determinando e contribuindo para a eficácia do cuidado durante o tratamento hospitalar, objetivando melhores resultados, contribuindo para o bem-estar geral do paciente (VALENTIN et al., 2020).

A pesquisa de Arraras et al. (2016), que validou o instrumento de satisfação para cultura espanhola, destacou a equipe de enfermagem na obtenção da correlação significativa positiva entre QVRS e a satisfação geral do paciente. Para os autores, a equipe de enfermagem desempenhou papel fundamental para alcançar tal resultado, devido a altos escores obtidos pela equipe, que contribuíram para um maior nível de satisfação geral e maior QVRS. Segundo uma pesquisa conduzida por Alaloul et al. (2019), a equipe de enfermagem por meio da interação assistencial ocupa posição central, para possibilitar uma maior QVRS e satisfação geral do paciente, mediante a orientação, capacitação e gerenciamento de sintomas incapacitantes, os quais são vistos como determinantes fundamentais na prestação do cuidado.

A experiência do paciente com câncer em relação a determinantes que não estão diretamente associadas a assistência médica ou de enfermagem foi avaliada pela escala e itens únicos do instrumento IN-PATSAT32, relacionadas aos aspectos organizacionais e estruturais do hospital. Foi mensurada por questões do instrumento relacionadas a limpeza e conforto; estrutura e facilidade de locomoção dentro do hospital; gentileza e disposição da equipe de apoio; orientação durante internamento hospitalar; tempo de espera para realização e obter resultado de exames; e a facilidade de acesso ao hospital, como a disponibilidade de meios de transporte ou estacionamento (BRÉDART et al., 2005).

Nesta pesquisa houve um elevado nível de satisfação relacionada a limpeza e conforto, entretanto, os participantes, atribuíram menores médias a acessibilidade e tempo de espera. Resultados similares foram encontrados em estudos de validação de instrumentos de satisfação em outras culturas, que mostraram menor satisfação com a estrutura hospitalar e aspectos organizacionais (HJÖRLEIFSDOTTIR; HALLBERG; GUNNARSDÓTTIR, 2010; ZHANG et al., 2015).

Estes achados são corroborados nesta pesquisa pela análise agrupada das variáveis do instrumento, que avaliou a estrutura hospitalar, que obtivera as menores médias. A estrutura hospitalar também foi citada em revisão integrativa de Almeida e Góis (2020), que incluiu estudos entre 2015 e 2020, e analisou fatores relacionados a

menores níveis de satisfação do paciente no ambiente hospitalar e impactam na qualidade dos serviços de saúde. Para os autores, a superlotação e a demora de atendimento na sala de espera para internamento hospitalar foram fatores determinantes para níveis menores de satisfação dos pacientes. Estes achados estão em consonância com os dados obtidos por Zhang et al. (2015), que atribuem as médias menores, ao volume de pacientes e escassez de recursos humanos.

O estudo de Obtel et al. (2017), encontrou menores médias a acessibilidade, e atribuíram os baixos escores a este item devido aos pacientes em tratamento hospitalar, não residirem na cidade onde o tratamento era conduzido. Na presente pesquisa, na análise descritiva dos dados sociodemográfico e clínicos, pode-se observar, que mais da metade dos participantes, residiam em outra cidade ou estado, o que pode ter contribuído a baixas médias obtidas pelo instrumento que avaliou a satisfação.

Além da facilidade de deslocamento até o hospital onde o tratamento é conduzido, a facilidade de locomoção dentro dele é um dos fatores determinantes para menor nível de satisfação, os quais contribuíram para média menores na presente pesquisa. Tendo em vista que o ambiente hospitalar é um local novo para o paciente com câncer, a equipe de enfermagem e instituição hospitalar deve proporcionar um ambiente inclusivo, promovendo condições estruturais e visuais de acessibilidade a pacientes com mobilidade transitoriamente condicionada devido a sua patologia (SILVA et al., 2019). Minimizar fatores que influenciam na qualidade do cuidado, como a acessibilidade, são ações que proporcionam acolhimento e geram satisfação ao paciente (ANACLETO; CECHETTO; RIEGEL, 2020).

A satisfação com o tratamento hospitalar pode ser avaliada em níveis maiores ou menores pelo paciente de acordo com seu estado geral e o contexto em que está inserido (BERNARDO; LUCAS, 2020; RAHMAN; RAJU, 2021). Isso pode ocorrer em razão da influência dos determinantes relacionados ao cuidado e pelo perfil sociodemográfico e clínico da população (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020). Um estudo de Alosaimi (2022), no continente asiático, ressaltou, que os determinantes para um nível maior de satisfação do paciente ainda são variados, e no que concerne a relação da satisfação com o tratamento hospitalar de acordo com a idade, sexo, renda, nível de escolaridade, houve uma heterogeneidade nos estudos encontrados.

A pesquisa realizada por Konieczny et al. (2021), avaliou a satisfação de paciente com o instrumento IN-PAT32 e encontrou correlação significativa entre

tempo de diagnóstico e as habilidades técnicas de médico e sua disponibilidade, como também com a equipe de enfermagem nas habilidades técnicas, habilidades informacionais e disponibilidade. No contexto sociocultural brasileiro, a relação entre a satisfação e o perfil sociodemográfico dos participantes, encontrou maior nível de satisfação entre os pacientes de baixa renda quanto a equipe multidisciplinar (GADELHA; MUZI; GUIMARÃES, 2020).

Nesta pesquisa a correlação entre os dados sociodemográfico e clínicos, relacionados a idade, escolaridade, renda e tempo de diagnóstico e o item que avaliou a satisfação geral do paciente, não apresentou correlação significativa. Este resultado sugere que o perfil sociodemográfico e clínicos da amostra estudada, não contribuiu para um maior nível satisfação geral.

Dentre as limitações desta pesquisa, destaca-se que a emergência sanitária mundial da pandemia da Covid-19, que pode ter potencializado o impacto negativo na QVRS dos participantes, principalmente nos domínios que abrangem as relações sociais e bem-estar emocional. Ademais, a pandemia pode ter colaborado para obtenção de baixo escores relacionadas a disponibilidade da equipe assistencial, devido a superlotação de leitos hospitalares.

Ademais, salienta-se escassez de estudos nacionais e internacionais que analisem a satisfação com o tratamento hospitalar e a sua relação com QVRS em pacientes adultos com câncer em tratamento hospitalar, a fim de comparar os resultados. Assim como, a maioria dos artigos com a temática de satisfação com o tratamento hospitalar, ter como cerne do estudo a validação do instrumento IN-PATSAT32 para outra cultura.

7 CONCLUSÃO

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a satisfação com o tratamento hospitalar de pacientes adultos com câncer e sua relação com a QVRS, observando correlação significativa entre essas variáveis. A mensuração da QVRS com o instrumento QLQ-C30 indicou estado de saúde geral e QV global regular, com maiores prejuízos nas escalas de função social, desempenho pessoal e função emocional, porém encontrou-se alto nível de satisfação com o tratamento, comprovando-se a hipótese de que os pacientes com maior satisfação apresentavam melhores escores de QVRS.

Com relação aos sintomas, houve prevalência da fadiga, insônia, perda de apetite, dor e dificuldade financeira, que se destacaram como os mais intensos. Inferindo que o tratamento do câncer implica em alta carga de sintomas ao paciente, os quais podem comprometer seu estado funcional, e também a sua QVRS. Ademais, tais sintomas quando não controlados podem interferir na satisfação com o tratamento hospitalar.

Destaca-se como achados desta pesquisa baixos escores de função social, desempenho pessoal e função emocional. Isto pode ter sido ocasionado pelo momento de emergência sanitária mundial da Covid-19, o qual foi necessário o isolamento social, principalmente aos pacientes com câncer devido ao seu estado de imunossupressão, que podem ter potencializados as alterações nesses domínios com consequente prejuízo na QVRS. Além de que os participantes internados, estavam com restrição e/ou proibição de visitas hospitalares, que acarretou em comprometimento das suas relações afetivas.

Em relação a satisfação com o tratamento hospitalar, foi possível constatar que os pacientes apresentaram alto índice de satisfação geral. Tal resultado pode ser atribuído a equipe médica e de enfermagem que receberam as maiores médias nos itens que avaliaram as suas respectivas habilidades obtidas pelo instrumento IN-PATSAT32. Este instrumento pode ser aplicado em diversas instituições que atendam pacientes adultos com câncer, para identificar determinantes relacionados a assistência e que contribuam para melhoria dos indicadores de qualidade para direcionar intervenções na área da saúde.

Ao analisar os escores obtidos pelo instrumento que avaliou a satisfação, observou-se que as habilidades informacionais da equipe de enfermagem

configuraram-se entre as menores médias. Esse achado pode ser atribuído ao fato de os pacientes direcionarem questionamentos importantes relacionado a sua terapêutica estritamente a equipe médica, não esperando da equipe de enfermagem tal função. Destaca-se que se faz necessário a capacitação da equipe de enfermagem e diálogo para condicionar o pensamento do paciente para enxergar o enfermeiro apto a prover informação durante o processo terapêutico, referente ao seu estado de saúde e efeitos adversos do tratamento.

Como contribuição para prática, propõe-se a implementação de indicadores de desfechos clínicos além dos tradicionais, direcionados a avaliar a sobrevida global, recaída e óbito, como a mensuração da QVRS e satisfação com o tratamento hospitalar. Essa iniciativa poderá identificar determinantes relacionados à conjuntura da vida e na prestação do cuidado que são de igual importância na perspectiva desses pacientes, direcionando intervenções assistenciais de enfermagem para uma maior QVRS e satisfação com o tratamento hospitalar.

Para o ensino, sugere-se a reflexão para inclusão no currículo da graduação, estratégias para preparar enfermeiros generalistas a desenvolver habilidades gerais para o atendimento a pacientes com câncer, para atuar na orientação, no apoio emocional e cuidado durante tratamento hospitalar, provendo informações necessárias, aproximando-os do seu processo terapêutico. Além da necessidade de inclusão da temática de QVRS e satisfação com o tratamento hospitalar, que vão contribuir para uma assistência integral ao paciente, alcançando melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 85, n. 5, p. 365-76, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- ABATE, D. et al. Assessment of Quality of care Using Information on Patient Satisfaction at Adult Oncology Center of Tikur Anbessa Specialized Hospital, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. **Patient Prefer. Adherence**, v. 2020, n. 14, p. 847-58, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247603/>>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- ADI, N. P. D.; ILYAS, Y. Systematic Review: Determinants of Patient Satisfaction with Hospital Services. **Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health**, n. 14, p. 1081-9, 2019. Disponível em: <<http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=1249145&val=13414&title=SYSTEMATIC%20REVIEW%20DETERMINANTS%20OF%20PATIENT%20SATISFACTION%20WITH%20HOSPITAL%20SERVICES>>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- AIKEN, L. H. et al. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- ALALOUL, F. et al. Patient Experience Factors and Health-Related Quality of Life in Hospitalized Individuals. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 46, n. 2, p. 238-47, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1188/19.ONF.238-247>>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- ALOSAIMI F.D. et al. Psychosocial and clinical predictors of patient satisfaction with cancer care. **Saudi Pharm J.** v. 30, n. 4, p. 414-420, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2022.01.020>>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- ALECRIM, T. D. P.; MIRANDA, J. A. M.; RIBEIRO, B. M. S. S. Percepção do paciente oncológico em cuidados paliativos sobre a família e a equipe de enfermagem. **CuidArte Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 206-12, 2020. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.206-212.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- ALENCAR, L. C. R.; SARDINHA, A. H. L. Satisfação dos idosos em tratamento de câncer acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização. **Cienc. Enferm.**, v. 26, n. 25, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.29393/ce26-18s1r20018>>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- ALOSAIMI, F. D. et al. Psychosocial and clinical predictors of patient satisfaction with cancer care. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v. 30, n. 4, p. 414-20, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jsps.2022.01.020>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

ALMEIDA, H. O. C.; GÓIS, R. M. O. Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. **Rev. Adm. Saúde**, v. 20, n. 81, p. e244, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.81.244>>. Acesso em: 01 mai. 2021.

AMARAL, R. A. C. et al. Bundle para prevenção e manejo das complicações de pacientes oncológicos neutropênicos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0195>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ANACLETO, G.; CECCHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 2, 246–54, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2737>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

ARRARAS, J. I. et al. The EORTC cancer in-patient satisfaction with care questionnaire: EORTC IN-PATSAT32 Validation study for Spanish patients. **Clin. Transl. Oncol.**, v. 11, n. 4, p. 237-342, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s12094-009-0346-6>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ARRARAS, J. I. et al. Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. **Psycho-oncol.**, v. 22, n. 11, p. 2454-61, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.3307>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHF). **Observatório 2022**. São Paulo: Associação Nacional de Hospitais Privados, 11ª Edição, 2022. Disponível em: <<https://conteudo.anahf.com.br/observatorio-2022>>. Acesso em: 18 mar. 2022.

AYANA, B. A. et al. Health related quality of life of gynaecologic cancer patients attending at Tikur Anbesa Specialized Hospital (TASH), Addis Ababa, Ethiopia. **BMC Womens Health**, v. 18, n. 7, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12905-017-0507-7>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BATBAATAR, E. et al. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. **Perspect. Public Health**, v. 137, n. 2, p. 89-101, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1757913916634136>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BAGATTINI, A. M. et al. Qualidade metodológica das avaliações econômicas de antineoplásicos submetidas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na atualização do rol 2020 Estudo de avaliação crítica. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 31-42, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.21115/JBES.v13.n1.p31-42>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BALDERAS-PENÑA, L. M. et al. Relation to Clinical Stage in Mexican Patients with Multiple Myeloma. **Cancer Control**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1073274819831281>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BASTOS, A. P. S. et al. Repercussões neurológicas da insônia: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-10, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27528>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

BERNARDO, D.; LUCAS, P. B. Satisfação dos Usuários com os Cuidados de Enfermagem – Revisão Integrativa de Literatura. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 822-32, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BELMIRO, A. A. et al. Equivalência Conceitual, de Itens, Semântica e Operacional da versão Brasileira do EORTC IN-PATSAT32. **Rev. Augustus**, v. 23, n. 46, p. 69-81, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.15202/1981896.2018v23n46p69>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BEAL, R. et al. Os desafios da oncologia: da formação à ação profissional do enfermeiro. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. 1-11, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16332>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 66, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n1.405>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BOTTOMLEY, A. et al. Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. **Euro. J. Cancer**, v. 121, p. 55-63, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.08.016>>. Acesso em 21 jul. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Terceiro Trimestre de 2021: 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_3tri.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa-RN nº 439, de 3 de dezembro de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1Nw>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual de Tópicos da Saúde Complementar para o Programa de Parceiros da Cidadania: Uma abordagem sob perspectiva regulatória**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª edição, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Número de operadoras de saúde ativas no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_03a.def>. Acesso em: 14 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Portaria nº 4, de 5 de Janeiro de 2021**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-5-de-janeiro-de-2021-298109730>>. Acesso em: 05 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2020 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) **ABC do Câncer: abordagens básicas para controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-140-fev-2014.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656compilado.htm>. Acesso em: 17 jul. 2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.961/2000, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm>. Acesso em: 17 de jul. 2021.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm> Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Presidência da República. Secretária-Geral. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm> Acesso em: 17 jul. 2021.

BRÉDART, A. et al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). **Eur. J. Cancer**, v. 41, n. 14, p. 2120-31, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.04.041>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRÉDART, A. et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. **Eur. J. Cancer**, v. 43, n. 2, p. 323-30, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2006.10.016>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRÉDART, A. et al. The European organization for research and treatment of cancer - satisfaction with cancer care questionnaire: revision and extended application development: EORTC satisfaction with cancer care core and outpatient questionnaires. **Psycho-Oncol**, v. 26, n. 3, p. 1-5, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.4127>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRITO, T. R. P. et al. Fatores associados ao apoio social percebido pelo idoso com câncer. **Geriatr. Gerontol. Aging**, v. 15, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212000104>>. Acesso em: 07 jun. 2022.

BROOKS, S. K, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, v. 10227, p. 912-20, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)>. Acesso em: 02 mai. 2022.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Características clínicas, dietéticas e demográficas que interferem na qualidade de vida de pacientes com câncer. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4368>. Acesso em: 12 mai. 2022.

CARVALHO, P. G.; O'DWER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde Debate**, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>>. Acesso em: 01 ago. 2021.

CARROLL, C. B.; GOMIDE, M. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00041518>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

CIAŻYŃSKA, M. et al. Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. **Psycho-oncol.**, v. 29, n. 9, p. 1377-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.5434>>. Acesso em: 13 jun. 2022.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC-UFPR). **Um dia histórico**: Hospital de Clínicas da UFPR é pioneiro da América Latina em transplante de medula óssea. Curitiba, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/comunicacao/noticias/um-dia-historico-hospital-de-clinicas-da-ufpr-e-pioneiro-da-america-latina-em-transplante-de-medula-ossea>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CORDEIRO, L. M.; SANTOS, D. G. M.; ORLANDI, F. S. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. **Enferm. Foco**, v. 12, n. 3, p. 489-95, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

CORRÊA, K. M.; OLIVEIRA, J. D. B.; TAETS, G. G. C. C. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. **Rev. Bras. Cancerol**, v. 66, p. 1-5, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1068>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

DJAMBAZOV, S. N.; GIAMMANCO, M. D.; GITTO, L. Factors That Predict Overall Patient Satisfaction with Oncology Hospital Care in Bulgaria. **Value in Health Regional Issues**, v. 19, p. 26–33, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.11.006>>. Acesso em: mar. 2021.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v. 3, p. 1-18, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

DRAGESET, J. et al. Quality of life among cancer inpatients 80 years and older: a systematic review. **Health Qual. Life Outcomes**, v. 19, n. 98, p. 1-16, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01685-0>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

ENGEL, M. et al. Satisfaction with care of hospitalised patients with advanced cancer in the Netherlands. **Eur. J. Cancer Care**, v. 27, n. 5, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ecc.12874>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC). **Quality of Life**, 2022. Disponível em: <<http://www.eortc.be>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FAYERS, P. M. et al. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Brussels: **European Organization for Research and Treatment of Cancer**, 2001. Disponível em: <<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

FERNANDES, A. C. **Vivências dos enfermeiros na assistência ao paciente com dor oncológica**. 2021. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Botucatu, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/214948/fernandes_ac_me_bot_in_i.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 23 jul. 2022.

FERREIRA, P. M. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas em tratamento quimioterápico no Sul de Minas Gerais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 29311-27, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-459>>. Acesso em: 19 jan. 2022.

FONSECA, N.; PERES, L. P.; SCALIA, L. A. M. Avaliação da satisfação de pacientes e seus cuidadores em relação aos serviços de cuidados paliativos em oncologia. **Rev. Recien**, v. 10, n. 31, p. 74-86, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.24276/rrecien.2020.10.31.74-84>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FONSECA, T. A. A.; SILVA, D. T. A.; SILVA, M. T. A. Distribuição dos óbitos por câncer do colo de útero no Brasil. **J. Health Biol. Sci.**, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.4009.p1-6.2021>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

FRANCESCHINI, J. et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J. Bras. Pneumol.**, v. 36, n. 5, p. 595-602, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000500011>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Em Cuidados Paliativos. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

G1 Rede Paranaense de Comunicação - **Curitiba. Covid: Hospitais de Curitiba registram alta na ocupação de leitos de UTI do SUS**. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2021/08/18/covid-hospitais-de-curitiba-registram-alta-na-ocupacao-de-leitos-de-uti-do-sus.ghtml>. Acesso em: 12 dez. 2021.

GADELHA, B. Q.; MUZI, C.D.; GUIMARÃES, R.M. Transcultural adaptation of the user satisfaction scale to the health service: Brazilian version of the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. **Clin Transl Oncol**, v. 20, n. 6, p. 745-52. <<https://doi.org/10.1007/s12094-017-1780-5>>. Acesso em: 02 mar. 2022.

GADELHA, B. D. Q.; MUZI, C. D.; GUIMARÃES, R. M. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com o serviço de saúde em um hospital público no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 28, n. 3, p. 353-61, 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1414-462x202028030175>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

GARCIA, J. V. M. et al. Educação permanente em oncologia em um Hospital Universitário Federal. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 8, n. 2, p. 4-9, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.26694/2238-7234.824-9>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

GAVUROVA, B.; KUBAK, M. Satisfaction of inpatients with health care facilities and medical services in Slovak Republic. **Economic Research-Ekonomska Istraživanja**, p. 1-19, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/1331677X.2022.2059691>>. Acesso em: 04 mai. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2019.

GOMES, R. A. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença oncohematológica em quimioterapia. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1200-5, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231413/28860>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

GUERINI, M. M.; OLIVEIRA, C. R. V.; REIS, B. C. C. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 4, p. 1-8, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAMed.e9885.2022>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

HAUKLAND, E. C. et al. Adverse events in deceased hospitalised cancer patients as a measure of quality and safety in end-of-life cancer care. **BMC Palliat. Care**, v. 19, n. 76, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00579-0>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

HEERDEGEN, A. C. S.; PETERSEN, G. S.; JERVELUND, S. S. Determinants of patient satisfaction with cancer care delivered by the Danish healthcare system. **Cancer**, v. 123, n. 15, p. 2918-26, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cncr.30673>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

HJÖRLEIFSDÓTTIR, E; HALLBERG, I.R.; GUNNARSDÓTTIR, E.D. Satisfaction with care in oncology outpatient clinics: psychometric characteristics of the Icelandic EORTC IN-PATSAT32 version. **J. Clin. Nurs.**, v. 19, n. 13-14, p.1784-1794. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03095.x>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS. **Relatório anual de atendimento hospitalar**. Sistema Informatizado Hospitalar Tasy Hel. Curitiba, 2021.

_____. **Corpo Clínico Hospital Nossa Senhora das Graças**. Site. Disponível em: <<https://www.hnsg.org.br/hospital/corpo-clinico/>>. Acesso em: 22 mai. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Onde tratar pelo SUS**, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. 2, Improving the 21st-century Health Care System. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

JESUS, A. S. et al. Fatores associados a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde de Pacientes com Câncer em Tratamento Clínico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 65, n. 2, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.395>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

LEGG, M. et al. The Association between Sleep Quality and Fatigue in Colorectal Cancer Survivors up until Two Years after Treatment: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. **Cancers (Basel)**, v. 14, n. 6, p. 1-16, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/cancers14061527>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

LIANG, Y. et al. Health-related quality of life before and after hematopoietic stem cell transplant: evidence from a survey in Suzhou, China. **Hematology**, v. 23, n. 9, p. 626-32, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10245332.2018.1457199>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

LIU, Y.; LIN, B. Application of quality control circle in the treatment of moderate cancer pain in inpatients, **Jpn. J. Clin. Oncol**, v. 50, n. 5, p. 581–5, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jjco/hyz214>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

LONGARAY, S. R. M. et al. Implementação de um Protocolo Fisioterapêutico em Pacientes Hemato-Oncológicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 67, n. 1, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n1.1057>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

LÓSS, J. C. S. et al. Estratégias de humanização em oncologia: um projeto de intervenção. **Revista Transformar**, v. 13, n. 1, p. 797-811, 2020. Disponível em: <<http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/338/256>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

KING, M. T. The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. **Qual. Life Res.**, v. 5, n. 6, p. 555-67, 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/BF00439229>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

KOINIG, K. A. et al. The cancer patient's perspective of COVID-19-induced distress- A cross-sectional study and a longitudinal comparison of HRQOL assessed before and during the pandemic. **Cancer Med.**, v. 10, n. 12, p. 3928-37, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/cam4.3950>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

KONIECZNY, M. et al. Patient Satisfaction with Oncological Care during the SARS-CoV-2 Virus Pandemic. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 8, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18084122>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

MACHADO, C. A. M. et al. Correlação entre preocupações adicionais e desempenho pessoal com a qualidade de vida na hospitalização para o transplante de células-tronco hematopoéticas. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 1-8, 2018a. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i4.45060>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MACHADO, C. A. M. et al. Calidad de vida de los pacientes sometidos al transplante de células madre autólogo y alogénico en la hospitalización. **Enferm. Glob**, v. 17, n. 4, p. 401-45, 2018b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0644>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MACHADO, C. A. M. **Coping religioso/espiritual e qualidade de vida dos pacientes com câncer hematológico submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas**. 2021. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/1884/73377>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MACKAY, T. M. et al. Patient Satisfaction and quality of life before and after treatment of pancreatic and periampullary cancer: a prospective multicenter study. **J. Natl. Compr. Canc. Netw.**, v. 18, n. 6, 704-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.7528>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

MAIA, A. E. S.; GRELO, F. A.; CUNHA, K. C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 67, n. 2, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n2.864>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

MALTA, M. et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/en_21.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARQUES, A. C. B. et al. Assessment of quality of life three years from hematopoietic stem cell transplant. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0270>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

MARTINS, J. C. A. Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT32 na população portuguesa. **Referência**, v. II, n. 9, p. 41-9, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956005>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MARTINI, T. G.; FELITTI, S.; PAULA, L. C. L. Covid-19: impacto da pandemia na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes oncológicos. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 3, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v7i3.280>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

MARINHO, A. P. R. et al. Tradução e adaptação cultural do Quality of Life Questionnaire-Lung Cancer Module da European Organization for Research and Treatment of Cancer para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, v. 45, n. 4, p. 1-6, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20170458>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

MAZZAROTTO, S. M. N. **O financiamento do tratamento oncológico na rede pública de saúde**. 2016. 60 f. Monografia (Ciências Econômicas) - Graduação em Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/174337/Monografia%20da%20Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 set. 2021

MELO, A. S. et al. Disfunção Erétil em Pacientes com Neoplasia de Próstata de Baixo Risco Tratados com Radioterapia Exclusiva e Revisão da Literatura. **Urominas**, v. 8, p. 17-22, 2020. Disponível em: <<http://urominas.com/wp-content/uploads/2020/03/4.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MIURA, C. R. M., et al. Qualidade de vida e experiências religiosas/ espirituais de pacientes com câncer em um serviço de emergência. **Cogitare Enferm.**, v. 25, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67474>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

MONTEIRO, A. P. B. V; FORTES, R. C. Principais reações adversas provocadas pelos quimioterápicos: Contribuição da enfermagem frente às reações adversas e/ou efeitos colaterais relacionados à quimioterapia. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 6790-6806, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-458>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

MORAIS, G. B. et al. A valia do vínculo na relação equipe multidisciplinar - paciente oncológico para a continuidade do cuidado: uma revisão integrativa. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 7, n. 2, p. 114-24, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.35572/rsc.v7i2.100>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

MOREIRA JUNIOR, A. F. et al. Avaliação Da Qualidade De Vida Em Pacientes Oncológicos De Um Centro De Oncologia, Belém-PA. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal**, v. 12, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n1-20>. Acesso em: 05 mai. 2022.

MOSLEHPOUR, M. et al. The Effect of Physician Communication on Inpatient Satisfaction. **Healthcare**, v. 10, n. 3, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10030463>. Acesso em: 05 mai. 2022.

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 132-40, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4243-9>. Acesso em: 02 mai. 2022.

NICOLUSSI, A. C., & SAWADA, N. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, p. 155-161, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200007>. Acesso em: 02 mai. 2022.

NOGUEIRA, L. A. et al. Avaliação da toxicidade financeira (FACIT-COST) de pacientes com câncer no sul do Brasil. **Cogitare Enferm.**, v. 27, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79533>. Acesso em: 15 jul. 2022.

OBTEL, M. et al. Validation of EORTC IN-PATSAT 32 in Morocco: Methods and processes. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 18, n. 5, p. 1403-09, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.5.1403>. Acesso em: 17 mar. 2021.

OKEN, M. M. et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **Am. J. Clin. Oncol.**, v. 5, n. 6, p. 649-55, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

OLIVEIRA, G. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde nos pacientes com câncer: revisão integrativa da literatura Latino-Americana. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 97787-97804, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-209>. Acesso em: 03 jul. 2022.

OLIVEIRA SILVA, G., SOARES, N. T. I., VITOR, R. V., & SAKAI, A. M. Atuação dos profissionais de enfermagem frente a pacientes com dor oncológica. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 37, 128-142, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2359>. Acesso em 16 jul. 2021.

PAIVA, C. E. et al. Avaliação adicional das propriedades psicométricas do EORTC QLQ-C30 em uma grande coorte de pacientes com câncer no Brasil em função de sua escolaridade. **Support. Care Cancer**, v. 22, p. 2151-60, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2206-3>. Acesso em: 01 jul. 2021.

PAIVA, B. K. R. et al. Sintomas de Fadiga e Força Muscular Respiratória de Pacientes Onco-hematológicos em Quimioterapia. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 67, n. 3, p. 149-158, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83297>. Acesso em: 01 ago. 2021.

PASSOS, S. S. S.; PEREIRA, A.; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 28, n. 6, p. 539-45, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500090>>. Acesso em: 25 mai. 2022.

PEREIRA, C. A. G. et al. Influência dos Cânceres Gástrico e Hematológico na Qualidade de Vida e na Funcionalidade de Pacientes Oncológicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 68, n. 1, p. e-051332, 2022. Disponível em: <<https://10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1332>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

PIRES, M. B. T.; MAMPRIM, G. Neutropenia febril em pacientes com câncer de mama: revisão de ensaios clínicos. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/241/173>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PIRES, M. B. et al. Perfil da qualidade de vida três meses ou mais após o término da radioterapia adjuvante utilizada para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. **O Mundo da Saúde**, v. 45, n. 1, p. 308-17, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145308317>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

PISHKUHI, M. A. et al. Psychometric properties of the Persian version of satisfaction with care EORTC-in-patsat32 questionnaire among Iranian cancer patients. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v. 15, n. 23, p. 10121-8, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.23.10121>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 431p.

PORTELA, E. C. et al. A importância da relação médico-paciente para o tratamento oncológico: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e6041.2021>>. Acesso em: 01 mai. 2022.

RAHMAN, M.; RAJU, V. Determinants of Patient satisfaction that impact hospital quality improvement: Evidence from a systematic literature review. **Annals of the Romanian Society for Cell Biology**, v. 25, n. 4, p. 13265-82, 2021. Disponível em: <<https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/4341/3484>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

RAMOS, A. F. N.; TAVARES, A. P. M.; MENDONÇA, S. M. S. Pain and dyspnea control in cancer patients of an urgency setting: nursing intervention results. **Rev. Dor**, v. 18, n. 2, p. 166-72, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170033>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

RHEE, T. G.; PAWLOSKI, P. A.; PARSONS, H. M. Health-related quality of life among US adults with cancer: Potential roles of complementary and alternative medicine for health promotion and well-being. **Psycho-Oncol.**, v. 28, n. 4, p. 896-902, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.5039>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ROCHA, E. C. L. et al. Estratégias de promoção do retorno ao trabalho de sobreviventes ao câncer: revisão integrativa de literatura. **Advances in Nursing and Health**, v. 3, p. 64-82, 2021. Disponível em:

<<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/download/42566/30209>>.

Acesso em: 14 jul. 2021.

ROCHA, K. S. C.; SANTOS, L. S. C.; DEVEZAS, A. M. L. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos pós internação em UTI. **Arquivos Médicos**, v. 64, n. 2, p. 125-30, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.125>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

RODRIGUES, J. R. G. et al. Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 55, p. 1-9, 2020.

<<https://doi.org/10.25248/reas.e3668.2020>> . Acesso em: 09 jun. 2022.

ROTH, L. et al. Assessing Cancer Patient Experience of Care in Outpatient Oncology Practices in the United States. **Med. Care**, v. 58, n. 8, p. 744-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001339>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SACKS, G. D. et al. Relationship between hospital performance on a patient satisfaction survey and surgical quality. **JAMA surgery**, v. 150, n. 9, 858-864, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.1108>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SALVETTI, M. G. et al. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>>. Acesso em: 03 mai. 2022.

SÁNCHEZ, J. M. B. et al. Breast cancer management during COVID-19 pandemic in Madrid: Surgical strategy. **Clin. Breast Cancer**, v. 21, n. 1, p. e128-e135, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.10.006>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SANTOS, H. L. P. C.; MACIEL, F. B. M.; OLIVEIRA, R. S. Internações Hospitalares por Neoplasias no Brasil, 2008-2018: Gastos e Tempo de Permanência. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 66, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.992>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, A.A. et al. Manutenção do tratamento oncológico frente à pandemia de COVID-19: revisão de literatura. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 64, p. 5786-5791. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5786-5797>>. Acesso em 12 jun. 2022.

SANTOS, C.; SOUZA, A. S. Doente com neutropenia febril: uma intervenção especializada - revisão integrativa de literatura. **Revista Onco News**, v. 42, p. 22-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.31877/on.2021.42.03>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P. Dor e Internação Hospitalar em Cuidados Paliativos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 67, n. 3, p. 1-5, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1180>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

SCHUCH, D. **Análise da qualidade de vida e estilo de vida de pacientes oncológicos hospitalizados em um município do interior do Rio Grande do Sul.** 2019. 66 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2916>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SECRETARIA DE MODALIDADES ESPECIALIZADAS DE EDUCAÇÃO, 2021. Mapa do Ensino Superior. Disponível em: <<https://www.semesp.org.br/mapa-do-ensino-superior/>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SIEGEL, R.L. et al. Cancer statistics, 2022. **CA Cancer J. Clin.**, v. 72, n. 1, p. 1-47, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/caac.21708>>. Acesso em: 22 mai. 2022.

SILVA, L. et al. Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos atendidos em um hospital de referência da região centro-oeste do Brasil. **Enciclopédia biosfera**, v.16, n. 29, p. 1-14, 2019. Disponível em: <<https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/330>>. Acesso em: 22 mai. 2022.

SILVA, L. A. A. **Relaxamento com imagem guiada para qualidade de vida relacionada à saúde durante o transplante de células-tronco hematopoéticas.** 2021. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/1884/71289>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

SILVA, M. G. et al. Condutas do enfermeiro (a) na prevenção do câncer de próstata: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAS.e5936.2021>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

SHRESTHA, A. et al. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. **Psycho-Oncol**, v. 28, n. 7, p.1367-80, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pon.5054>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SILVEIRA, F. M. et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paul. Enferm**, v. 34, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, suppl 1, p. 2529-41, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA Cancer J. Clin.**, v. 71, n. 3, p. 209-49, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3322/caac.21660>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

THERRIER, S. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer da região de alfenas – Minas Gerais**. 2021. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2021. Disponível em: <<https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1768>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

THINH, D. H. Q. et al. Patient and Physician Satisfaction with Analgesic Treatment: Findings from the Analgesic Treatment for Cancer Pain in Southeast Asia (ACE) Study. **Pain Res. Manag.**, v. 2018, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2018/2193710>>. Acesso em: 01 jul. 2021.

ÜREK, D.; UĞURLUOĞLU, Ö. Predictors of financial toxicity and its associations with health-related quality of life and treatment non-adherence in Turkish cancer patients. **Support. Care in Cancer**, v. 30, n.1, p. 865-874, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06491-4>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

VALENTIM, L. V. et al. Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 34, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

VIANA, L. R. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão terapêutica nos cânceres de mama e próstata. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 30, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0217>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

WALL, S. A. et al. Multidisciplinary Approach to Older Adults with Hematologic Malignancies-a Paradigm Shift. **Curr. Hematol. Malig. Rep.**, v. 17, n. 1, p. 31-8, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11899-021-00646-0>>. Acesso em: 05 mar. 2022.

WARSAME, R.; D' SOUZA, A. Patient Reported Outcomes Have Arrived: A Practical Overview for Clinicians in Using Patient Reported Outcomes in Oncology. **Mayo Clin. Proc.**, v. 94, n. 11, p. 2291-301, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.005>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

WAKIUCHI, J. et al. Rebuilding subjectivity from the experience of cancer and its treatment. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 1, p. 125-33, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0332>>. Acesso em: 16 jul. 2021.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. **World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention**. Lyon: 2020. Disponível em: <<https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>>. Acesso em 16 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-for-all>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

_____. **Cancer**, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

_____. **WHOQOL Measuring quality of life**. Geneva, 1997. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)**. France, 2021. Disponível em: <<https://gco.iarc.fr/>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

_____. **International Agency for Research on Cancer (IARC)**. 2019. Disponível em: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=2&statistic=5&prevalence=1&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1.

XIMENES, C. R. C. Impact of age in health-related quality of life in older adults with cancer. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, 1-9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212000106>>. Acesso em: 11 mar. 2022.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2ª ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2013.

ZHANG, L. et al. Validation of EORTC IN-PATSAT32 for Chinese cancer patients. **Support. Care Cancer**, v. 23, p. 2721–2730, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2636-6>>. Acesso em: 11 mar. 2022.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS		
1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
Iniciais:	Classificação IBGE (1) Jovem (18 a 24 anos) (2) Adulto Jovem (25 a 44 anos)	(3) Adulto (45 a 59 anos) (4) Idoso (60 a 90 anos) (5) Muito Idoso (Acima de 90 anos)
Atendimento:		
Sexo: (1) M (2) F		
Idade (Anos):		
Cidade procedente (1) Capital (2) Região Metropolitana (3) Interior do Estado (4) Outro estado, qual: _____	Característica étnico-racial a) referido (1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Amarelo	b) observado (1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Amarelo
Tem familiar ou acompanhante? (1) Sim (2) Não	Estado Civil (1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) União Consensual (5) Separado	Profissão/Ocupação (1) Empregado (2) Autônomo (3) Desempregado (4) Estudante (5) Do lar (6) Aposentado Profissão/ocupação: _____
Local de Entrevista (1) Hematologia/TMO (1AP1) (2) Oncologia (1AP2)	Filhos (1) Possui filhos; nº _____ (2) Não possui filhos	
Escolaridade (1) Analfabeto Funcional (2) 4 a 7 anos de estudo (3) 8 a 10 anos de estudo (4) 11 e mais anos de estudo	Leia-se Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior	Renda familiar (1) Sem renda (2) Até 1 salário mínimo (3) De 1 a 3 salários min. (4) De 4 a 10 salários min. (5) De 10 a 20 salários min. (6) Acima de 20 salários min.
2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA		
Diagnóstico:	Tratamentos a que já foi submetido: (1) Quimioterapia (2) Radioterapia (3) Cirurgia (4) TMO (5) Hormonioterapia (6) Outros: _____	Tempo de Diagnóstico (1) Até 30 dias (2) Até 60 dias (3) Até 6 meses (4) 6 meses a 1 ano (5) 1 ano a 3 anos (6) Mais de 3 anos
Estadiamento da doença:		
Tipo de Câncer: (1) Hematológico (2) Tumor Sólido		

Já ficou internado para tratar a doença? (1) Sim (2) Não Se sim, quantas vezes? (1) Uma vez (2) 2 a 4 vezes (3) Mais de 4 vezes		Quanto tempo em dias foi o maior período de internamento para tratamento da doença? (1) De 3 a 7 dias (2) De 7 a 15 dias (3) De 15 a 30 dias (4) Mais de 30 dias (5) Mais de 60 dias
Comorbidades (1) Hipertensão (2) Diabetes <i>Mellitus</i> (3) Problemas cardíacos (4) Problemas respiratórios (5) Outros. Qual: _____ (6) Sem comorbidade	1.1 Faz tratamento 2.1 Faz tratamento 3.1 Faz tratamento 4.1 Faz tratamento 5.1 Faz tratamento	1.2 Não faz tratamento 2.2 Não faz tratamento 3.2 Não faz tratamento 4.2 Não faz tratamento 5.2 Não faz tratamento
3. COMPREENSÃO SOBRE A DOENÇA E HISTÓRICO DE INTERNAMENTO		
Tem conhecimento da sua doença? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente		
Tem conhecimento por que a terapêutica foi escolhida? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente		
Tem conhecimento sobre a necessidade de internamento hospitalar para tratamento da doença? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente		
Refere ter passado por complicações durante o internamento hospitalar? (Ex: Infecção) (1) Sim (2) Não		
Necessitou de procedimento cirúrgico ou intervenção cirúrgica <u>não programada</u> durante o internamento hospitalar? (1) Sim (2) Não		
O seu médico informou sobre o tempo necessário de internamento para tratamento da doença? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente		
Os dias de internamento para tratamento hospitalar foram dentro do tempo esperado informado pelo médico? (1) Sim (2) Não (3) Parcialmente		
Necessitou de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante o tempo de internamento hospitalar mais longo? (1) Sim (2) Não		

FONTE: O autor (2021).

APÊNDICE 2 – AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

hnsq.org.br

CONCORDÂNCIA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ENVOLVIDOS DE DIVULGAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A Universidade Federal do Paraná

Prezados professores (as) e demais responsáveis

Declaramos que nós, do **Hospital Nossa Senhora das Graças**, estamos de acordo com a divulgação do nome da instituição na dissertação de mestrado com o título "Avaliação da satisfação com o tratamento hospitalar e da qualidade de vida de pacientes adultos com câncer" sob a responsabilidade dos pesquisadores Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke, Profa. Dra. Luciana Alcântara Nogueira, Prof. Dr. Paulo Ricardo Bitencourt Guimarães e mestrando Cristiano de Oliveira Ribeiro que aconteceu nas nossas dependências, autorizada previamente.

Atenciosamente,

Curitiba, 13 de outubro de 2022.


Ir. Maria de Fátima Sobral
Diretora Geral

☎ 41.3240-6060
📍 Rua Alcides Munhoz, 433 | Mercês
Curitiba - PR | CEP 80.810-040

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Profa. Luciana Puchalski Kalinke (Orientadora), Prof. Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães e Cristiano de Oliveira Ribeiro (Mestrando), pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, convidamos o(a) senhor(a) com idade maior ou igual a 18 anos, que realizou/realiza tratamento de câncer e esteve/está internado no Hospital Nossa Senhora das Graças, a participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da Satisfação com o Tratamento Hospitalar e Qualidade de Vida de Pacientes Adultos com Câncer”**.

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Além disso, faz-se necessário o uso de instrumentos confiáveis para medir a satisfação com o tratamento hospitalar dos pacientes com câncer, com a finalidade de melhoria contínua dos processos e da prática clínica.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a satisfação com o tratamento hospitalar e a qualidade de vida do(a) senhor(a) diagnosticado com câncer que fez/faz tratamento no Hospital Nossa Senhora das Graças, com a aplicação de questionários durante o seu internamento.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, será necessário responder a três questionários impressos que serão aplicados pelo pesquisador após três dias do seu internamento no hospital.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: avaliar a sua satisfação com o atendimento no ambiente hospitalar e relacionar com a sua qualidade de vida, embora nem sempre o(a) senhor(a) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo, porém sua participação pode contribuir para o avanço científico.

Durante a resposta dos questionários poderão ser mobilizados sentimentos indesejáveis, como o desconforto, insegurança e lembranças negativas do diagnóstico e tratamento. Caso isso aconteça, o(a) senhor(a) poderá optar por não responder às questões, o pesquisador irá respeitar o sentimento e oferecer apoio emocional por meio de escuta ativa.

Os pesquisadores Profa. Dra. Luciana Puchalski Kalinke – Av. Pref. Lothário Meissner, 632: Jardim Botânico, Curitiba-PR, CEP: 80210-170 telefone: (41) 3361-3765, (41) 3361-3799 ou (41) 98800-0186, e-mail: lucianakalinke@yahoo.com.br – e Cristiano de Oliveira Ribeiro – Rua Profa. Rosa Saporski, 299: Mercês, Curitiba-PR,

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

CEP: 80810-120, telefone: (41) 3240-6949 ou (41) 992772614, e-mail: etcristiano@gmail.com – responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado do estudo por e-mail ou telefone em horário comercial das 7h às 19h. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 99277-2614 24 horas por dia. Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo telefone (41) 3360-1041 das 08:00 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso o(a) senhor(a) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas somente pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

O material obtido por meio dos questionários será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de cinco anos.

Todos os custos relacionados à pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores. O(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa e não receberá qualquer valor em dinheiro para sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
--

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, _____ de 20_____.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

3

FONTE: O autor (2021).

APÊNDICE 4 – IMPRESSO PARA DIVULGAÇÃO DA PESQUISA E CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO HOSPITALAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ADULTOS COM CÂNCER

Nós Cristiano de Oliveira Ribeiro, Luciana Puchalski Kalinke e Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães pesquisadores da Universidade Federal do Paraná (UFPR), temos o prazer de convidar o(a) Senhor(a) para participar de nossa pesquisa que está sendo desenvolvida com os pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora das Graças.

Se o(a) senhor(a) tem interesse em participar e está dentro destes critérios:

- idade igual ou maior de 18 anos;
- foi diagnosticado(a) com câncer; e
- ficou internado(a) por três dias ou mais.

Acesse o QR code abaixo para ter mais informações da pesquisa ou entre em contato com o pesquisador pelo telefone ou WhatsApp.



<http://bit.ly/qlqsatisfacao>

Observação: Asseguramos que seus dados serão mantidos em sigilo, conforme firmados no Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pesquisadores.



Contato: Cristiano de Oliveira Ribeiro - Telefone: 41-992772514

FONTE: O autor (2021).

ANEXO 1 – CHECK LIST STRENGTHENING THE REPORTING OF OBSERVATIONAL STUDIES IN EPIDEMIOLOGY (STROBE)

Tabela. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Continua

Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

FONTE: Malta et al. (2010).

ANEXO 2 – INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE (BRAZIL)



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você teve dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você se sentiu fraco/a?	1	2	3	4
13. Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você se sentiu enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você vomitou?	1	2	3	4
16. Você teve prisão de ventre?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (BRAZIL)

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
17. Você teve diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você teve dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você teve dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico lhe trouxe dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO 3 – INSTRUMENTO EORTC IN-PATSAT32

PORTUGUESE (BRAZIL)

**EORTC IN – PATSAT32**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua experiência do cuidado recebido durante sua permanência no hospital. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Durante a sua permanência no hospital, como você avalia os <u>médicos</u> com relação a:		Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
1	Seu conhecimento e experiência com a sua doença?	1	2	3	4	5
2	O tratamento e acompanhamento que eles deram a você?	1	2	3	4	5
3	A atenção que eles deram aos seus problemas físicos?	1	2	3	4	5
4	A disposição deles em ouvir sobre todas as suas preocupações?	1	2	3	4	5
5	O interesse que demonstraram por você pessoalmente?	1	2	3	4	5
6	O conforto e apoio que lhes deram?	1	2	3	4	5
7	As informações que lhe deram sobre a sua doença?	1	2	3	4	5
8	As informações que lhe deram sobre os seus exames?	1	2	3	4	5
9	As informações que lhe deram sobre o tratamento?	1	2	3	4	5
10	A frequência das visitas/consultas deles?	1	2	3	4	5
11	O tempo que eles dedicaram a você durante as visitas/consultas?	1	2	3	4	5

Durante a sua permanência no hospital, como você avalia a <u>equipe de enfermagem</u> em termos de:		Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
12	A maneira como examinaram você (conferiram a temperatura, sentiram o seu pulso...)?	1	2	3	4	5
13	A maneira como cuidaram de você (deram os medicamentos, injeções...)?	1	2	3	4	5
14	A atenção que eles deram ao seu conforto físico?	1	2	3	4	5
15	O interesse que demonstraram em você pessoalmente?	1	2	3	4	5
16	O conforto e apoio que eles lhe deram?	1	2	3	4	5

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (BRAZIL)

Durante a sua permanência no hospital, como você avalia a equipe de enfermagem em termos de:

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
17 A qualidade humana da equipe (educação, respeito, sensibilidade, simpatia, paciência...)?	1	2	3	4	5
18 As informações que lhe deram sobre os seus exames?	1	2	3	4	5
19 As informações que lhe deram sobre o seu atendimento?	1	2	3	4	5
20 As informações que lhe deram sobre o tratamento?	1	2	3	4	5
21 Sua rapidez em atender ao seu chamado do leito?	1	2	3	4	5
22 O tempo que dedicaram a você?	1	2	3	4	5

Durante a sua permanência no hospital, como você avalia os serviços e a organização do atendimento com relação a:

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
23 A troca de informação entre os profissionais de saúde?	1	2	3	4	5
24 A gentileza e disposição de ajudar da equipe técnica, da recepção, do laboratório?	1	2	3	4	5
25 As informações dadas quando você foi internada(o) no hospital?	1	2	3	4	5
26 As informações dadas quando você recebeu alta do hospital?	1	2	3	4	5
27 O tempo de espera para ter os resultados dos exames?	1	2	3	4	5
28 A velocidade em que foram feitos exames e/ou tratamentos?	1	2	3	4	5
29 A facilidade de acesso (estacionamento, meios de transporte...)?	1	2	3	4	5
30 A facilidade de localizar os diferentes setores do hospital?	1	2	3	4	5
31 O ambiente do prédio (limpeza, espaço, tranquilidade...)?	1	2	3	4	5

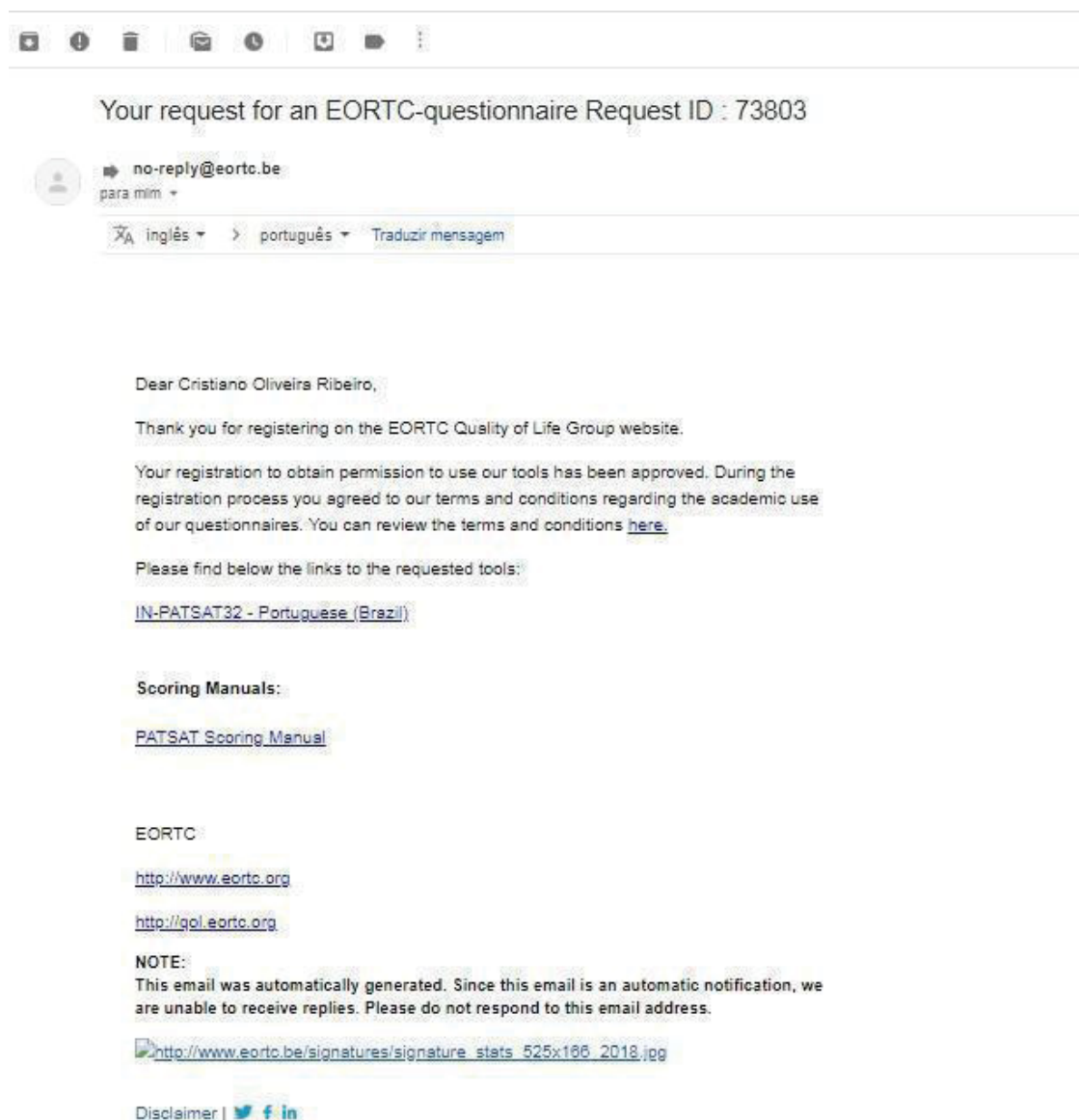
Durante a sua permanência no hospital, como você avalia a equipe de enfermagem em termos de:

	Ruim	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
12 A maneira como examinaram você (conferiram a temperatura, sentiram o seu pulso...)?	1	2	3	4	5
13 A maneira como cuidaram de você (deram os medicamentos, injeções...)?	1	2	3	4	5
14 A atenção que eles deram ao seu conforto físico?	1	2	3	4	5
15 O interesse que demonstraram em você pessoalmente?	1	2	3	4	5
16 O conforto e apoio que eles lhe deram?	1	2	3	4	5

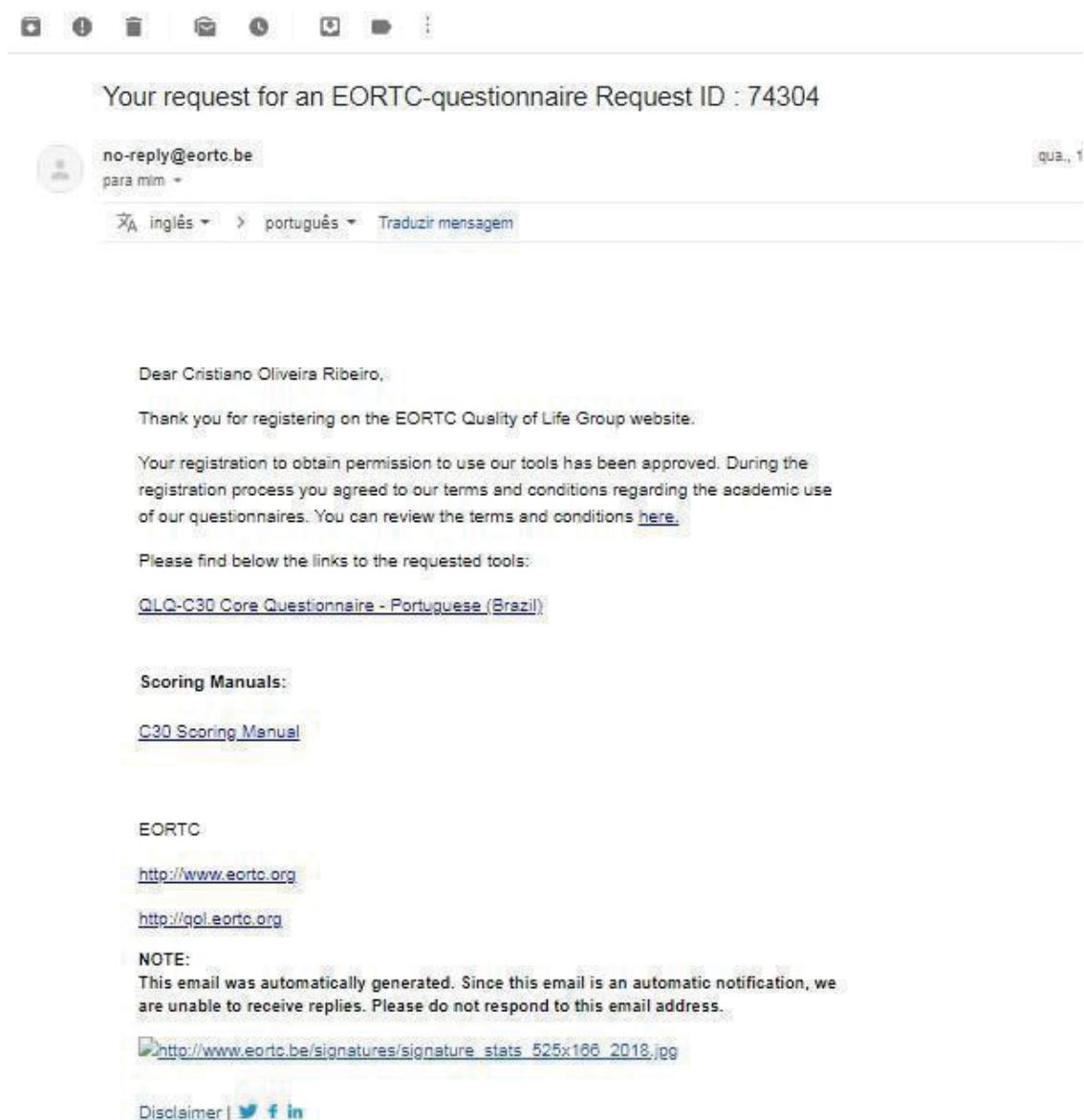
De forma geral,

32 Como você avalia o atendimento que recebeu durante sua permanência no hospital?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

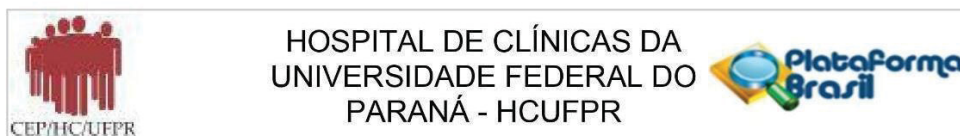
ANEXO 4 – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO IN-PATSAT32



ANEXO 5 – E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO INSTRUMENTO QLQ-C30



ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida e Satisfação com o Tratamento Hospitalar de Adultos com Câncer

Pesquisador: Luciana Puchalski Kalinke

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48015521.4.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital Nossa Senhora das Graças

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.854.043

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta das pendências referentes ao parecer de número 4.831.362, datado de 06 de Julho de 2021, o qual será abaixo reproduzido. No último item (conclusão) encontram-se as pendências com as devidas respostas.

Reprodução do parecer número: 4.831.362

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, analítica de recorte transversal realizada com pacientes em tratamento do câncer no Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR. O período previsto da coleta de dados será de setembro de 2021 até setembro de 2022, com a aplicação de questionário sociodemográfico e clínico (QSDC) e dois questionários validados na língua portuguesa do Brasil: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) e European Organization for Research and Treatment of Cancer Satisfaction With in - Patient Cancer Care (EORTC IN-PATSAT32), o primeiro para mensurar a qualidade de vida, e o segundo para avaliar a satisfação com o tratamento hospitalar da população estudada.

Se necessário durante o preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico do participantes será realizado pelo pesquisador uma complementação das questões clínicas do questionários relacionadas a estadiamento, localização do tumor, data de diagnóstico, tempo de tratamento, tipos de tratamento realizados com informações do prontuário do participante para

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

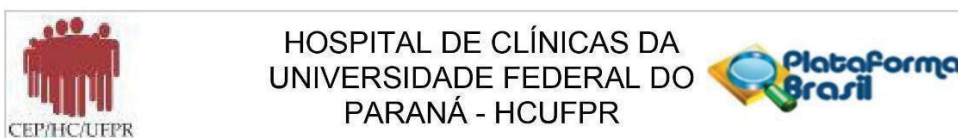
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.854.043

aqueles que não souberem responder às questões relacionadas à sua doença.

Serão incluídos: pacientes adultos com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento para o câncer, que esteja em internamento hospitalar de pelo menos três dias, ou em acompanhamento em unidade ambulatorial, e/ou ambulatório de quimioterapia.

Serão excluídos: os pacientes incapazes de responder ao questionário devido a alterações do estado mental ou cognitivas, reportadas no prontuário do paciente, e/ou não terem condições de comunicar-se. A amostra será de 117 pacientes (conforme cálculo estatístico).

Hipótese:

- a) Os participantes com melhores escores de qualidade de vida demonstram melhores níveis de satisfação no tratamento hospitalar.
- b) Características clínicas como o estadiamento e modalidade de tratamento, estão relacionadas a melhores níveis de satisfação no tratamento hospitalar.

Desfecho Primário:

A análise dos escores dos instrumentos EORTC QLQ-C30 e EORTC IN-PATSAT32, possibilitam conhecer a QV e os níveis de satisfação do tratamento hospitalar em adultos com câncer.

Desfecho Secundário:

As opções de tratamento disponíveis aos adultos com câncer podem exercer variabilidade de qualidade de vida e satisfação com o tratamento hospitalar.

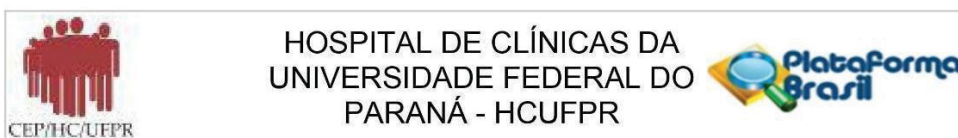
Metodologia de Análise de Dados:

As respostas dos instrumentos serão codificadas e organizadas no Microsoft Office Excel® e submetidas à digitação em momentos diferentes ao longo do período de coleta de dados. Os dados obtidos com os instrumentos EORTC QLQ-C30 e EORTC in-PATSAT32 serão examinados com as recomendações determinadas pela EORTC contidas no manual do instrumento.

Os resultados esperados com a pesquisa será a compreensão da qualidade de vida e satisfação do adulto com câncer com o tratamento hospitalar, contribuindo para as estratégias de melhoria contínua do atendimento desses pacientes.

De acordo com os pesquisadores o custo total da pesquisa será assumido integralmente pelo responsável, Cristiano de Oliveira Ribeiro, conforme o orçamento detalhado no projeto anexado. Portanto não havendo custos para o participante e Instituição.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.854.043

A pesquisa terá início em setembro de 2021, com término em setembro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida e satisfação com o tratamento hospitalar dos pacientes adultos com câncer em um hospital privado localizado no sul do Brasil.

Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar a população estudada de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos.
- b) Correlacionar às características clínicas com os escores de satisfação no tratamento hospitalar.
- c) Comparar os escores gerais de qualidade de vida e de satisfação no tratamento hospitalar, entre as modalidades de tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

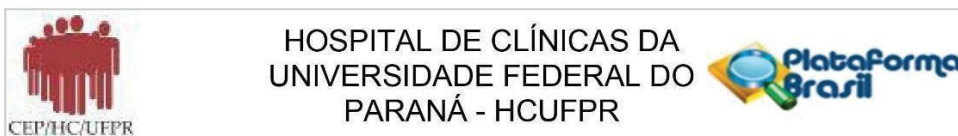
Riscos:

O risco que a pesquisa apresenta ao paciente é o desconforto relacionado ao tempo gasto para responder todos os instrumentos e pelo possível constrangimento mediante as perguntas apresentadas nos questionários. Com intuito de minimizar estes efeitos, as entrevistas serão realizadas conforme disponibilidade dos participantes, e poderá ocorrer presencialmente ou de forma remota.

Benefícios:

Os benefícios esperados serão o desenvolvimento de metas para contribuir na melhoria do cuidado hospitalar em saúde e a contribuição para o avanço científico, a ampliação do

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.854.043

entendimento de qualidade de vida e satisfação do cuidado no tratamento hospitalar do paciente com câncer e a colaboração acadêmica com o serviço de saúde privado. Ressalta-se que a população do estudo pode não ser beneficiada diretamente com a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante uma vez que visa uma compreensão detalhada a respeito da satisfação do paciente com câncer, em relação ao cuidado hospitalar, e a influência deste na sua qualidade de vida. A partir destas informações haverá a elaboração de estratégias junto as equipes envolvidas para melhorar a satisfação do paciente. Sabe-se que paciente satisfeito adere melhor ao tratamento o que pode levar a melhores resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores incluíram todos os documentos.

Nos anexos 3 e 4 constam as autorizações (por correio eletrônico Gmail®) do grupo European Organization for Research and Treatment of Cancer, que desenvolveu os instrumentos originais (EORTC-questionnaire ID: 73803 e o EORTC-questionnaire ID: 74304).

No apêndice 4 encontra-se o modelo do cartaz de divulgação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTAS DAS PENDÊNCIAS, REFERENTES AO PARECER DE NÚMERO 4.831.362, datado de 06 de Julho de 2021, acima reproduzido:

-TCLE

1- Rever todo o documento e padronizar o tratamento para Sr(a) ou senhor(a) visto que foi observado apenas "senhor"(exemplo quarto parágrafo) ou "você" (exemplo quinto parágrafo) quando deveria ser senhor(a) ou Sr(a).

RESPOSTA DA PENDÊNCIA: Providência: Padronizado o tratamento aos participantes da pesquisa em todo o documento para "senhor(a)".

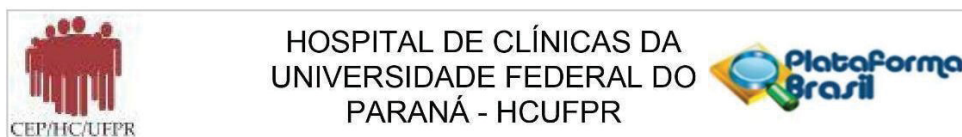
PARECER DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2- No sexto parágrafo, consta que o participante poderá requerer "acompanhamento do serviço de psicologia do hospital para escuta ativa e suporte emocional".

CEP: Favor esclarecer se o serviço de psicologia está ciente desta possível demanda proveniente da pesquisa.

RESPOSTA DA PENDÊNCIA: Providência: A equipe de psicologia do hospital tem como rotina o

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.854.043

acompanhamento de todos os pacientes oncológicos internados nas dependências do HNSG e tem ciência das demandas da pesquisa. Porém foi optado pelos pesquisadores remover essa frase do parágrafo sexto que cita o serviço de psicologia do TCLE

PARECER DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3- Caso algum dos endereços disponibilizados sejam de residências dos pesquisadores, favor excluir, devendo deixar somente os endereços do trabalho e os telefones para contatos (telefones fixos e/ou celulares).

RESPOSTA DA PENDÊNCIA: Providência: Excluído endereço de residência de um dos pesquisadores e substituído pelo endereço do trabalho no parágrafo sete do TCLE.

PARECER DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

As respostas das pendências foram assinadas pela pesquisadora principal: Luciana Puchalski Kalinke.

PARECER DO CEP: todas as pendências foram atendidas. Os pesquisadores podem dar início ao estudo.

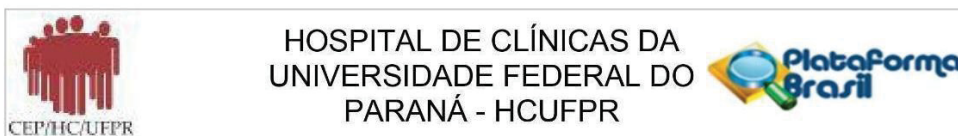
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041
E-mail: cep@hc.ufpr.br	



Continuação do Parecer: 4.854.043

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1772374.pdf	08/07/2021 06:46:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	9_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.doc	08/07/2021 06:46:20	Cristiano de Oliveira Ribeiro	Aceito
Outros	RESPOSTAS_S_PENDENCIAS_CEP.doc	08/07/2021 06:45:07	Cristiano de Oliveira Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_HNSG.pdf	10/06/2021 11:55:15	Cristiano de Oliveira Ribeiro	Aceito
Outros	10_CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf	09/06/2021 20:01:13	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	8_QUALIFICAO_PESQUISADORES_LATENTES.pdf	09/06/2021 20:00:33	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.pdf	09/06/2021 20:00:09	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Declaração de concordância	2_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	09/06/2021 19:59:41	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	1_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	09/06/2021 19:58:56	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO_CLINICO.pdf	09/06/2021 19:58:28	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	QLQ_C30.pdf	09/06/2021 19:57:56	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	IN_PATSAT32.pdf	09/06/2021 19:57:11	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf	09/06/2021 19:56:55	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_SERVICOS_ENVOLVIDOS.pdf	09/06/2021 19:56:23	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PESQUISA.pdf	09/06/2021 19:55:50	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMO_LIVRE_ESCLARECIDO.doc	09/06/2021 19:55:24	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	7_PROJETO_PESQUISA_FINAL.doc	09/06/2021 19:54:37	Luciana Puchalski Kalinke	Aceito

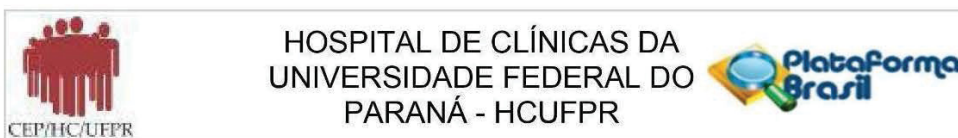
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.854.043

CURITIBA, 16 de Julho de 2021

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br