

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

GUILHERME ABNER SOUSA ALMEIDA

**DISTÚRBIOS NO PADRÃO DO SONO E FADIGA EM PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA GASTROINTESTINAL**

UBERABA - MG

2013

GUILHERME ABNER SOUSA ALMEIDA

**DISTÚRBIOS NO PADRÃO DO SONO E FADIGA EM PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA GASTROINTESTINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strito Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

UBERABA - MG

2013

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Universitária, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)***

Almeida, Guilherme Abner Sousa, 1989-

A447d Distúrbios no padrão do sono e fadiga em pacientes submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal/Guilherme Abner Sousa Almeida. -- 2013. 96f.; il.: tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello.

1. Transtornos do sono. 2. Fadiga. 3. Qualidade de vida. 4. Neoplasias

GUILHERME ABNER SOUSA ALMEIDA

**DISTÚRBIOS NO PADRÃO DO SONO E FADIGA EM PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ONCOLÓGICA GASTROINTESTINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strito Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 19 de Dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elizabeth Barichello
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo

“O que é nascido de Deus vence o mundo;
e esta é a vitória que vence o mundo: a nossa fé.

1 João 5:4”

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras bênçãos concedidas a mim até aqui. Sem a Tua graça e misericórdia não conseguiria alcançar lugares altos.

Aos meus pais, por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões e nos momentos de lutas e vitórias. Tenho certeza de que iremos colher juntos muitos frutos deste trabalho.

À minha orientadora Dra. Elizabeth Barichello. Agradeço os ensinamentos, compreensão e paciência que foram fundamentais para nosso relacionamento harmonioso e pelo sucesso deste trabalho.

À professora Dra. Maria Helena, pela enorme contribuição para esta pesquisa e constante motivação.

Ao professor Vanderlei Haas, pela contribuição nas análises estatísticas, sempre oferecendo suporte com muita paciência e competência.

Aos alunos do Senac, por terem sido fundamentais para o meu aperfeiçoamento e aprendizado como docente.

Aos funcionários da UPA do Parque do Mirante, pela amizade construída e por proporcionarem um local de trabalho agradável e acolhedor.

Aos funcionários do Hospital Dr. Hélio Angotti, pelo espaço cedido para a coleta de dados, análise de prontuários e direcionamento de fluxos dentro da unidade.

Aos pacientes, por compartilharem suas histórias com emoção, carinho e atenção.

Aos funcionários da PPGAS desde a recepção, portaria até limpeza, pelo vínculo de amizade e por compartilhar conosco um pouco do nosso dia a dia.

Aos colegas da V turma de mestrado da PPGAS, pelos exemplos de união, amizade e determinação.

Aos irmãos da Igreja Assembleia de Deus, pelas incessantes orações de apoio.

A todos que, de alguma forma, deixaram sua contribuição na elaboração deste estudo.

RESUMO

ALMEIDA, G. A. S. **Distúrbios no padrão do sono e fadiga em pacientes submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal**. 2013. 96f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

Pacientes com câncer experimentam diversos sintomas relacionados tanto com a doença em si quanto com o tratamento, como distúrbios do sono e fadiga que causam impacto negativo na qualidade de vida do paciente. O câncer gastrointestinal, um dos mais incidentes no Brasil e no mundo, tem a intervenção cirúrgica como tratamento de escolha para esse tipo de câncer. Portanto, este estudo objetivou avaliar o padrão do sono e fadiga em pacientes com câncer submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal e relacioná-los com as dimensões de qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 114 pacientes com câncer gastrointestinal submetidos ao tratamento cirúrgico. A coleta de dados foi realizada no ambulatório de oncologia do hospital Dr. Hélio Angotti, e foram utilizados os instrumentos sociodemográfico e clínico, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), Escala de Fadiga de Piper e o EORTC-QLQ-C30. Na análise de dados, foi utilizado o *Statistical Package Social Science* (SPSS versão 20), e o valor de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Dos 114 pacientes entrevistados, 74 (64,9%) eram do sexo masculino, 35 (30,7%) tinham entre 60 e 70 anos e 36 (31,6%), entre 50 e 60 anos. Dentre os tipos de câncer gastrointestinal, o colorretal predominou (52,6%). Quanto ao padrão do sono, 43 (37,7%) afirmaram demorar de 16 a 30 minutos para iniciar o sono, o componente distúrbio do sono (1,75) foi o que mais influenciou negativamente a qualidade do sono, e 84 (73,3%) afirmaram realizar cochilos diurnos. A fadiga leve predominou (62,3%) entre os entrevistados, e a dimensão afetiva foi a que teve o maior escore (4,25). A função emocional (52,48) foi a mais afetada entre os domínios do EORTC-QLQ-C30. Na análise de regressão linear múltipla, a dor ($p=0,068$), o tempo da cirurgia ($p=0,000$) e o tempo do diagnóstico ($p=0,013$) foram preditivos para os distúrbios do sono. Os distúrbios do sono ($p=0,019$) e a dor ($p=0,000$) foram preditivos para a fadiga. Portanto, o cuidado prestado aos sobreviventes do câncer requer uma assistência de qualidade, e que a equipe

multiprofissional de saúde tenha conhecimento dos processos biológicos e físicos da doença bem como dos sintomas gerados pelo tratamento do câncer.

Palavras-chave: Transtornos do sono, Fadiga, Qualidade de vida, Neoplasias gastrointestinais

ABSTRACT

ALMEIDA, G. A. S. **Sleep pattern and fatigue disturbances in patients undergoing gastrointestinal oncologic surgery**. 2013. 96f. Dissertation (Masters) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

Cancer patients may experience sleep disturbances and fatigue, caused both by disease and by treatment, that have a negative impact on quality of life. Gastrointestinal cancer, which is prevalent in Brazil and the world, has surgery as the treatment of choice. This study aimed to evaluate sleep pattern and fatigue in cancer patients undergoing gastrointestinal oncologic surgery, and relate them to quality of life dimensions. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, involving 114 patients. Data were collected at the oncology outpatient of Dr. Hélio Angotti hospital, and sociodemographic and clinical instruments, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Piper Fatigue Scale and EORTC-QLQ - C30 were used. Data were analysed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 20), and the value of 0.05 was considered statistically significant. Of the 114 patients interviewed, 74 (64.9%) were male, 35 (30.7%) had age between 60 and 70, and 36 (31.6%) between 50 and 60. Among the types of gastrointestinal cancer, colorectal predominated (52.6%). Regarding the pattern of sleep, 43 patients (37.7%) required 16-30 minutes to fall asleep and 84 (73.3%) reported daytime naps; the sleep disturbance component (1.75) was the one which most negatively influenced the quality of sleep. Mild fatigue predominated (62.3%) among respondents, and the affective dimension had the highest score (4.25). The emotional function (52.48) was the most affected domain of the EORTC-QLQ - C30. In multiple linear regression analysis, duration of surgery ($p = 0.000$) and the time of diagnosis ($p = 0.013$) were predictive for sleep disorders; pain presented $p = 0.068$. Sleep disorders ($p = 0.019$) and pain ($p = 0.000$) were predictive of fatigue. It is concluded that quality is required by the multidisciplinary health care team in the care provided to cancer survivors, and knowledge of physical and biological processes of disease, as well as of symptoms generated by treatment are important factors.

Keywords : Disorders of Sleep , Fatigue , Quality of life, Gastrointestinal neoplasms

RESUMEN

ALMEIDA, G. A. S. **DISTURBIOS EN EL PATRÓN DEL SUEÑO Y FATIGA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRURGIA ONCOLÓGICA GASTROINTESTINAL.** 2013. 96f. Dissertação (Maestría) – Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013.

Pacientes con cáncer prueban diversos síntomas relacionados tanto con la enfermedad en si como con el tratamiento, como disturbios del sueño y fatiga que provocan impacto negativo en la calidad de vida del paciente. El cáncer gastrointestinal, uno de los más incidentes en Brasil y en el mundo, tiene la intervención quirúrgica como principal tratamiento para ese tipo de cáncer. Por lo tanto, este estudio objetivó evaluar el patrón del sueño y fatiga en pacientes con cáncer sometidos a cirugía oncológica gastrointestinal y relacionarlos con las dimensiones de calidad de vida. Además, se trata de un estudio transversal con abordaje cuantitativa, realizado con 114 pacientes con cáncer gastrointestinal sometidos al tratamiento quirúrgico. La colecta de datos fue realizada en el ambulatorio de oncología del Hospital Dr. Hélio Angotti, y fueron utilizados los instrumentos sociodemográficos y clínicos, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI), Escala de Fatiga de Piper y el EORTC-QLQ-C30. En el análisis de datos, fue utilizado el *Statistical Package Social Science* (SPSS versión 20), y el valor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. De los 114 pacientes encuestados, 74 (64,9%) eran del sexo masculino, 35 (30,7%) tenían entre 60 y 70 años y 36 (31,6%), entre 50 y 60 años. En medio de los tipos de cáncer gastrointestinal, el colorrectal predominó (52,6%). Cuanto al patrón del sueño, 43 (37,7%) afirmaron tardar de 16 a 30 minutos para iniciar el sueño, el componente disturbio del sueño (1,75) fue el que más influyó negativamente la calidad del sueño, y 84 (73,3%) afirmaron quedarse medio dormidos diurnamente. Una leve fatiga predominó (62,3%) entre los encuestados, y la dimensión afectiva fue la que tuvo mayor expresión (4,25). La función emocional (52,48) fue la más afectada entre los dominios del EORTC-QLQ-C30. Las análisis de regresión lineal múltiple, el dolor ($p=0,068$), el tiempo de cirugía ($p=0,000$) y el tiempo del diagnóstico ($p=0,013$) fueron previstos para los disturbios del sueño. Este último ($p=0,019$) y el dolor ($p=0,000$), fueron previstos para la fatiga. Así siendo, el cuidado con los

sobrevivientes del cáncer requiere una asistencia de calidad, y que la corporación multiprofesional de salud tenga conocimiento de los procesos biológicos y físicos de la enfermedad así como los síntomas generados por el tratamiento del cáncer.

Palabras-clave: Transtornos del sueño; Fatiga; Calidad de vida; Neoplasias gastrointestinales.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	36
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo as variáveis clínicas de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	38
Tabela 3 - Frequência e porcentagem das respostas dos pacientes com câncer gastrointestinal pós-cirúrgicos referente as questões 1 a 4 do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.	39
Tabela 4 - Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	40
Tabela 5 - Frequência e porcentagem das respostas das questões semiabertas do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.	41
Tabela 6 - Frequência e porcentagem das respostas da questão 10 do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.	41
Tabela 7 - Distribuição da intensidade da fadiga avaliada pela escala de fadiga de Piper de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	42
Tabela 8 - Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Cronbach) para os escores da fadiga de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	43
Tabela 9 - Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	43
Tabela 10 - Correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	44
Tabela 11 - Correlação entre o escore global da escala de fadiga de Piper e os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.	45
Tabela 12 - Modelo de regressão logística para os distúrbios do sono. Uberaba (MG) – 2013.	45
Tabela 13 - Modelo de regressão logística para a fadiga. Uberaba (MG) – 2013.	46

LISTA DE ABREVIATURAS

HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>
CEC	Carcinoma Epidermoide
INCA	Instituto Nacional de Câncer
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
NREM	<i>Non-Rapid Eye Movement</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
PSQI	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg
EORTC-QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire Core 30</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Scienses</i>
EGS	Escala Global de Saúde
EF	Escala de Função
ES	Escala de Sintomas
FF	Função Física
DP	Desempenho de Papel
FE	Função Emocional
FC	Função Cognitiva
FS	Função Social
FAD	Fadiga
NAV	Náuseas e Vômitos
DIS	Dispneia
INS	Insônia
PAP	Perda de Appetite
CON	Constipação
DIA	Diarreia
DIF	Dificuldades Financeiras
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 DISTÚRBIOS DO SONO.....	17
2.2 FADIGA.....	19
2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	21
2.4 EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER GASTROINTESTINAL.....	23
2.4.1 CÂNCER DE CAVIDADE ORAL E OROFARINGE	23
2.4.2 CÂNCER COLORRETAL.....	24
2.4.3 CÂNCER DE ESTÔMAGO.....	25
2.4.4 CÂNCER DE ESÔFAGO.....	26
2.4.5 CÂNCER DE PÂNCREAS.....	27
2.4.6 CÂNCER DE FÍGADO.....	28
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4 MÉTODOS.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA.....	30
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	30
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.5 COLETA DE DADOS.....	31
4.5.1 OPERACIONALIZAÇÃO.....	31
4.5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5.2.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	32
4.5.2.2 ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG – PSQI.....	32
4.5.2.3 ESCALA DE FADIGA DE PIPER.....	33
4.5.2.4 EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TRATMENT OF CANCER QUALITY OF THE QUESTIONNAIRE “CORE” 30 ITENS (EORTC- QLQ-C30).....	34
4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	34

5 RESULTADOS.....	36
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	36
5.2 PADRÃO DO SONO.....	38
5.3 FADIGA.....	41
5.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	42
5.5 FATORES PREDITIVOS DO DISTÚRBO DO SONO E FADIGA.....	45
6 DISCUSSÃO.....	47
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	47
6.1 PADRÃO DO SONO.....	48
6.2 FADIGA.....	51
6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	53
6.4 QUALIDADE DO SONO E FADIGA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	55
7 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNCICES.....	69
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	70
APÊNDICE B - DADOS SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS.....	72
ANEXOS.....	74
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM.	75
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI	76
ANEXO C - ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG – PSQI	78
ANEXO D: ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURG – INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO.....	82
ANEXO E: EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CORE” 30 ITENS. (EORTC-QLQ-C30).....	87
ANEXO F - ESCORE E PONTUAÇÃO DO EORTC-QLQ-C30	89
ANEXO G - ESCALA DE FADIGA DE PIPER.....	90

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, o diagnóstico de câncer é recebido com sentimento de medo, angústia e desespero, envolvendo o seio familiar e social e gerando estigmas e preconceito social (BRASIL, 2011; NUCCI, 2003).

Apesar dos progressos alcançados na prevenção e no tratamento do câncer que têm alcançado níveis multidisciplinares de discussão, o aumento da sobrevivência e, sobretudo, da qualidade de vida, as dúvidas quanto à origem, a evolução e o grau de mortalidade associado à carga cultural em torno da doença têm gerado uma grande descrença na eficácia do tratamento e no estigma de morte (BRASIL, 2011).

O câncer é definido como um conjunto de mais de cem doenças cuja característica é o crescimento desordenado (maligno) de células com tendência agressiva e incontrolável. Essas células invadem tecidos e órgãos, dividem-se rapidamente e se acumulam formando tumores ou neoplasias malignas, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (BRASIL, 2011).

No Brasil, estima-se que ocorram aproximadamente 518.510 casos novos de câncer entre 2012 e 2013. Os tipos mais incidentes no sexo masculino serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago; e, para o sexo feminino, os cânceres de pele não melanoma, mama, colo de útero, cólon e reto e glândula tireoide (BRASIL, 2011).

Dentre os tipos mais incidentes de câncer gastrointestinal, encontram-se o colorretal e o de estômago. Os cânceres de esôfago, pâncreas, fígado e orofaringe, apesar de serem menos incidentes do que o colorretal e de estômago, também se associam ao sistema gastrointestinal (BRASIL, 2011).

A distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 aponta o câncer de cólon e reto como o 3º mais incidente (7,3%), o de estômago na quarta posição (6,5%) e o de esôfago na sexta posição (4,0%), na população masculina. Já na população feminina, o câncer de cólon e reto ocupa o terceiro lugar (8,4%), e o de estômago, o sexto (3,9%) (BRASIL, 2011).

Esses dados apontam o impacto que a população acometida por esses tipos de cânceres terão em sua qualidade de vida, em todas as suas dimensões.

O perfil global do câncer por muitos séculos foi associado aos países desenvolvidos com grande recurso financeiro. Porém há aproximadamente quatro

décadas esse perfil tem-se invertido com a concentração do câncer nos países em desenvolvimento e com recursos financeiros escassos ou deficientes (BRASIL, 2011).

Os tipos de câncer predominantes em países com grande volume de recursos financeiros são os de pulmão, mama, próstata e cólon. Em países de baixo e médio volume de recursos financeiros, predominam os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. De forma geral, nos últimos anos, tem-se observado uma mudança rápida no perfil do câncer nas populações, com predomínio e aumento progressivo de cânceres de pulmão, mama, cólon e reto (BRASIL, 2011).

Pacientes com câncer experimentam diversos sintomas que podem estar relacionados tanto com a doença em si quanto ao tratamento como náusea e vômito (devido obstrução intestinal ou quimioterapia), fadiga (relacionado ao câncer), distúrbios do sono e depressão (comórbidos). Nem sempre é possível separar os mecanismos que causam cada um dos sintomas, pois em alguns casos um sintoma pode causar ou exacerbar outro sintoma. Por outro lado, as estratégias utilizadas para combater um determinado sintoma podem produzir efeitos secundários capazes de produzir um novo sintoma (BECK; DUDLEY; BARSEVICK, 2005; KWEKKEBOOM et al., 2010).

A maioria dos estudos encontrados na literatura tem focado na identificação e tratamento de sintomas individuais e com isso essa abordagem fragmentada pode ser falha. A abordagem dos sintomas experimentados por pacientes oncológicos para fins terapêuticos pode ter efeitos maiores, caso o foco seja um conjunto de sintomas e não sintomas isolados (KWEKKEBOOM et al., 2010).

Quando ocorrem juntos, os sintomas podem ter um maior impacto na função física, estresse emocional e, em geral, na qualidade de vida em relação ao que foi anteriormente atribuído para sintomas que ocorrem isoladamente. Alguns estudos comprovam isso ao associar os distúrbios do sono a uma maior prevalência de fadiga e depressão entre os pacientes oncológicos (KWEKKEBOOM et al., 2010; OTTE, et al., 2010; PALESH, et al., 2010).

Os distúrbios do sono, tais como dificuldade em adormecer, despertar frequentemente à noite, acordar muito cedo pela manhã, ou dormir excessivamente no período diurno são um problema comum e, muitas vezes, crônico para pacientes e sobreviventes do câncer, relatados por até 72% dos pacientes. Essa alta prevalência dos distúrbios do sono em pacientes oncológicos possivelmente pode

estar relacionada com o medo iminente de morte (DAVISON et al., 2002; MARTINHO et al., 2009; ROSCOE et al., 2007).

A fadiga é um sintoma multidimensional, subjetivo e difuso comumente experimentado por todos os pacientes com câncer, acometendo mais de 75% desses pacientes em todos os aspectos de qualidade de vida (MOTA; PIMENTA, 2002; NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2011; YEH et al., 2011).

Apesar dos distúrbios do sono e a fadiga serem condições distintas, eles estão intimamente ligados em termos de prevalência, ocorrendo na maioria das vezes como parte de um conjunto de múltiplos sintomas. As investigações são necessárias a fim de melhor compreender a natureza dos distúrbios do sono, a complexa relação que tem com a fadiga, e sua associação com outros sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, como, por exemplo, a depressão (ROSCOE et al., 2007).

As modalidades de escolha no tratamento do câncer envolvem a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia, sendo a cirurgia o tratamento inicial e de escolha para os mais variados tipos de cânceres (JOHNSTON; SPENCE, 2003).

Vários estudos têm verificado os efeitos adversos do tratamento quimioterápico ou radioterápico na qualidade de vida dos pacientes, porém poucos têm abordado esse impacto no paciente pós-cirúrgico (ALACACIOGLU et al., 2010; MACHADO; SAWADA, 2008; PARK et al., 2006; SAWADA et al., 2009; TSUNODA et al., 2005;).

Nem sempre os pacientes estão preparados para enfrentar a complexidade da cirurgia e as mudanças que ela provocará na sua qualidade de vida. Portanto, a atuação multidisciplinar, capaz de abranger o paciente na sua integralidade, torna os resultados pós-operatórios e a qualidade de vida do paciente com câncer mais satisfatórios (MELLO et al., 2010).

Para que o paciente tenha qualidade de vida, é importante que os tratamentos sejam explícitos a ele, mostrando o impacto que o tratamento irá ocasionar nos vários aspectos da sua vida e que o ajude na decisão do tipo de tratamento que será adotado (BARICHELLO, 2008).

As intervenções de enfermagem voltadas para o alívio da fadiga e distúrbios do sono são fundamentais para reduzir a carga do câncer e seu tratamento e,

consequentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes (KLUTHCOVSKY, 2011).

Algumas intervenções de enfermagem para a fadiga incluem a prática de exercícios físicos, medidas de conservação de energia e melhorar a qualidade do sono (KLUTHCOVSKY, 2011).

Para prevenir os distúrbios do sono, há o incentivo quanto à regulação do horário para dormir e acordar; deitar apenas quando realmente estiver com sono; evitar alimentos pesados antes de deitar; reduzir nível de ruído e de luz; evitar nicotina e alimentos e bebidas que tenham cafeína e outros estimulantes, de 4 a 6 horas antes de deitar; evitar bebidas alcoólicas e evitar o cochilo diurno, ou limitar o tempo para 15 minutos e evitá-lo após as 15 horas (BARICHELLO, 2008).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DISTÚRBIOS DO SONO

O padrão do sono é definido por sua arquitetura e fatores circadianos. A arquitetura refere-se às duas fases do sono que são classificadas conforme o movimento dos olhos, *Rapid Eye Movement* (REM) e *Non-Rapid Eye Movements* (NREM). O sono REM é caracterizado pela atividade cerebral semelhante ao estado de vigília. Nessa fase há intensa atividade cortical com paralisia funcional dos músculos esqueléticos. Já o sono NREM é mais duradouro e se divide em três estágios alternados clinicamente, desde o mais leve até o mais profundo. O ciclo NREM-REM se repete de 4 a 5 vezes no decorrer da noite, num intervalo de tempo de aproximadamente 90 a 110 minutos (GRACI, 2005; IBER et al., 2007; ŠUŠMÁKOVÁ, 2004; YILMAZ, et al., 2010).

Já os fatores circadianos regulam o sono diário, o ritmo de 24 horas de sono e vigília. Rupturas na arquitetura e nos fatores circadianos representam a maioria dos distúrbios do sono encontrados no contexto do câncer (GRACI, 2005).

Borbely (1982) descreve dois mecanismos de regulação do sono. Esse modelo de regulação do sono proporciona uma compreensão dos mecanismos de sono e vigília. Visualmente a estrutura do modelo é em forma de onda e mostra a relação entre os dois processos fisiológicos de regulação do sono, ou seja, processo S e o processo C.

O processo C (circadiano) está relacionado com a regulação do momento em que se deve dormir, ou seja, é ele que indica para o corpo quando está claro ou escuro. O ser humano apresenta costumes diurnos e, portanto tende a dormir à noite. Portanto a propensão ao sono relacionada ao processo circadiano fica aumentada durante a noite. Quando está claro, a propensão ao sono diminui, predominando o estado alerta e quando está escuro, a propensão ao sono aumenta, predominando a necessidade de dormir (BORBELY, 1982).

Além da regulação circadiana, o sono é regulado pelo acúmulo do seu débito. Quanto mais tempo acordado, maior é o acúmulo da necessidade de dormir, até consumir o adormecimento. Portanto o processo S (homeostático) aumenta durante o estado acordado (impulsiona a necessidade de sono) e diminui durante o sono (diminui a necessidade de sono). Esse processo é considerado o mecanismo básico

de regulação do sono. Se existe um déficit de sono, o processo S provoca um aumento compensatório na duração e na intensidade do sono, produzindo uma sensação de sonolência durante a vigília e provocando a necessidade ou desejo de corrigir esse déficit adormecendo (BORBELY, 1982).

A interação do processo S e C tem sido utilizada para prever o tempo e duração do sono, a estrutura do sono e mudanças na vigília diurna. Esse mecanismo regulador do sono fica alterado no paciente com câncer, ocasionando os distúrbios do sono (BORBELY, 1982).

Os distúrbios do sono são um problema comum e muitas vezes crônico que ocorre entre os pacientes com os mais diversos tipos de diagnóstico de câncer e frequentemente é relatado como dificuldade para dormir, problemas em manter o sono e má qualidade do sono (BERGER, 2009; OTTE et al., 2010; PALESH et al., 2010; ROSCOE et al., 2007).

Os principais tipos de distúrbios do sono atualmente conhecidos são a insônia, distúrbios respiratórios relacionados ao sono, hipersonias, distúrbios do sono relacionados ao ritmo cardíaco, parassonias e os distúrbios relacionados com o sono e perturbações do movimento (BERGER, 2009).

Dentre os tipos de distúrbios do sono, a insônia e as desordens das vias aéreas como a apneia e a dispneia são os mais comuns. Pacientes com câncer experimentam a insônia, sono de má qualidade e curta duração do sono frequentemente (GRACI, 2005; ROSCOE et al., 2007).

A insônia é definida como dificuldade para adormecer ou permanecer adormecido (definida como acordar no meio da noite com episódios de vigília de 30 minutos) e/ou despertar precocemente (acordar 30 minutos antes da hora destinada a acordar) ou sono não reparador (PALESH, et al., 2010).

Em um estudo conduzido por Davidson et al. (2002), com 982 pacientes com diversos tipos de câncer que realizaram algum tratamento não recente ou que haviam realizado tratamento nos últimos 6 meses, 300 pacientes (30,5%) relataram insônia. Desses 300, a maioria (76%) relatou maior dificuldade frequente com o despertar, 44% relataram dificuldade para dormir, 35% ficavam acordados por longos períodos de tempo no meio da noite e 33% queixaram-se de despertar muito cedo.

A prevalência da insônia pode ser até três vezes maior, entre pacientes em tratamento quimioterápico do que na população em geral, porém tem recebido

pouca atenção. Apesar da interrupção do sono ser frequentemente avaliada como parte de um conjunto de sintomas como fadiga e depressão, a insônia raramente é examinada no paciente com câncer (OTTE et al., 2010; PALESH et al., 2010).

Vários fatores têm sido listados como causadores dos distúrbios do sono em pacientes oncológicos como o próprio diagnóstico de câncer, o tipo e estágio do câncer, dor, efeitos colaterais da quimioterapia e da radiação, resposta imunológica ao crescimento neoplásico, sintomas físicos relacionados ao câncer como diminuição da atividade devido à fadiga e à dor e sintomas psicológicos como ansiedade e depressão (ROSCOE et al., 2007).

O melhor critério para o diagnóstico da insônia é o distúrbio do sono que ocorre pelo menos três noites por semana e causa significativo sofrimento e prejuízo nas funções diárias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Pouca atenção tem sido dada à patogênese do câncer relacionado com insônia. Educar a equipe de saúde sobre a natureza, duração e gravidade da queixa insônia e determinar como esses fatores contribuem para o aparecimento e manutenção da insônia é fundamental para prevenir os distúrbios do sono no paciente oncológico (GRACI, 2005).

Pacientes que apresentam distúrbios do sono dificilmente os relatam para a equipe de saúde. Portanto, a menos que o enfermeiro ou o médico indague o paciente sobre os distúrbios do sono, o problema provavelmente permanecerá sem solução (GRACI, 2005).

O objetivo do tratamento de queixas de insônia é melhorar e aumentar a qualidade de vida. Pacientes com câncer enfrentam muitos desafios, e distúrbios do sono não têm de ser um deles (GRACI, 2005).

2.2 FADIGA

A fadiga relacionada ao câncer é um problema extremamente prevalente em pacientes oncológicos, podendo persistir até mesmo após o tratamento e que afeta, muitas vezes, todos os aspectos da qualidade de vida (CAMPOS et al., 2011; SILVA, 2011).

A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) define a fadiga como um sintoma angustiante, persistente, com subjetiva sensação de cansaço ou exaustão

relacionada ao câncer ou ao seu tratamento, não relacionada à atividade física recente e que interfere com as atividades da vida diária (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2011).

Pacientes oncológicos não têm sua fadiga melhorada com o descanso, o que torna esse sintoma o mais prevalente, ocorrendo em 75 a 95% dos casos. É considerada uma experiência subjetiva e difusa que envolve prejuízos emocionais, sociais e econômicos (MOTA; PIMENTA, 2002; SILVA, 2011).

A fadiga é um sintoma multidimensional e influencia os campos físico, psicológico, espiritual e social. Diagnosticar a fadiga baseado nos sintomas é difícil, o que impede de ser prontamente identificada. Não há efeito curativo para a fadiga, porém possíveis fatores que contribuem para o surgimento da fadiga podem ser removidos para reduzir os sintomas principalmente nos campos psicossocial e espiritual (YEH et al., 2011).

Um estudo que procurou determinar a prevalência de fadiga em pacientes com câncer no início do tratamento hospitalar, no momento da alta e seis meses após a alta, apontou que cerca de um terço dos pacientes oncológicos no momento da admissão no hospital apresentou fadiga. No momento da alta, a taxa de prevalência global aumenta ligeiramente para 40%, e seis meses após a alta, a prevalência é novamente de um terço (SINGER et al., 2011).

Santos, Mota e Pimenta (2009), ao investigar a correlação entre fadiga e depressão em pacientes com câncer colorretal, identificaram que aproximadamente metade da sua amostra experimentou algum grau de fadiga (49,4%) e, em 39,6% das vezes, ela foi de moderada a intensa.

Há diferenças também na prevalência de fadiga quanto ao tipo de tratamento submetido pelo paciente. Paciente em tratamento quimioterápico é mais frequentemente afetado do que os pacientes pós-tratamento cirúrgico (SINGER et al., 2011).

Há uma grande diferença em todos os domínios de qualidade de vida do paciente com fadiga e sem fadiga. Um estudo com mulheres que tiveram câncer de mama demonstrou que as pacientes que apresentavam quadro de fadiga clinicamente significativo tiveram pior funcionamento físico, emocional e social bem como pior estado de saúde geral em relação às mulheres sem fadiga (ALEXANDER et al., 2009).

O cansaço pode servir como um sinal de alerta para o paciente com fadiga. Segundo o NCCN, o cansaço pode ser físico, emocional ou cognitivo e contribui na definição da fadiga no paciente com câncer (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2011; WANG, 2008).

Alguns estudos observaram uma forte correlação entre a fadiga e o distúrbio do sono e sugeriram que eles podem estar mutuamente ligados. Dos 24 estudos analisados por Roscoe e colaboradores em uma revisão de literatura, 23 apoiaram a correlação entre distúrbios do sono e fadiga e sugeriram que os distúrbios do sono podem ser tanto a causa como o efeito da fadiga. A coagregação desses dois sintomas, apesar de serem comórbidas, pode sugerir uma etiologia comum subjacente, e tratando um sintoma, o outro pode ser positivamente beneficiado (BERGER, 2009; ROSCOE et al., 2007; YEH et al., 2011).

O NCCN identificou os distúrbios do sono como um dos sete fatores que influenciam frequentemente o surgimento da fadiga. Estudos comprovam que esses distúrbios estão associados a uma maior prevalência de fadiga e depressão entre os pacientes oncológicos (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK, 2011; OTTE, et al., 2010; PALESH et al., 2010).

No entanto, a possível ligação entre a fadiga e os distúrbios do sono sugere que intervenções dirigidas às desordens do sono e à sonolência diurna poderiam fornecer tratamentos promissores para a fadiga. Considerando estatísticas emergentes que sugerem que o distúrbio do sono é comum em pacientes com câncer e que pode ser tanto causa como consequência da fadiga, acredita-se que o tratamento de qualquer sintoma pode afetar positivamente o outro (ROSCOE et al., 2007).

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Mensurar a qualidade de vida do paciente oncológico é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. O conhecimento e a monitorização dos sintomas da doença e os efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes que influenciam a qualidade de vida do paciente com câncer (SAWADA, 2002).

Embora não haja um consenso sobre a definição do conceito de qualidade de vida, o *The World Health Organization Quality of Life Assessment* a conceituou como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Atualmente tem sido preconizado o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) que, segundo a definição de Fayers e Machin (2007), é sinônimo de Estado de Saúde Percebida e tem a finalidade de averiguar o quanto a doença ou o seu estado crônico com seus sintomas, as manifestações da doença e o tratamento afetam o cotidiano do paciente.

O estudo da qualidade de vida em indivíduos com câncer tem sido discutido amplamente na literatura. O câncer traz consigo uma série de implicações que interferirão na saúde objetiva e subjetiva do paciente e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida. Portanto há a necessidade de novos métodos na avaliação e no trabalho de proteção ou recuperação da saúde, bem como na preservação da qualidade de vida do paciente com câncer (ALACACIOGLU et al., 2010; NUCCI, 2003; PARK et al., 2006; TSUNODA et al., 2005).

Os níveis de qualidade de vida são baixos no momento do diagnóstico do câncer e pioram durante o tratamento e nos meses seguintes ao tratamento, mas tendem a melhorar com o tempo (INFANTE-COSSIO et al., 2009).

Avaliar qualidade de vida é complexo pelas suas características de subjetividade e multidimensionalidade, além de não existir um padrão-ouro. Cabe ao enfermeiro estar ciente do impacto do câncer na qualidade de vida do paciente e avaliá-lo sistematicamente, com instrumentos clínicos confiáveis e válidos. É importante também que o enfermeiro identifique e planeje uma assistência que visa a intervenções para prevenir o declínio dos domínios de qualidade de vida (SAWADA et al., 2009).

Nesse contexto, o presente estudo tem a finalidade de contribuir para a assistência de enfermagem com a avaliação do padrão do sono e fadiga de pacientes com câncer gastrointestinal, submetidos à cirurgia oncológica e relacioná-los aos dados sociodemográficos e clínicos e à qualidade de vida, a fim de identificar os domínios acometidos para uma assistência adequada e bem estruturada capaz de minimizar os sintomas da doença e planejar o processo de reabilitação.

2.4 EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER GASTROINTESTINAL

2.4.1 CÂNCER DE CAVIDADE ORAL E OROFARINGE

O câncer oral é o sexto tipo mais comum no mundo e o sétimo no Brasil, sendo sua maior incidência na América Latina. O risco estimado é de 10 casos novos para 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

O tabagismo, etilismo e infecções pelo HPV são os principais fatores de risco, sendo que a associação entre os dois primeiros aumenta em 30 vezes o risco para o desenvolvimento dessa neoplasia. Na avaliação dos hábitos de riscos de pacientes com câncer de boca e faringe em um estudo, 67,1% eram tabagistas e 49,3%, etilistas. Outro estudo encontrou proporções ainda maiores de tabagistas (93,4%) e etilistas (76,9%) (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; MELO et al., 2010).

Alguns estudos mostram que os sítios mais frequentemente atingidos pelos tumores de cavidade oral são a língua e o soalho da boca. Já no câncer de orofaringe, o sítio mais atingido são as tonsilas palatinas (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009; PINTO et al., 2012; SILVA; LEÃO; SCARPEL, 2009).

Quase a totalidade dos casos de câncer de cavidade oral e orofaringe são carcinomas espinocelular (CEC). O prognóstico na maioria dos casos é ruim devido ao diagnóstico tardio, ou seja, em estádios avançados da doença (III e IV) (GENDEN, et al., 2010; PEREZ et al., 2007; PINTO, et al., 2012).

A cirurgia foi apontada como tratamento predominante para esse tipo de câncer, podendo ou não estar associada à radioterapia e quimioterapia. Outras modalidades de tratamento incluem a radioterapia ou a quimioterapia exclusiva (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009, PINTO et al., 2012).

As diversas formas de tratamento, principalmente a cirurgia, causam limitações na qualidade de vida. Mastigar, engolir e a produção de saliva foram os maiores limitadores da qualidade de vida em um estudo com pacientes pós-cirúrgicos com câncer de cavidade oral e orofaringe (BIAZEVIC et al., 2010).

Além disso, a qualidade do sono também é responsável por um decréscimo significativo na qualidade de vida desses pacientes. Um estudo aponta como principais preditivos da má qualidade do sono em pacientes com câncer de cabeça e

pescoço, a dor, a xerostomia, a depressão, a presença de traqueostomia, o tabagismo e o etilismo (SHUMAM et al., 2010).

2.4.2 CÂNCER COLORRETAL

Dentre os tipos de câncer do sistema gastrointestinal, o de cólon e reto são os que apresentam maior estimativa de incidência, sendo 14.180 em homens e 15.960 em mulheres, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer - INCA para o biênio 2012/2013. É a terceira causa de morte por câncer no Brasil. Apresenta bom prognóstico, caso seja identificado nos estágios iniciais. Assim como a incidência, a taxa de mortalidade desse tipo de câncer é mais baixa em mulheres do que em homens (BRASIL, 2011).

Assim como várias outras formas de câncer, dieta com consumo excessivo de carne vermelha, embutidos, baixo consumo de frutas, vegetais frescos, cereais e peixes, bebida alcoólica, tabagismo, obesidade ou sobrepeso, inatividade física, história familiar de câncer colorretal, a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino com poliposas adenomatosas e a idade são os principais fatores de risco para esse tipo de neoplasia (BRASIL, 2011; FORTES, 2007).

Um estudo que analisou os hábitos dietéticos de portadores de câncer colorretal em fase pós-operatória encontrou que 54,30% dos pacientes consumiam carne vermelha; 91,40% tinham um consumo de frutas inferior ao recomendado; 2,90% consumiam de quatro a cinco porções/dia de hortaliças e 28,60%, uma porção/dia de leguminosas. Os autores averiguaram uma ingestão precária da maioria dos fatores protetores contra o câncer colorretal (FORTES; MONTEIRO; KIMURA, 2012).

A colonoscopia é tida como ferramenta diagnóstica de escolha devido a sua elevada precisão diagnóstica associada ao poder terapêutico, melhor custo-efetividade e adesão. A pesquisa de sangue oculto nas fezes, a sigmoidoscopia e o enema baritado são também utilizados na detecção de pólipos e do carcinoma colorretal, embora menos frequente que a colonoscopia (LEVIN et al., 2008; ROSTIROLLA et al., 2009; SONNENBERG; DELCÒ, 2002).

As neoplasias mais frequentemente encontradas na colonoscopia são os adenomas colorretais que se apresentam na forma de pólipos ou lesões planas. O

único tratamento, potencialmente curativo, para os pacientes com câncer colorretal é a cirurgia, embora a terapia adjuvante e neoadjuvante tenha sido utilizada também, porém com pouca eficácia. (CHEN et al., 2003; PINHO; FERREIRA; KLEINUBING, 2006).

2.4.3 CÂNCER DE ESTÔMAGO

O câncer de estômago é a quarta causa mais comum de câncer no Brasil com previsão de 12.670 casos em homens e 7.420 em mulheres, para o biênio 2012/2013, o que comprova sua maior incidência em homens. É a segunda causa de morte por câncer no mundo em ambos os sexos e é mais prevalente em países desenvolvidos (BRASIL, 2011).

Pilco et al. (2009), ao determinar a frequência de câncer gástrico e suas características clínico-patológicas, estadiamento clínico, tratamento cirúrgico, morbidade e sobrevivência em um hospital geral de Lima (Peru), encontraram que a proporção de homens sobre as mulheres era de aproximadamente 1 mulher para cada 1,54 homens.

Apesar de o padrão alimentar e genético contribuir para a incidência desse tipo de câncer, a infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* é responsável por grande parte dos casos de câncer gástrico (63%), embora nas populações com alta prevalência de infecção pela bactéria, apenas um terço desenvolve o câncer gástrico, o que gera uma heterogeneidade entre as populações. Diferente do câncer de cólon e reto, o de estômago não apresenta um bom prognóstico com taxas de letalidade alta em todo o mundo (BRASIL, 2011; XUE et al., 2001).

Em 94% dos casos, o diagnóstico do câncer de estômago é realizado pela endoscopia com biópsia, imprescindível para determinar o estadiamento da doença e enquadrá-la na classificação tumor, linfonodo ou metástase (MALHEIROS et al., 2008; MARTINS, 2010).

O câncer gástrico geralmente é descoberto muito tardiamente. Pilco et al. (2009) encontraram que 97,2% dos pacientes da amostra do seu estudo apresentavam câncer gástrico em estágio avançado.

O tratamento do câncer de estômago é essencialmente cirúrgico, sendo a gastrectomia subtotal ou total com retirada de linfonodos de caráter curativo ou

paliativo a principal terapêutica para esse tipo de câncer (ILIAS et al., 2006; LINHARES; LOURENÇO; SANO, 2005).

O tratamento cirúrgico apresenta maior impacto negativo na qualidade de vida do paciente com câncer gástrico. No estudo de Pilco et al. (2009), 73,3% dos pacientes realizaram gastrectomia subtotal distal e 26,7%, gastrectomia total (MELLO, et al., 2010).

2.4.4 CÂNCER DE ESÔFAGO

O câncer de esôfago é de três a quatro vezes mais comum entre homens acima de 60 anos, sendo o oitavo câncer mais incidente no Brasil e a nona causa mais comum de câncer no mundo (BRASIL, 2011).

Esse tipo de câncer apresenta um prognóstico ruim, pois quando é feito seu diagnóstico em muitos casos apresenta-se em estágio avançado, o que dificulta muito o tratamento adequado, elevando as taxas de mortalidade devido à alta letalidade dessa neoplasia (BRASIL, 2011).

A influência de álcool e tabaco, associado com baixo consumo de frutas e vegetais na incidência de câncer de esôfago, é reconhecida. Em um estudo que objetivou conhecer as características clínicas e anatomoclínicas do câncer de esôfago em um hospital de Lima (Peru), o tabagismo foi relatado por 39% dos pacientes, sendo que, destes, 10% fumavam mais de 20 cigarros/dia. Nesse mesmo estudo, o consumo excessivo de bebida alcoólica foi relatado por 8,5% dos pacientes, e o consumo ocasional, por 29,2% (PEREYRA; VELARDE, 2009).

Outros fatores de risco extrínsecos também listados pelo INCA são infecções orais por fungos, agentes infecciosos (como o HPV), deficiência de micronutrientes (riboflavina e vitamina A) e contaminação de produtos alimentícios por micotoxina fumonisina (BRASIL, 2011).

O mais eficiente método para diagnóstico do câncer de esôfago é a esofagoscopia, complementada pela biópsia e citologia (TERCIOTI Jr et al., 2009).

Devido à baixa sobrevida do paciente com câncer de esôfago, as opções terapêuticas paliativas têm sido propostas, porém sem incremento na sobrevida média desses pacientes. A opção de palição deve ser rápida, eficiente, com baixos índices de morbimortalidade, levando em consideração as características do tumor, disponibilidade do método e a escolha do paciente. Dentre as opções de palição,

encontram-se a cirurgia, quimio e radioterapia, dilatação endoscópica, termocoagulação com laser ou coagulador de plasma de argônio, colocação de prótese endoscópica plástica ou metálica autoexpansível (THULER; FORONES; FERRARI, 2006).

2.4.5 CÂNCER DE PÂNCREAS

O câncer de pâncreas, representado, em 75 a 90% das vezes, pelo adenocarcinoma ductal, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença no Brasil. Em 2010, houve 7.440 mortes por câncer de pâncreas, sendo 3.671 homens e 3.769 mulheres (BRASIL, 2011; NETO; PENNA, 2010; SCHNEIDER; SCHMID, 2003).

O principal fator de risco para o surgimento do câncer de pâncreas é o tabaco que é responsável por 20% a 30% dos casos de câncer de pâncreas. Quem faz uso do cigarro e seus derivados tem três vezes mais chances de desenvolver câncer de pâncreas do que os não fumantes. Além do tabagismo, pancreatite crônica, *diabetes melitus*, cirurgias de úlcera no estômago ou duodeno e de retirada da vesícula biliar, bem como com histórico familiar de câncer são outros fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento dessa neoplasia (LOWENFELS; MAISONNEUVE, 2006).

A neoplasia pancreática é rara antes dos 30 anos e torna-se mais comum a partir dos 60 anos, sendo a incidência mais significativa em homens. Devido ao diagnóstico tardio e ao comportamento agressivo do câncer de pâncreas, as taxas de mortalidade desse tipo de câncer são altas (BRASIL, 2011).

A ressecção cirúrgica é o único tratamento potencialmente curativo para a neoplasia pancreática. A cirurgia de Whipple é o tratamento cirúrgico clássico dos tumores pancreáticos e é realizada com uma mortalidade operatória de menos de 5%. Por outro lado, a morbidade atinge um índice alto de até 50%. Com o objetivo de aumentar a sobrevida, melhorar a qualidade de vida e aumentar o índice de ressecabilidade, a quimioterapia e a radioterapia são considerados tratamentos paliativos (LUSTOSA; BARBOSA; SAMPAIO, 2012).

2.4.6 CÂNCER DE FÍGADO

No Brasil, o câncer de fígado não figura entre os dez tipos de cânceres mais incidentes e há poucos dados acerca de sua real incidência no país. Sabe-se que sua taxa pode variar entre 1 e 10 casos em 100 mil habitantes, sendo mais comum em homens que em mulheres (SMELTZER; BARE, 2009).

O câncer de fígado é dividido em primário do fígado e secundário ou metastático (câncer hepático colorretal). O carcinoma hepatocelular ou hepatocarcinoma é o tipo de câncer maligno mais frequente que ocorre em mais de 80% dos casos de câncer de fígado (COIMBRA et al., 2011; PIMENTA; MASSABKI, 2010; SMELTZER; BARE, 2009).

Os principais fatores de risco para os tumores hepáticos primários são as doenças hepáticas crônicas, infecções por hepatite B e C e cirrose. O tabagismo também é identificado como fator de risco principalmente quando associado ao consumo de álcool (PIMENTA; MASSABKI, 2010; SMELTZER; BARE, 2009).

O diagnóstico desse tipo de câncer é baseado principalmente nos sinais e sintomas clínicos (dor, perda de peso, perda da força, anorexia, anemia, hepatomegalia, icterícia e ascite); resultados de exames laboratoriais como nível sérico de alfa-fetoproteína, um marcador tumoral que se apresenta elevado em 30 a 40% dos pacientes com câncer primário de fígado; biópsia sob orientação por imagem (tomografia computadorizada ou ultrassom) (PIMENTA; MASSABKI, 2010; SMELTZER; BARE, 2009).

A radioterapia, quimioterapia e a ressecção cirúrgica têm sido utilizadas para tratar o câncer de fígado com graus variados de sucesso. Embora essas terapias tenham apresentado melhora na qualidade de vida e sobrevida, seu principal efeito é paliativo, devido à alta letalidade desse tipo de câncer. Alguns autores têm abordado a ressecção hepática como tratamento de escolha para as metástases hepáticas colorretais para obtenção de sobrevida em longo prazo (COIMBRA et al., 2011; PIMENTA; MASSABKI, 2010; SMELTZER; BARE, 2009; VIANA et al., 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o padrão do sono e fadiga em pacientes com câncer, submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal e relacioná-los com as dimensões de qualidade de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com câncer, submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal;
- Avaliar o padrão do sono e fadiga em pacientes com câncer, submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal;
- Identificar a relação entre os escores do padrão do sono e fadiga;
- Verificar se há associação entre o padrão do sono e fadiga e os escores de qualidade de vida.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

O estudo transversal é aquele em que a coleta de informações da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, é feita num único momento e tem como vantagens a rapidez, baixo custo de identificação de caso e detecção de grupos de risco (POLIT; BECK, 2011).

4.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS E CASUÍSTICA

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Oncologia do Hospital Dr. Hélio Angotti, localizado na cidade de Uberaba- MG.

O hospital é referência regional para tratamento oncológico, possui 106 leitos instalados e atende às várias especialidades (cancerologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, hematologia e hemoterapia, neurologia, odontologia, oftalmologia e urologia), tratamentos (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, medicina nuclear) e internação.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2013.

A população do estudo foi constituída por 114 pacientes com diagnóstico de câncer de orofaringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas e colorretal e que foram submetidos a procedimento cirúrgico.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter diagnóstico médico de algum tipo de câncer gastrointestinal;
- Estar em pós-operatório de, no mínimo, um mês e máximo de um ano;
- Estar em consulta ambulatorial de retorno;
- Ter 18 anos ou mais;
- Estar em condições físicas e psicológicas de participar da entrevista.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi solicitada a autorização para a condução da pesquisa aos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Anexo A) e do Hospital Dr. Hélio Angotti (Anexo B) e, tendo sido aprovada pelo parecer nº 2015. Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 196/96 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Para entrevista, foi solicitada aos sujeitos a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivos e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Foi solicitado por escrito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 OPERACIONALIZAÇÃO

Foi realizada uma busca diária nos prontuários dos pacientes agendados para consulta, para identificação daqueles que apresentavam algum tipo de câncer gastrointestinal.

Os pacientes identificados foram abordados para entrevista, pelo próprio pesquisador, na sala de espera do ambulatório do referido hospital. O tempo médio gasto para realizar cada entrevista foi de 45 minutos.

4.5.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos de coleta de dados: o primeiro instrumento contém dados sociodemográficos e clínicos do paciente (Apêndice B), o segundo é o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg – PSQI (Anexo C), o terceiro a Escala de Fadiga de Piper (Anexo G) e o quarto é o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire Core 30* (EORTC-QLQ-C30) (Anexo E).

4.5.2.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Foi elaborado um instrumento próprio para se obterem as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos. (Apêndice B). O instrumento foi submetido previamente a uma comissão de especialistas para validação aparente e de conteúdo. O dados sociodemográficos investigados foram sexo, idade, profissão, ocupação, estado civil (casado, solteiro, divorciado, viúvo, separado, união instável), escolaridade (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo), número de filhos, renda mensal (até 1 salário-mínimo, 1 a 2 salários-mínimos, 2 a 4 salários-mínimos, mais de 4 salários-mínimos), procedência e local de residência (urbana, rural).

Os dados clínicos investigados foram localização do câncer (orofaringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, colorretal), realização de tratamento no pré-operatório, realização de tratamento no pós-operatório, data da cirurgia e data do diagnóstico de câncer.

4.5.2.2 ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG - PSQI

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI) é um instrumento validado no Brasil por Ceolim (1999) e mensura a qualidade subjetiva do sono para a ocorrência dos seus distúrbios. Apresenta sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5%, porém quando traduzido e validado para o português, o PSQI manteve sua alta sensibilidade (80%) e uma especificidade ligeiramente menor, de 68,8% (BUYSSSE et al., 1989; CUNHA, 2006).

Esse questionário contém dez questões, sendo as de número um a quatro com respostas do tipo abertas, e as questões de cinco a dez são objetivas. Há três questões (5, 9 e 10) com espaço para registro de comentários do entrevistado, caso haja necessidade (CARDOSO, 2011).

As questões do PSQI formam sete componentes que são analisados a partir de instruções para pontuação de cada um desses componentes, com variação de zero a três pontos. O somatório da pontuação máxima do instrumento é de 21 pontos, sendo os escores superiores a cinco pontos indicativos de qualidade ruim no padrão de sono. Os valores são pontuados conforme Anexo D.

A avaliação específica dos componentes do PSQI ocorre da seguinte forma:

- 1º componente: se refere à qualidade subjetiva do sono, ou seja, a percepção individual a respeito da qualidade do sono;
- 2º componente: demonstra a latência do sono, correspondente ao tempo necessário para iniciar o sono;
- 3º componente: avalia a duração do sono, ou seja, quanto tempo permanece dormindo;
- 4º componente: indica a eficiência habitual do sono, obtida por meio da relação entre o número de horas dormidas e o número de horas em permanência no leito, não necessariamente dormindo;
- 5º componente: remete aos distúrbios do sono, ou seja, a presença de situações que comprometem as horas de sono;
- 6º componente: analisa o uso de medicação para dormir;
- 7º componente: é inerente à sonolência diurna e aos distúrbios durante o dia, referindo-se às alterações na disposição e entusiasmo para a execução das atividades rotineiras (CARDOSO et al., 2009).

4.5.2.3 ESCALA DE FADIGA DE PIPER

A Escala de Fadiga de Piper Revisada (Anexo G) é um instrumento multidimensional, de autorrelato, validada para a população brasileira por Mota, Pimenta e Piper (2009). A confiabilidade do instrumento para a amostra do estudo de Piper foi muito boa (α de Cronbach=0,94), e as dimensões foram confirmadas por análise fatorial (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

O instrumento tem 22 itens e três dimensões: comportamento/intensidade (6 itens), afetiva (5 itens), sensitiva/cognitiva e emocional (11 itens). O escore geral e por dimensão varia de 0 a 10. Portanto o escore 0 refere-se à ausência de fadiga, escore de 1 a 3 indica fadiga leve, escore de 4 a 6 indica fadiga moderada e escore igual ou maior que 6 indica fadiga intensa (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009).

4.5.2.4 EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF THE QUESTIONNAIRE “CORE” 30 ITENS (EORTC-QLQ-C30)

O *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire Core* (EORTC-QLQ-C30) (Anexo E) é um instrumento de qualidade de vida devidamente validado para a população brasileira, utilizado para pacientes com câncer (AARANSON et al., 1993; SAWADA et al., 2009).

É composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais (EF) - função física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel; três escalas de sintomas (ES) - fadiga, dor e náusea e vômito; uma escala de estado de saúde global (ESG) e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer como dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (SCHROETER, 2011).

Os valores obtidos nas escalas de estado de saúde global, funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, quanto mais próximos de 100 significam melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores. Enquanto, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam maior presença desses sintomas e dificuldades (SAWADA et al., 2009).

Para o cálculo de cada escala, é feita a média de pontuação para cada uma delas. Utiliza-se a fórmula-padrão se, pelo menos, metade das questões for preenchida. Os níveis de qualidade de vida serão mensurados, e analisada a influência das variáveis clínicas, fadiga e depressão. A forma de pontuação e os cálculos encontram-se no Anexo F (SCHROETER, 2011).

4.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos, programa *Excel XP*[®] da *Microsoft*[®] e transportados para o programa *Statistical Package for the Social Scienses (SPSS)* versão 20, para processamento e análise.

Na análise estatística para as variáveis qualitativas, foram empregadas medidas de frequência e tabelas de contingência na análise bivariada. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de posição e variabilidade.

Na análise bivariada, os escores de fadiga, qualidade de vida e qualidade do sono, para os grupos definidos por variáveis categóricas, foram comparados utilizando-se teste T.

A relação entre estes escores e variáveis quantitativas foi realizada utilizando correlação de Pearson.

Ajustou-se um modelo de regressão linear multivariada para avaliar possíveis fatores de risco associados à qualidade do sono e fadiga. A seleção das variáveis ocorreu segundo análise conceitual obtida de outras pesquisas já realizadas. Admitiu-se como probabilidade do erro de primeira espécie o valor de 0,05 considerado estatisticamente significativo.

A consistência interna da Escala de Fadiga de Piper, do PSQI e do EORTC-QLQ-C30 foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se o resultado satisfatório quando o alfa mostrou-se superior a 0,70.

5 RESULTADOS

Os resultados desta investigação foram divididos em cinco partes: características sociodemográficas e clínicas, padrão do sono, fadiga, qualidade de vida relacionada à saúde e análise de regressão linear múltipla.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Nas Tabelas 1 e 2, a seguir, tem-se a distribuição dos entrevistados segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação de trabalho atual, estado conjugal, escolaridade, renda mensal, procedência, local de residência e quantidade de pessoas na casa) e clínicas (localização do câncer, tratamento no pré-operatório, tratamento no pós-operatório, período de pós-operatório e tempo do diagnóstico).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Variáveis sociodemográficas e clínicas		F	%
Sexo	Masculino	74	64,9
	Feminino	40	35,1
Faixa etária	30 f 40	2	1,8
	40 f 50	19	16,7
	50 f 60	36	31,6
	60 f 70	35	30,7
	70 f 80	18	15,8
	80 f 90	4	3,5
Situação de trabalho atual	Aposentado/Pensionista	54	47,4
	Afastado com remuneração	5	4,4
	Empregado com carteira assinada	21	18,4
	Trabalho autônomo	16	14,0
	Do lar	15	13,2
Estado conjugal	Casado	56	49,1
	Solteiro	14	12,3
	Divorciado	17	14,9
	Viúvo	14	12,3
	Separado	1	0,9
	União estável	12	10,5

(continua)

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Variáveis sociodemográficas e clínicas		(conclusão)	
		F	%
Escolaridade	Analfabeto	9	7,9
	E. fundamental incompleto	74	64,9
	E. fundamental completo	10	8,8
	Ensino médio incompleto	1	0,9
	Ensino médio completo	15	13,2
	3º grau	5	4,4
Renda mensal	Até 1 SM	30	26,3
	1 a 2 SM	39	34,2
	2 a 4 SM	27	23,7
	Mais de 4 SM	18	15,8
Procedência	Uberaba	56	49,1
	Outras cidades	58	50,9
Local de residência	Urbana	99	86,8
	Rural	15	13,2
Arranjo domiciliar	Sozinho	16	14,0
	Acompanhado	98	86,0

Fonte: o autor, 2013.

A população do estudo foi composta por 114 indivíduos, sendo que a faixa etária predominante foi de 50 + 60, com 31,6% seguida de 60 + 70, com 30,7% com mediana de 59,5 anos, e o sexo predominante foi o masculino, com 64,9%.

Os aposentados/pensionistas apresentaram maior frequência (47,4%), e quanto ao estado conjugal, 49,1% eram casados.

A maioria dos entrevistados tinha ensino fundamental incompleto (64,9%), e uma renda mensal de 1 a 2 salários-mínimos foi relatada por 39 entrevistados (34,2%). Entre os que moravam acompanhados, somam 98 (86,0%).

Quanto à procedência dos pacientes, houve proporção semelhante entre os residentes em Uberaba (49,1%) e em outras cidades (50,9%). Grande parte morava na zona urbana (86,8%) e 15 na zona rural (13,2%).

Tabela 2 – Caracterização da amostra, segundo as variáveis clínicas de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Variáveis Clínicas		F	%
Localização do câncer	Orofaringe	18	15,8
	Esôfago	8	7,0
	Estômago	19	16,7
	Fígado	5	4,4
	Pâncreas	4	3,5
	Colorretal	60	52,6
Tratamento pré-operatório	Sim	43	37,7
	Não	71	62,3
Tratamento pós-operatório	Sim	84	73,7
	Não	30	26,3
Tempo pós-operatório	Até 2 meses	25	21,9
	2 a 4 meses	19	16,7
	4 a 6 meses	17	14,9
	6 a 8 meses	12	10,5
	8 a 10 meses	19	16,7
	10 a 12 meses	22	19,3
Tempo do diagnóstico	Até 6 meses	46	40,4
	6 meses a 1 ano	37	32,5
	Mais de 1 ano	31	27,2

Fonte: o autor, 2013.

A Tabela 2 aponta que o colorretal foi a localização do câncer com maior porcentagem, com 52,6%, e o pâncreas apresentou menor porcentagem, com 3,5%. Além disso, a maioria (62,3%) dos entrevistados não realizou algum tipo de tratamento pré-operatório (quimioterapia ou radioterapia), porém 73,7% o realizaram no pós-operatório.

O período de pós-operatório predominante foi de até dois meses (21,9%), e grande parte tinha o diagnóstico do câncer há até 6 meses (40,4%).

5.2 PADRÃO DO SONO

Obteve-se o alfa de Cronbach para o PSQI cujo valor encontrado foi de 0,75, indicando alta consistência interna.

Dos 114 pacientes, 100 (87,7%) apresentaram escore global do PSQI superior a 5 pontos, indicando má qualidade do sono e 14 (12,3%) obtiveram escore global inferior a 5 pontos, e, portanto, apresentaram boa qualidade do sono.

A Tabela 3 apresenta a frequência e porcentagem das respostas dos pacientes referentes às questões abertas do PSQI.

Tabela 3 – Frequência e porcentagem das respostas dos pacientes com câncer gastrointestinal pós-cirúrgico, referentes às questões 1 a 4 do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.

Questões	Respostas	F	%
A que horas foi dormir?	19 + 21 h	15	13,1
	21 + 23 h	63	55,3
	23 + 1 h	32	28,1
	1 + 3 h	4	3,5
Quanto tempo (em minutos) demorou para iniciar o sono?	< ou = a 15 min	30	26,3
	16-30 min	43	37,7
	31-60 min	22	19,3
	> 60 min	19	16,7
A que horas acordou de manhã?	4 + 5 h	6	5,3
	5 + 6 h	18	15,8
	6 + 7 h	53	46,5
	> 7 h	37	32,4
Quantas horas de sono dormiu por noite?	4 + 7 h	35	30,7
	7 + 8 h	51	44,7
	8 + 9 h	15	13,1
	9 + 10 h	8	7,0
	10 + 13 h	5	4,5

Fonte: o autor, 2013.

A maior frequência do horário para se deitar ocorreu entre as 21 e as 23 horas (55,3%). Grande parte (37,7%) afirmou levar de 16 a 30 minutos para iniciar o sono, e 19 (16,7%) afirmaram levar mais de 60 minutos. Quanto ao horário de levantar, predominou entre 6 e 7 horas (46,5%), e 51 (44,7%) dormem por noite uma média de 7 a 8 horas.

Na Tabela 4, estão as medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal.

Tabela 4 – Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

PSQI	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Qualidade subjetiva do sono	0	3	1,47	1,00	0,89
Latência do sono	0	3	1,65	2,00	1,33
Duração do sono	0	3	1,48	2,00	0,89
Eficiência habitual do sono	0	3	1,28	1,00	0,97

(continua)

Tabela 4 – Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

PSQI	(conclusão)				
	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Distúrbios do sono	0	3	1,75	2,00	0,77
Uso de medicação para dormir	0	3	0,83	0,00	1,31
Disfunção diurna	0	3	1,58	2,00	0,99
Pontuação global do PSQI	0	20	10,04	10,50	4,56

Fonte: o autor, 2013.

Na análise dos sete componentes do PSQI, observou-se que o distúrbio do sono (1,75) foi o que mais influenciou a má qualidade do sono. Poucos pacientes relataram uso de medicação para dormir (0,83), portanto o componente obteve a menor média.

Quanto à qualidade subjetiva do sono (1,47), grande parte (49,1%) dos pacientes classificou sua qualidade do sono como bom, porém 27 (23,7%) a classificaram como ruim e 19 (16,7%), como muito ruim.

Na análise das questões do PSQI referentes ao componente disfunção diurna (1,58), observou-se que 44 (38,6%) pacientes relataram ter problemas, com frequência de três vezes por semana ou mais, para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições ou participando de qualquer outra atividade social. Além disso, 64 (56,1%) afirmaram sentir indisposição e falta de entusiasmo, de pequena a moderada, para realizar as atividades diárias.

Tabela 5 – Frequência e porcentagem das respostas das questões semiabertas do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.

Questões	1		2		3		4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5a - Demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono	42	36,8			4	3,5	68	59,6	114	100
5b - Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	16	14,0	2	1,8	15	13,2	81	71,1	114	100
5c - Levantar-se para ir ao banheiro	31	27,2	4	3,5	11	9,6	68	59,6	114	100
5d - Ter dificuldade para respirar	99	86,8	2	1,8	4	3,5	9	7,9	114	100
5e - Tossir ou roncar muito alto	86	75,4	4	3,5	7	6,1	17	14,9	114	100
5f - Sentir muito frio	70	61,4	4	3,5	6	5,3	34	29,8	114	100
5g - Sentir muito calor	55	48,2	6	5,3	14	12,3	39	34,2	114	100
5h - Ter sonhos ruins ou pesadelos	76	66,7	6	5,3	12	10,5	20	17,5	114	100
5i - Sentir dores	81	71,1	4	3,5	6	7,0	21	14,8	114	100

Fonte: o autor, 2013.

Na Tabela 5, observa-se que os maiores limitadores da qualidade do sono, nos pacientes com câncer gastrointestinal pós-cirúrgicos, foram demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono (59,6%), acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (71,1%) e levantar-se para ir ao banheiro (59,6%), com frequência de três vezes por semana ou mais.

Tabela 6 – Frequência e porcentagem das respostas da questão 10 do PSQI. Uberaba (MG) – 2013.

Questões	n	%
Você cochila?		
Sim	84	73,3
Não	30	26,3
Total	114	100
Cochila intencionalmente?		
Sim	51	60,7
Não	-	-
Total	84	100
Pra você, cochilar é...		
Um prazer	28	33,3
Uma necessidade	56	66,6
Total	84	100

Fonte: o autor, 2013.

Quanto ao hábito de cochilar, 84 (73,3%) pacientes afirmaram fazê-lo, sendo que, destes, 51 (60,7%) cochilavam intencionalmente e 56 (66,6%) afirmaram que o cochilar é uma necessidade.

5.3 FADIGA

A Tabela 7, a seguir, apresenta a distribuição da intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper.

Tabela 7 – Distribuição da intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Escala de Fadiga de Piper	N	%
Ausência de fadiga (0)	0	0
Fadiga leve (1<4)	71	62,8
Fadiga moderada (4<6)	26	22,8
Fadiga intensa (6-10)	17	14,9
Total	114	100

Fonte: o autor, 2013.

Segundo a Tabela 7, a fadiga leve foi relatada por 71 (62,3%) pacientes, e 17 (14,9%) referiram fadiga intensa.

A Escala de Fadiga de Piper apresentou elevada consistência interna, tanto em seu escore geral quanto para suas dimensões, como evidenciado na Tabela 8. A dimensão com maior escore foi a afetiva, com média de 4,25, enquanto a dimensão comportamental obteve o menor escore com média 2,73.

Tabela 8 – Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Crombach) para os escores da fadiga de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Escala de Fadiga de Piper	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
Dimensão comportamental	0,00	8,00	2,73	2,50	2,06	0,85
Dimensão afetiva	0,00	10,00	4,25	4,70	3,67	0,96
Dimensão sensitiva	0,00	8,73	3,68	3,27	2,12	0,90
Escore total de fadiga	0,14	8,73	3,56	3,41	2,02	0,93

Fonte: o autor, 2013.

5.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Verificou-se a consistência interna para o EORTC-QLQ-C30 cujo valor foi satisfatório (0,74).

A função social foi a mais afetada entre os domínios do EORTC-QLC-C30, com média 50,58 e o desempenho de papel ($75,00 \pm 28,93$) foi o menos afetado. Nas escalas de sintomas, a dificuldade financeira ($45,15 \pm 43,56$) e a insônia ($43,27 \pm 39,65$) foram os domínios que mais impactaram negativamente a qualidade de vida. Já o domínio náuseas e vômitos foi o que menos afetou a qualidade de vida nessa população ($12,86 \pm 24,39$).

Os valores das medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

EORTC-QLQ-C30	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio- Padrão
Estado Geral de Saúde (EGS)	0	100	62,06	66,67	23,55
Função física (FF)	0	100	66,20	63,33	19,02
Desempenho de papel (DP)	0	100	75,00	83,33	28,93
Função emocional (FE)	0	100	52,48	50,00	27,98
Função cognitiva (FC)	5,56	100	57,26	55,56	22,92
Função social (FS)	0	100	50,58	50,00	30,64
Fadiga (FAD)	0	100	30,31	22,22	27,51
Náuseas e vômitos (NAV)	0	100	12,86	00,00	24,39
Dor	0	100	22,08	00,00	32,85
Dispneia (DIS)	0	100	23,39	00,00	31,34
Insônia (INS)	0	100	43,27	33,33	39,65
Perda de apetite (PAP)	0	100	30,70	00,00	37,14
Constipação (CON)	0	100	22,81	00,00	36,38
Diarreia (DIA)	0	100	24,56	00,00	38,42
Dificuldades financeiras (DIF)	0	100	44,15	33,33	43,56

Fonte: o autor, 2013.

As correlações entre o PSQI e o EORTC-QLC-C30 foram significativas para todas as dimensões das escalas funcionais e para o EGS. Verifica-se, na Tabela 10, que a correlação foi negativa, ou seja, quanto maior o escore das escalas funcionais do EORTC-QLC-C30 e do EGS, melhor a qualidade de vida, enquanto um escore elevado do PSQI indica pior qualidade do sono.

Nas escalas de sintomas, apenas náuseas e vômitos e constipação não apresentaram correlação estatisticamente significativa. As demais dimensões das escalas de sintomas apresentaram correlação positiva com o PSQI. Quanto maior o escore do PSQI, maior também serão os escores das escalas de sintomas, o que indica limitações na qualidade de vida.

Tabela 10 – Correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Escala	Domínios do EORTC-QLC-C30	r	p
PSQI (GLOBAL)	EGS	-0,53**	0,000
	Função física (FF)	-0,27**	0,004
	Desempenho de papel (DP)	-0,27**	0,004
	Função emocional (FE)	-0,38**	0,000
	Função cognitiva (FC)	-0,43**	0,000
	Função social (FS)	-0,32**	0,000
	Fadiga (FAD)	0,49**	0,000
	Náuseas e vômitos (NAV)	0,11	0,233
	Dor	0,30**	0,001

Dispneia (DIS)	0,29**	0,002
Insônia (INS)	0,69**	0,000
Perda de apetite (PAP)	0,28**	0,002
Constipação (CON)	0,07	0,427
Diarreia (DIA)	0,23*	0,012
Dificuldades financeiras (DF)	0,23*	0,014

Fonte: o autor, 2013.

Nota: Sinais convencionais: **p<0,01
*p<0,05

A correlação de Pearson entre o escore global da Escala de Fadiga de Piper e a EGS foi significativa e inversa. Quanto maior o escore da EGS, menor é o escore da fadiga, ou seja, a melhoria da qualidade de vida diminui a fadiga. A correlação foi significativa, também, entre todos os domínios da escala de funções do EORTC-QLC-C30.

Na escala de sintomas, houve correlação significativa apenas entre os domínios fadiga (r=0,59), dor (r=0,39), dispneia (r=0,55), insônia (r=0,30) e perda de apetite (r=0,44). As correlações foram positivas demonstrando que escores elevados da Escala de Fadiga causam elevação dos escores desses sintomas.

Tabela 11 – Correlação entre o escore global da Escala de Fadiga de Piper e os domínios do EORTC-QLC-C30 de pacientes pós-cirúrgicos com câncer gastrointestinal. Uberaba (MG) – 2013.

Escala	Domínios do EORTC-QLC-C30	r	p
FADIGA (PIPER)	EGS	-0,49**	0,000
	Função física (FF)	-0,35**	0,004
	Desempenho de papel (DP)	-0,31**	0,004
	Função emocional (FE)	-0,29**	0,000
	Função cognitiva (FC)	-0,41**	0,000
	Função social (FS)	-0,22**	0,000
	Fadiga (FAD)	0,59**	0,000
	Náuseas e vômitos (NAV)	0,17	0,233
	Dor	0,39**	0,001
	Dispneia (DIS)	0,55**	0,002
	Insônia (INS)	0,30**	0,000
	Perda de apetite (PAP)	0,44**	0,002
	Constipação (CON)	0,14	0,427
	Diarreia (DIA)	0,10	0,012
	Dificuldades financeiras (DF)	0,07	0,014

Fonte: o autor, 2013.

Nota: Sinais convencionais: **p<0,01

5.5 FATORES PREDITIVOS DO DISTÚRPIO DO SONO E FADIGA

Com o objetivo de identificar os fatores preditivos do distúrbio do sono, inseriram-se variáveis fadiga, grupo etário, sexo, dor, tratamento pós-operatório, tempo da cirurgia e tempo do diagnóstico, no modelo de regressão linear multivariada. Foram identificados três preditores independentes para os distúrbios do sono: dor, tempo da cirurgia e tempo do diagnóstico.

Os indivíduos que apresentaram dor ($p=0,068$) tiveram escores mais elevados do PSQI, o que indica pior qualidade do sono. Observou-se, também, que quanto menor o tempo de realização da cirurgia ($p=0,000$) e quanto menor o tempo do diagnóstico ($p=0,013$), maior é o escore do PSQI, ou seja, padrão do sono ruim.

Tabela 12 – Modelo de regressão logística para os distúrbios do sono. Uberaba (MG) – 2013.

Variável	β	P
Fadiga		
Não	Ref.	-
Sim	0,104	0,151
Grupo etário		
Adulto	Ref.	-
Idoso	0,025	0,719
Sexo		
Masculino	Ref.	-
Feminino	0,106	0,134
Dor		
Não	Ref.	-
Sim	0,137	0,068*
Tratamento pós-operatório		
Não	Ref.	-
Sim	-0,098	0,163
Tempo da cirurgia		
Até 6 meses	Ref.	-
Mais de 6 meses	-0,408	0,000*
Tempo do diagnóstico		
Até 6 meses	Ref.	-
Mais de 6 meses	-0,267	0,013*

Fonte: o autor, 2013.

Nota: Sinais convencionas: *resultados significativos

A dor, também, foi fator preditivo para a fadiga, segundo modelo de regressão linear multivariada. Os pacientes que apresentaram dor ($p=0,000$) tiveram escores mais altos do PSQI, o que significa má qualidade do sono.

Tabela 13 – Modelo de regressão logística para a fadiga. Uberaba (MG) – 2013.

Variável	β	p
Distúrbios do sono		
Não	Ref.	-
Sim	0,214	0,019*
Grupo etário		
Adulto	Ref.	-
Idoso	0,016	0,851
Sexo		
Masculino	Ref.	-
Feminino	0,017	0,986
Dor		
Não	Ref.	-
Sim	0,338	0,000*
Tempo da cirurgia		
Até 6 meses	Ref.	-
Mais de 6 meses	-0,077	0,577
Tempo do diagnóstico		
Até 6 meses	Ref.	-
Mais de 6 meses	-0,037	0,783

Fonte: o autor, 2013.

Nota: Sinais convencionas: *resultados significativos

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Assim como em vários estudos que avaliaram o perfil sociodemográfico de pacientes com câncer gastrointestinal, o sexo masculino (64,9%) foi predominante nessa população. Em um estudo que objetivou caracterizar e identificar comorbidade entre fadiga e depressão em pacientes com câncer colorretal, houve uma proporção de 53,2% de homens (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2009). Em outro trabalho com pacientes com câncer gástrico submetido à gastrectomia, o sexo masculino também predominou (55,9%) (MELLO, et al., 2010). Entre os acometidos por câncer de boca e orofaringe, essa proporção é ainda maior (86,8%) (LOSI-GUEMBAROVSKI, 2009).

A maior porcentagem de homens acometidos por câncer gastrointestinal pode estar relacionado ao fato de que os principais fatores de risco para essas neoplasias acometem mais o sexo masculino. Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), o percentual de homens fumantes no Brasil foi de 18,1% e o de mulheres, 12%. Entre aqueles que fumam 20 cigarros ou mais por dia, 5,4% eram homens e 3,3%, mulheres. Quanto ao consumo abusivo de bebida alcoólica, a frequência foi três vezes maior em homens (26,2%) do que em mulheres (9,1%) (BRASIL, 2012).

A mediana da idade da população deste estudo (59,5 anos) corroborou a de outro (58 anos) estudo realizado com pacientes com estroma gastrointestinal (CAO et al., 2010). Em uma pesquisa com paciente com câncer colorretal, a faixa etária maior ou igual a 50 anos predominou (60,4%), assim como neste estudo onde houve predomínio das faixas etárias 50 + 60 anos (31,6%) e 60 + 70 anos (30,7%) (CHAVES; GORINI, 2011).

A maior proporção de casados (49,1%) foi semelhante ao estudo de Fortes, Monteiro e Kimura (2012) (57,7%). O fato de grande parte dos pacientes não ter completado o ensino fundamental indica uma baixa escolaridade da população estudada. Dallagnol et al. (2011) afirmam que o baixo nível de instrução dos pacientes com câncer acarreta um atraso na percepção dos sinais e sintomas da doença e, conseqüentemente, atraso na procura por assistência médica, retardo no diagnóstico e diminuição das possibilidades terapêuticas.

O câncer colorretal mostrou-se ligeiramente predominante (52,6%) em relação aos demais, indo ao encontro da estimativa para o ano de 2012, em que esse tipo de neoplasia foi apontado como a mais incidente entre as neoplasias gastrointestinais (BRASIL, 2012).

O tratamento pré-operatório (quimioterapia ou radioterapia neoadjuvante) cada vez mais tem sido empregado, pois reduz o tamanho do tumor para melhor facilidade de ressecção. Em um estudo realizado com 123 pacientes com câncer de esôfago submetidos à esofagectomia, aqueles que realizaram quimioterapia ou radioterapia neoadjuvante apresentaram maior sobrevida do que os que realizaram apenas o tratamento cirúrgico (ANDREOLLO et al., 2013). Neste estudo, 37,7% dos pacientes com câncer gastrointestinal realizaram algum tipo de tratamento pré-operatório.

Por outro lado, pesquisadores afirmaram que a terapia oncológica pré-operatória por si só e as dosagens do quimioterápico ou da radiação podem aumentar a morbidade em curto prazo, alterando negativamente os resultados do tratamento em longo prazo em pacientes com alguns tipos de câncer gastrointestinal (reto e esôfago) (AWAD et al., 2012; FEARON et al., 2013; FLEMING; PAHLMAN; MONSON, 2011).

Grande parte dos pacientes realizou tratamento adjuvante quimio e/ou radioterápico (73,7%). O tratamento adjuvante tem sido o tratamento-padrão para pacientes com tumores ressecados, pois visa a erradicar possíveis lesões residuais ou micrometástases, a diminuir recidivas e a aumentar a sobrevida (ARRIAGADA et al., 2004; FRANCA et al., 2011).

6.1 PADRÃO DO SONO

O valor encontrado para o escore global médio do PSQI (10,04) foi indicativo de má qualidade do sono. Outros estudos também obtiveram valores que indicam má qualidade do sono: 7,7 em idosos com câncer sob tratamento quimioterápico ambulatorial (SCHLOSSER, 2011), 7,2 em mulheres com câncer de mama (FURLANI; CEOLIM, 2006) e 12,00 em pacientes com câncer avançado (MYSTAKIDOU et al., 2007).

Os aspectos que giram em torno do componente distúrbio do sono foi o que mais influenciou a má qualidade do sono nos pacientes, apresentando maior escore

(1,75) assim como em outros estudos (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012). Na análise detalhada dos fatores que contribuíram para o distúrbio do sono, destaca-se acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (71,1%), demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono (59,6%) e levantar-se para ir ao banheiro (59,6%). Outro estudo apontou como principais problemas que levaram os pacientes ao distúrbio do sono a necessidade de levantar-se para ir ao banheiro (83,6%) e o despertar no meio da noite ou de manhã muito cedo (47,9%) (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Em pacientes com câncer avançado, quase metade (41,7%) relatou ter problemas para iniciar o sono, e acordar no meio da noite foi uma ocorrência frequente relatada por 85% dos pacientes. A necessidade de levantar para ir ao banheiro foi observada em 67% dos pacientes, e 58,3% afirmaram acordar muito cedo (GIBBINS et al., 2009).

Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) apontam a importância de conhecer os fatores que levam aos distúrbios do sono para melhor direcionar as intervenções e orientações a serem planejadas e implementadas pelos profissionais de saúde e tratá-las em conjunto, e não isoladamente.

O componente latência do sono (1,65) apresentou o segundo maior escore, ou seja, os pacientes, em média, demoraram mais tempo para iniciar o sono. Como foi evidenciado, 59,6% afirmaram demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono durante três ou mais vezes na semana. Em outros estudos, os pacientes com câncer afirmaram levar um tempo médio de 25 a 30 minutos para adormecer. Os escores da latência do sono nesses estudos variaram de 0,96 a 1,3 (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012; PHILLIPS et al., 2012). Em outra pesquisa com pacientes com câncer avançado, o escore para esse componente foi 2,4 (MYSTAKIDOU et al., 2007).

Quanto à duração do sono (1,48), 30,7% tiveram de 4 a 7 horas de sono por noite. Embora não exista um consenso ideal sobre o número de horas dormidas por noite, alguns pesquisadores, ao estudarem o padrão do sono em pacientes com câncer, encontraram uma média de 6,96 horas de sono por noite (PHILLIPS et al., 2012). Em outro estudo, 30,7% dormiram cinco horas ou menos por noite (SCHLOSSER, 2011). Em pacientes com câncer avançado o escore para a duração do sono encontrado foi de 2,0 (MYSTAKIDOU et al., 2007).

A percepção do paciente sob sua qualidade do sono, ou seja, qualidade subjetiva do sono apresentou escore 1,47, porém grande parte (56) classificou sua qualidade do sono como sendo boa (49,1%). Phillips et al. (2012) encontraram escore 1,13 para a qualidade subjetiva do sono, apesar de 18,0% terem respondido bom e 56,0%, muito bom para sua qualidade do sono. Esse achado salienta a necessidade de realizar uma avaliação mais ampla do padrão do sono dos pacientes com câncer, uma vez que os sintomas são negligenciados na abordagem clínica do paciente.

Qualidade do sono ruim e muito ruim foi relatada por 40,4% dos pacientes. Em uma pesquisa, muitos participantes expressaram preocupações sobre a importância do sono para o combate ao câncer. Eles se sentiam muitas vezes apreensivos sobre o potencial impacto negativo que o sono de má qualidade poderia ter sobre sua saúde, podendo contribuir para um maior risco de recorrência e progressão do câncer (FLYNN et al., 2010).

Verificou-se que 75,5% apresentaram eficiência habitual do sono inferior a 85%, valor menor (50%) foi encontrado por Schlosser (2011) em seu estudo sobre qualidade do sono e fadiga em idosos com câncer. Pesquisadores encontraram valores para eficiência do sono menores em pacientes com câncer de pulmão em relação aos indivíduos que não apresentavam câncer (GOONERATNE et al., 2007).

O uso da medicação para dormir (0,83) apresentou a menor média dentre os componentes, assim como no estudo de Phillips et al. (2012) (0,82) e Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) (0,6). Segundo Schlosser (2011), os distúrbios do sono podem passar despercebidos e, dessa forma, sem tratamento adequado nos pacientes que fazem uso de medicação para dormir (PHILLIPS et al., 2012).

Observa-se que há divergências entre os componentes mais afetados, quando se comparam os estudos que abordaram essa temática. Diferenças na faixa etária, tipo de tumor e estadiamento devem ser levadas em consideração na identificação dos fatores que levam às alterações no padrão do sono, para melhor planejamento e execução das intervenções.

A análise das questões do PSQI referentes ao cochilo é sugestiva de sonolência diurna e distúrbios durante o dia e indica disfunção diurna (1,58). Quando os distúrbios do sono estão presentes, alterações na disposição e entusiasmo para a execução das atividades rotineiras podem acontecer surgindo os distúrbios diurnos.

Os distúrbios diurnos nessa população podem ser evidenciados pela necessidade do hábito de cochilar até mesmo de forma intencional.

Schlosser (2011) afirma que é preciso uma avaliação mais detalhada, direcionada e não superficial (dorme bem ou mal, qualidade do sono boa ou ruim) aos aspectos que representam prejuízos potenciais à qualidade do sono dos pacientes com câncer.

Além disso, as intervenções e orientações a serem planejadas pelos profissionais da saúde são mais bem direcionadas quando há o reconhecimento dos fatores específicos que trazem perturbação ao sono noturno (Schlosser, 2011).

Os tratamentos para os distúrbios do sono incluem as estratégias farmacológicas e as terapias cognitivo-comportamentais. Serão focadas algumas terapias não farmacológicas, pois a utilização prolongada de medicamentos, apesar da terapia farmacológica apresentar resultados efetivos a curto prazo, resulta em dependência e tolerância a longo prazo (RAFIHI-FERREIRA; SOARES, 2012).

As estratégias não farmacológicas mais eficazes no tratamento dos distúrbios do sono são aquelas relacionadas à mudança comportamental. Evitar consumo de nicotina, cafeína e bebidas alcoólicas, no período de 4 a 6 horas antes do sono, diminuir o consumo de alimentos e líquidos antes de dormir e reduzir os níveis de luz e ruído durante o sono são algumas medidas eficazes para a melhoria da qualidade do sono (PINTO et al., 2010; RAFIHI-FERREIRA; SOARES, 2012).

6.2 FADIGA

Os resultados encontrados com a aplicação da Escala de Fadiga de Piper indicam uma predominância de fadiga leve (62,3%) entre os pacientes entrevistados. A fadiga moderada e intensa também foi relatada por 22,8% e 14,9% dos pacientes respectivamente. Esses dados mostram uma alta prevalência de fadiga.

A prevalência da fadiga no paciente com câncer é, sem dúvida, elevada. Essa alta prevalência já foi observada em diversos estudos. Os principais resultados dessas pesquisas serão colocados a seguir.

Mota et al. (2002), em seu estudo, objetivaram identificar a prevalência e os preditores de fadiga em pacientes com câncer colorretal, e a fadiga leve, a moderada e a intensa foram relatadas por 23,5%, 22,4% e 4,4% dos pacientes, respectivamente.

No estudo de Santos, Mota e Pimenta (2009), realizado com 76 pacientes com câncer colorrectal, entre os sujeitos com fadiga encontrou-se que 19,7% apresentavam fadiga leve, 60,7%, moderada e 19,7%, intensa.

A fadiga é um sintoma multidimensional que pode influenciar os campos físico, psicológico, espiritual e social. Portanto é importante analisar o impacto da fadiga por dimensão como foi apresentado na Tabela 9 (YEH et al., 2011).

A dimensão afetiva foi a que apresentou maior média ($4,25 \pm 3,67$), assim como no estudo de Shlosser (2011) ($3,7 \pm 4,3$). A variação da atribuição do significado à fadiga segundo a percepção do paciente ocorreu, pois a apreciação de qualquer desconforto pode ser encarada de diferentes formas pelos pacientes. Se para alguns o desconforto é visto como algo inaceitável, desagradável, para outros a aceitação pode ser mais serena (MOTA, 2008).

Os medos, as incertezas, a alteração do humor, dentre outros, podem contribuir para a dimensão sensorial/psicológica (3,68) que apresentou a segunda maior média dentre as dimensões da Escala de Fadiga de Piper (MOTA, 2008).

O tratamento da fadiga é otimizado pelo diagnóstico que depende de um progresso contínuo na compreensão da sua fisiopatologia. Além disso, a elaboração de estratégias abrangentes pode produzir resultados melhores na elaboração de diretrizes para o gerenciamento da fadiga em pacientes com câncer (YEH et al., 2011).

Avaliação individual de cada paciente se faz necessária, classificando-a de acordo com uma escala de fadiga, anamnese e exame físico. Além disso, devem-se considerar as limitações do paciente, suas comorbidades e a relação dos sintomas apresentados com o câncer e seu tratamento. O tratamento recebido pelo paciente pode proporcionar ou agravar a fadiga que já se manifestava. Além disso, o tratamento deve ser aplicado de acordo com a perspectiva do paciente sobre sua doença e sua evolução, da patologia e bem como do seu tratamento (CAMPOS et al., 2011).

6.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A EGS atingiu uma média de 62,06, o que demonstra que os pacientes apresentavam qualidade de vida razoável. Outros autores encontraram valor semelhante da EGS em pacientes com câncer, ou seja, 69,71 (SAWADA et al., 2009).

Como já mencionado anteriormente, o padrão crescente da incidência das neoplasias, dentre elas as gastrointestinais, requer que os profissionais da saúde demonstrem conhecimento das dimensões biológicas e fisiológicas da doença, dos tipos de tratamento e o impacto que eles ocasionam na qualidade de vida dos pacientes e também de seus familiares (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013).

A preocupação dos profissionais de saúde em relação ao câncer era com a sobrevivência do paciente, porém ultimamente o foco do tratamento mudou. Prioriza-se a qualidade de vida que o paciente com câncer terá durante e após o tratamento. Além disso, sabe-se que a sobrevivência do paciente com câncer está relacionada com níveis otimizados de qualidade de vida (CHAVES; GORINI, 2011).

Na escala de funções, a função emocional (52,48) foi a mais afetada assim como no estudo de Sawada (2009) em que o domínio obteve média 55,46. Acredita-se que o viver com um câncer desencadeia uma nova reflexão sobre a vida, pois, uma vez instalada a doença, a pessoa necessita de uma série de mudanças nos hábitos de vida. Dentre as mudanças enfrentadas, está o acompanhamento rigoroso do estado de saúde, incluindo as diversas modalidades de tratamento a ser submetido, o que traz à tona um turbilhão de sentimentos e emoções (SALCI; MARCON, 2010).

Molina-Salci (2005) aponta três fases emocionais pelas quais o paciente com câncer passa. A primeira é a fase de conflito emocional desencadeada pela descoberta da doença; a segunda vem acompanhada da percepção sobre mudanças relacionadas a vários aspectos da vida, decorrentes da doença e do tratamento; a terceira é a fase de adaptação para adoção de um novo estilo de vida no mundo.

Percebe-se que o paciente com câncer apresenta alterações emocionais em todo o curso da doença em que o medo pode permanecer até mesmo após a cura, devido à possibilidade de novo câncer.

Na escala de sintomas, a dificuldade financeira (44,15) foi a que mais afetou a qualidade de vida dos pacientes seguida da insônia (43,27). Em outro estudo, houve também predominância da dificuldade financeira (35,00) e da insônia (34,44) (SAWADA, 2009).

As mudanças do padrão alimentar, compra de medicamentos e tratamentos podem gerar gastos extras não planejados pelos pacientes. Além disso, 50,9% dos pacientes entrevistados são provenientes de outras cidades e, portanto, gastos com deslocamento são necessários para realização do tratamento e consultas médicas.

Como foi discutido anteriormente, o câncer e/ou seu tratamento causam limitações na qualidade de vida no que tange aos aspectos físicos, emocionais, cognitivos e sociais e os sintomas como fadiga, dor, náuseas e vômitos, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia dentre outros. Essas limitações causam afastamento do paciente do mercado de trabalho e, conseqüentemente, corrobora o surgimento das dificuldades financeiras.

O padrão do sono apresentou correlação estatisticamente significativa com quase todos os domínios do EORTC-QLC-C30. Esse achado enfatiza a relação já conhecida entre os distúrbios do sono e a qualidade de vida estudada por diversos autores nacionais e internacionais (BARICHELLO, 2008; MYSTAKIDOU, 2007).

O sono insuficiente é um problema comum de saúde pública e há cada vez mais consciência do impacto dos problemas do sono em saúde. Os indivíduos com câncer frequentemente desenvolvem distúrbios do sono que geralmente evoluem para insônia crônica, resultando em diminuição da qualidade de vida. Distúrbios do sono identificados precocemente e a medida para controlá-los trazem uma melhor qualidade de vida a estes pacientes (FERRIE et al., 2011; FLEMING, PAHLMAN; MONSON, 2011).

Todos os domínios da escala funcional e a maioria dos domínios da escala de sintomas apresentaram correlação positiva com a fadiga. Sabe-se que a fadiga pode persistir até mesmo após o tratamento, é um dos sintomas mais debilitantes causados tanto pela doença quanto pelo tratamento e, se não identificada adequadamente, pode interferir no tratamento e prejudicar a qualidade de vida do paciente (SILVA, 2011).

Em um estudo com pacientes em tratamento quimioterápico, foram aplicados a Escala de Fadiga de Piper e o EORTC-QLC-C30, em três momentos do tratamento. A correlação entre as escalas, no primeiro (início do tratamento) e

segundo momento (após três meses do primeiro momento), mostrou-se significativa para oito domínios do EORTC-QLC-C30 e, no terceiro momento, (após seis meses do primeiro momento) para onze domínios (CARDOZO, 2011).

Portanto a compreensão da fadiga pelos profissionais da saúde é necessária para a implementação de estratégias eficientes que busquem melhorar a qualidade de vida do paciente, para que esse sintoma possa ser tratado de forma mais precoce possível (SILVA, 2011).

6.4 QUALIDADE DO SONO E FADIGA E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

A qualidade do sono mostrou-se associada à presença de dor, de forma que os pacientes que relataram dor apresentaram sono de má qualidade. A dor é um dos principais sintomas enfrentados por pacientes com câncer, tanto em tratamento como por aqueles que se encontram em fase avançada da doença. Além disso, a cirurgia pode aumentar ainda mais a intensidade da dor nesses pacientes.

Schlosser (2011) encontrou que a presença da dor em idosos com câncer estava associada de forma independente à qualidade do sono. Houve um aumento de 21% na chance de o paciente apresentar má qualidade de sono para cada ponto na escala de dor.

Entre os sujeitos com má qualidade do sono no estudo de Furlani e Ceolim (2006), 69,3% apontaram a dor como um dos fatores associados. Em outro estudo os pacientes que relataram dor intensa apresentaram maior pontuação do PSQI, evidenciando má qualidade do sono (MYSTAKIDOU et al., 2007).

Na regressão linear múltipla, as variáveis tempo do diagnóstico e tempo de cirurgia associaram-se de forma inversa com o PSQI. Quanto maior o tempo do diagnóstico e o tempo da cirurgia, melhor é a qualidade do sono. Com a reabilitação do paciente pós-cirúrgico, a função física tende a melhorar, passando a gozar de melhor qualidade de vida e conseqüentemente há melhoria da qualidade do sono. Além disso, os pacientes que têm o diagnóstico do câncer há mais tempo, apresentam melhor qualidade do sono em relação àqueles com diagnóstico recente. Esse fato pode estar relacionado ao turbilhão de emoções, preocupações com estado de saúde e medo de morte que afetam os pacientes, nos momentos iniciais do diagnóstico, e que prejudicam seu sono.

A literatura aponta que pacientes que receberam tratamentos específicos para o câncer, nos últimos seis meses, estão mais sujeitos a enfrentar problemas de sonolência excessiva e fadiga (DAVIDSON et al., 2002).

As demais variáveis grupo etário, sexo, tratamento pós-operatório e fadiga não apresentaram associação com o PSQI, no modelo de regressão linear múltipla. Um estudo que avaliou a relação da qualidade subjetiva do sono, dor e qualidade de vida em pacientes com câncer avançado também não encontrou relação do sexo com a má qualidade do sono, porém alguns autores têm apontado relação entre a qualidade do sono e o sexo. Eles observaram que escores mais elevados do PSQI estavam associados ao sexo feminino (BUYSSE et al., 2008; MYSTAKIDOU et al., 2007).

A fadiga manteve-se associada à dor e aos distúrbios do sono no modelo de regressão linear múltipla, de forma que os pacientes que relataram dor apresentaram fadiga assim como aqueles que apresentaram distúrbios do sono também tiveram escores mais elevados de fadiga.

Lamino, Mota e Pimenta (2011) apontam que fadiga e dor são sintomas presentes nos pacientes com câncer, estão relacionados, e sua coexistência pode ser muito prejudicial para os pacientes, sendo que uma agrava a outra. Esses mesmos autores encontraram correlação positiva e moderada ($r=0,38$; $p=0,003$) entre os dois sintomas.

Coleman et al. (2011) investigaram o mecanismo de relação entre dor e fadiga. Segundo os autores, a dor pode diminuir a atividade física afetando negativamente a qualidade de vida, o humor e o sono, resultando em aumento da fadiga.

Pouco se sabe sobre o tratamento da fadiga, porém há inúmeros instrumentos para mensuração da dor além do seu tratamento ser mais conhecido e efetivo, sendo que sua adequada implementação pode beneficiar o alívio dos dois sintomas (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Os distúrbios do sono foram o fator preditivo para a fadiga, de forma que os pacientes que apresentaram distúrbios do sono tiveram escores mais elevados na Escala de Piper. Pesquisadores afirmaram que a fadiga e a dor podem contribuir para o surgimento ou agravamento de sintomas, como alteração do sono, do humor e constipação e trazer prejuízos na qualidade de vida (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011). Em um estudo, a presença dos distúrbios do sono aumentou em três vezes a

chance de pacientes com câncer colorretal apresentar fadiga (MOTA et al., 2012). Esse dado mostra que os distúrbios do sono foram o preditor para a fadiga.

Em outra pesquisa, os escores das dimensões da Escala de Fadiga de Piper, exceto a dimensão afetiva, bem como o escore global, foram maiores para os pacientes com má qualidade do sono, quando comparados àqueles com boa qualidade do sono (SHLOSSER, 2011).

Palesh et al. (2010), ao determinar a prevalência de insônia em pacientes com câncer em relação à população em geral, encontraram que os pacientes com insônia tinham significativamente mais sintomas de fadiga em relação aos pacientes sem insônia.

As variáveis grupo etário, sexo, tempo da cirurgia e tempo do diagnóstico não apresentaram associação com a fadiga neste estudo.

7 CONCLUSÃO

A população de 114 pacientes com câncer gastrointestinal caracterizou-se por predomínio do sexo masculino, faixas etárias de 50 ± 60 e 60 ± 70 anos, aposentados, casados, baixa escolaridade, remuneração mensal de 1 a 2 salários-mínimos e moram acompanhados. Quanto aos dados clínicos, houve predominância de pacientes com câncer colorretal, sendo que a maioria não realizou tratamento no pré-operatório, porém o realizou no pós-operatório. Grande parte tinha realizado a cirurgia há até 2 meses, com tempo do diagnóstico de até 6 meses.

Ao analisar o padrão do sono, observou-se que o horário mais frequente de dormir foi entre 21 e 23 horas. Os pacientes relataram demorar de 16 a 30 minutos para iniciar o sono, e o horário de despertar mais frequente foi entre 6 e 7 horas da manhã. Grande parte teve de 7 a 8 horas de sono por noite.

A média do escore global do PSQI foi de 10,04 que é indicativo de má qualidade do sono. O domínio distúrbios do sono (1,75) foi o que mais contribuiu negativamente para a má qualidade no padrão do sono. Demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono, acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo e levantar-se para ir ao banheiro foram os maiores limitadores da qualidade do sono relatada pelos pacientes. A maioria dos pacientes que referiu cochilar caracterizou o ato como uma necessidade e o fazia de forma intencional.

A fadiga leve predominou entre os pacientes, e a média do escore geral da Escala de Fadiga de Piper obtida foi de 3,56. A dimensão afetiva obteve a maior média de escore com 4,70.

No que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde, entre os domínios da escala de função, o desempenho de papel (75,00) obteve o maior escore, seguido da função física (66,20). Já entre os domínios da escala de sintomas, as dificuldades financeiras (44,15) e a insônia (43,27) obtiveram os maiores escores, respectivamente.

Na correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC-QLC-C30, não houve significância estatística apenas entre os domínios náuseas e vômitos e constipação. Já, entre o escore global da fadiga (Piper) com os domínios do EORTC-QLC-C30, os domínios náuseas e vômitos, constipação, diarreia e dificuldades financeiras não apresentaram correlação com a fadiga.

A análise de regressão linear multivariada apontou como fatores preditivos dos distúrbios do sono: a dor ($p=0,068$), tempo da cirurgia ($p=0,000$) e o tempo do diagnóstico ($p=0,013$). A dor ($p=0,000$) e os distúrbios do sono ($p=0,019$) foram preditores da fadiga que permaneceu no modelo de regressão.

Este estudo permitiu avaliar os distúrbios no padrão do sono e fadiga de pacientes submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal e relacioná-los com as dimensões da qualidade de vida. Atualmente o foco dos profissionais da área da oncologia é aplicar intervenções efetivas que visem a prolongar a sobrevida e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida do paciente. O sucesso no tratamento para o câncer é a chave para o aumento da sobrevida e da qualidade de vida. Portanto, é imprescindível identificar e minimizar os efeitos adversos, como os distúrbios no padrão do sono e a fadiga, gerados pelo tratamento, dentre eles o cirúrgico.

Percebe-se como limitação deste estudo o recorte transversal, pois não foi possível a avaliação do padrão do sono e da fadiga ao longo do tempo, bem como a evolução da qualidade de vida. Entretanto, o uso dos instrumentos para investigar os distúrbios do sono, a fadiga e a qualidade de vida mostrou-se eficaz, podendo até mesmo ser utilizado na prática clínica.

Poucos foram os trabalhos divulgados sobre essa temática. Portanto, ao apontar os domínios do sono, da fadiga e da qualidade de vida mais alterados, pode-se contribuir para o planejamento de intervenções de enfermagem, voltadas para o manejo desses sintomas e, sobretudo, para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados obtidos neste estudo corroboram os encontrados na literatura, enfatizando a importância de estudos desta natureza, para a avaliação de distúrbios do sono e fadiga em pacientes submetidos à cirurgia oncológica gastrointestinal, bem como as limitações que esses sintomas causam à qualidade de vida.

Portanto, o cuidado prestado aos sobreviventes do câncer requer uma assistência de qualidade e que a equipe multiprofissional de saúde tenha conhecimento dos processos biológicos e físicos da doença, bem como dos sintomas gerados pelo tratamento do câncer.

REFERÊNCIAS

- AARANSON, N. K. et al. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Carry, v.85, n.5, p.365-76, 1993.
- ALACACIOGLU, A. et al. Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer patients. **Supportive Care in Cancer.**, Berlin, v.18, n.4, p.417-21, abr. 2010.
- ALEXANDER, S. et al. A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer-related fatigue syndrome. **European Journal of Cancer**, New York, v.45, n.3, p.384-92, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC, American Psychiatric Association, ed.4, 2000.
- ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.2, p.335-61, 2013.
- ANDREOLLO, N. A. et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy and surgery compared with surgery alone in squamous cell carcinoma of the esophagus. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.101-6, apr./jun. 2013.
- ARRIAGADA, R. et al. Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small-cell lung cancer. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.350, n.4, p.351-60, 2004.
- AWAD, S. et al. Marked changes in body composition following neoadjuvant chemotherapy for oesophagogastric cancer. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v.31, p.74-7, 2012.
- BARICHELLO, E. **Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica**. 2008. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BECK, S. L.; DUDLEY, W. N.; BARSEVICK, A. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: using a mediation model to test a symptom cluster. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.32, n.3, p.542, may 2005.
- BERGER, A. M. Update on the state of the science: sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v.36, p.165-77, 2009.
- BIAZEVIC, M. G. H et al. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v.18, n.3, p.279-84, 2010.
- BORBELY, A. A. A Two Process Model of Sleep Regulation. **Human Neurobiology**, Heidelberg, v.1, p.195-204, 1982.

BOTTINO, S. M. B.; FRÉGUAS, R.; GATTAZ, W. F.; Depressão e câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, supl. 3, p.109-15, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012.

BUYSSE, D. J. et al. Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Westchester, v.4, n.6, p.563-71, 2008.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v.28, n.2, p. 193-213, 1989.

CAMPOS, M. P. O. et al.. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.2, p.211-9, mar./abr. 2011.

CAO, H. et al. Prognostic analysis of patients with gastrointestinal stromal tumors: a single unit experience with surgical treatment of primary disease. **Chinese Medical Journal**, Peking, v.123, n.2, p.131-6, jan. 2010.

CARDOZO, F. M. C. **A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. 2011. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CARDOSO, H. C. et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.349-55, 2009.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C.; Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.4, p.767-73, 2011.

CHEN, C. D et. al. A case-cohort study for the disease natural history of adenoma-carcinoma and de novo carcinoma and surveillance of colon and rectum after polypectomy: implication for efficacy of colonoscopy. **British Journal of Cancer**, London, v.88, p.1866-73, 2003.

COIMBRA, F. J. F. et. al. Avanços no tratamento cirúrgico das metástases hepáticas colorretais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.2, p.220-7, 2011.

- CUNHA, M. C. B. **Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2**. 2006. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- DALLAGNOL, J. C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram a óbito antes de receber tratamento. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v.40, n. 2, p. 57-60, abr./maio/jun. 2011.
- DAVIDSON, J. R. et al. Sleep disturbance in cancer patients. **Social science & medicine**, New York, v.54, p.1309-21, 2002.
- FEARON, K. C. et al. Patient optimization for gastrointestinal cancer surgery. **The British Journal of Surgery**, Bristol, v.1, n.100, p.15-7, jan. 2013.
- FERRIE, J. E. et al. Sleep epidemiology-a rapidly growing field. **International Journal of Epidemiology**, London, v.40, n.6, p.1431-37, 2011.
- FLEMING, F. J.; PAHLMAN, L.; MONSON, J. R. Neoadjuvant therapy in rectal cancer. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia, v.54, p.901-12, 2011.
- FORTES, R. C. Hábitos dietéticos de pacientes com câncer colorretal em fase pós-operatória. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.53, n.3, p.277-89, 2007.
- FORTES, R. C.; MONTEIRO, T. M. R.; KIMURA, C. A. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p.253-9, 2012.
- FRANCA, L. B. et al. Tratamento adjuvante em câncer de pulmão de células não pequenas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v.37, n.3, p.354-9, 2011.
- FLYNN, K. E. et al. Sleep-Wake Functioning Along the Cancer Continuum: Focus Group Results From the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS™). **Psychooncology**, Chichester, v.19, n.10, p.1086-93, 2010.
- GENDEN, E. M. et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. **European Archives of Oto-rhino-laryngology**, Berlin, v.267, p.1001-17, 2010.
- GIBBINS, J. et al. Sleep-Wake Disturbances in Patients with Advanced Cancer and Their Family Carers. **Journal of pain and symptom management**, Madison, v.38, p.860-70, 2009.
- GOONERATNE, N. S. et al. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. **Lung Cancer**, Amsterdam, v.58, p.403-10, 2007.
- GRACI, G. Pathogenesis and Management of Cancer-Related Insomnia. **The Journal of Supportive Oncology**, Huntington, v.3, n.5, p.349-59, sept./oct. 2005.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology, and technical specification.** Westchester, 2007.

LIAS, E. J. et al. Linfadenectomia no adenocarcinoma gástrico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.52, n.4, p.270-2, 2006.

INFANTE-COSSIO, P. et al. Impact of treatment on quality of life for oral and oropharyngeal carcinoma. **International Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, Copenhagen, v.38, n.10, p.1052-8, 2009.

JOHNSTON, P. G.; SPENCE, R. A. J. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2003.

JORGE, M.R. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico.** 2011. 158f. Tese (Doutorado em Medicina Interna) Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KWEKKEBOOM, K. L. et al. Mind-Body Treatments for the Pain-Fatigue-Sleep Disturbance Symptom Cluster in Persons with Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v.39, n.1, p.126-38, 2010.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.508-14, 2011.

LEVIN, B. et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v.58, n.3, p.130-60, 2008.

LINHARES, E.; LOURENÇO, L.; SANO, T. Atualização em câncer gástrico. Ribeirão Preto: **Tecmedd**, 2005.

LOSI-GUEMBAROVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.393-400, 2009.

LOWENFELS, A. B.; MAISONNEUVE, P. Epidemiology and risk factors for pancreatic cancer. **Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology**, London, v.20, n.2, p.197-209, 2006.

LUTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B.; SAMPAIO, C. T. Câncer de Pâncreas. In: _____. (Org.). **Oncologia Básica**. Terezina: Fundação Quixote, 2012, p.61-77.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.17, n.4, p.750-7, out./dez. 2008.

MALHEIROS, C. A. et al. Ecoendoscopia na avaliação pré-operatória do estádio em doentes com câncer gástrico: correlação com os achados cirúrgicos e/ou histopatológicos. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.45, n.1, p.22-7, jan./mar. 2008.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.21, n.3, p.600-7, 2012.

MARTINHO, A. F. et al. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.7, n.5, p.304-8, 2009.

MARTINS, S. R. P. **Abordagem terapêutica do doente com o diagnóstico de carcinoma do estômago**. 2010. 25f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2010.

MELO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-5, jul./set. 2010.

MELLO, B. S. et al. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.4, p.803-11, 2010.

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga em doentes com câncer colo-retal**: fatores de risco e preditivos. 2008. 127f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v.48, n.4, p.577-83, 2002.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; CAPONERO, R. Fadiga em pacientes com câncer colorretal: prevalência e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.3, p. 1-9, maio/jun. 2012.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; PIPER, B. F. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue scale-revised. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.1, n.6. p.645-52, 2009.

MYSTAKIDOU, K. et al. The Relationship of Subjective Sleep Quality, Pain, and Quality of Life in Advanced Cancer Patients. **Sleep**, New York, v.30, n.6, p.737-42, 2007.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN clinical practice guidelines in Oncology**: cancer-related fatigue. 2009. v. 1. Disponível em: <<http://www.pfizerpro.com/resources/minisites/oncology/docs/NCCNFatigueGuidelines.pdf>>. Acesso em: 15 agosto 2012.

NETO, J. G. C. M.; PENNA, G. L. Aspectos etiopatogênicos do câncer exócrino do pâncreas. Relato de caso. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n.4, p.365-6, 2010.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento**: CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OTTE, J. L et al. Prevalence, severity, and correlates of sleep–wake disturbances in long-term breast cancer survivors. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 39, p.535-47, 2010.

PALESH, O. G. et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v.28, n.2, p.292-8, 2010.

PARK, S. H. et al. Quality of life in patients with advanced gastric cancer treated with second-line chemotherapy. **Cancer Chemotherapy and Pharmacology**, Berlin, v.57, n.3, p.289-94, feb. 2006.

PEREYRA, J. P.; VELARDE, O. F. Câncer de Esófago: Características Epidemiológicas, Clínicas y Patológicas en el Hospital Rebagliati – Lima. **The Review of Gastroenterology**, New York, v.29, n.2, p.118-23, 2009.

PEREZ, R. S. et al. Estudo Epidemiológico do Carcinoma Espinocelular da Boca e Orofaringe. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.11, n.3, p.271-7, 2007.

PHILLIPS, K. M. et al. Characteristics and correlates of sleep disturbances in cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.20, n.2, p.357-65, 2012.

PILCO, P. et al. Câncer Gástrico en un Hospital General: Hospital Santa Rosa. **The Review of Gastroenterology**, New York, v.29, n.1, p.66-74, 2009.

PIMENTA, J. R.; MASSABKI, P. S. Carcinoma hepatocelular: um panorama clínico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, p.59-67, 2010.

PINHO, M. S. L.; FERREIRA, L. C.; KLEINUBING, J. H. Tratamento cirúrgico do câncer colorretal: resultados a longo prazo e análise da qualidade. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.422-9, 2006.

PINTO, J. R. et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.68, n.4, p.666-75, 2010.

PINTO, F. R. et al. Tratamento cirúrgico do carcinoma epidermoide da cavidade oral e orofaringe no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP): perfil dos pacientes tratados e resultados oncológicos iniciais. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v.41, n.2, p.53-7, abr./maio/jun. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidência para a práticas de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAFIHI-FERREIRA, R. L.; SOARES, M. R. Z. Insônia em pacientes com câncer de mama. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.29, n.4, p.597-607, out./dez. 2012.

ROSCOE, J. A. et al. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. **The Oncologist**, Dayton, v.12, suppl. 1, p.35-42, 2007.

ROSTIROLLA, R. A. et al. Desenvolvimento de neoplasias/adenomas avançados colorretais no seguimento a longo prazo de pacientes submetidos a colonoscopia com polipectomia. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n.3, p.167-72, jul./set. 2009.

SAWADA, N. O. **Qualidade de Vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2002. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA, N. O. et. al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.581-7, 2009.

SCHLOSSER, T. C. M. **Qualidade do sono e fadiga em idosos sob tratamento quimioterápico ambulatorial**. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

SCHROETER, D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário**. 2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2011.

SCHNEIDER, G.; SCHMID, R. M. Genetic alterations in pancreatic carcinoma. **Molecular Cancer**, London, v.2, p.15, 2003.

SILVA, P. O. **Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem fadiga do paciente oncológico**. 2011. 76f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SILVA, P. S. L.; LEAO, V. M. L.; SCARPEL, R. D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.11, supl. 3, p.441-7, 2009.

SINGER, S., et al. Age- and sex-standardised prevalence rates of fatigue in a large hospital-based sample of cancer patients. **British Journal of Cancer**, London, v.105, p.445-51, 2011.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v.3, p. 116 e 125.

SONNENBERG, A.; DELCÒ, F. Cost-effectiveness of a Single Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.162, n.2, p.163-8, 2002.

ŠUŠMÁKOVÁ, K. Human sleep and sleep EEG. **Measurement Science Review**, London, v.4, n.2, p.59-74, 2004.

TERCIOTI JUNIOR, V. et al. Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago: revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v.22, n.1, p.33-40, 2009.

THULER, F. P.; FORONES, N. M.; FERRARI, A. P. Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico ainda muito tardio. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 206-11, jul./set. 2006.

TSUNODA, A. et al. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. **International Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v.10, n.6, p.411-7, dec. 2005.

VIANA, E. F. et al. The role of hilar lymphadenectomy in patients subjected to hepatectomy due to colorectal metastasis. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 48, n. 3, sept. 2011.

WANG, X. S. Pathophysiology of Cancer-Related Fatigue. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v.12, supl. 5, p.11-20, oct. 2008.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.41, n.10, p.1447-62, 1995.

XUE, F.B, et al. Association of H. pylori infection with gastric carcinoma: a Meta analysis. **World Journal of Gastroenterology**, Beijing, v.7, n.6, p.801-4, 2001.

YEH et al. An examination of cancer-related fatigue through proposed diagnostic criteria in a sample of cancer patients in Taiwan. **BMC Cancer**, London, v.11, p. 387, 2011.

YILMAZ, B. et al. Sleep stage and obstructive apneic epoch classification using single-lead ECG. **BioMedical Engineering OnLine**, London, v.9, p. 39, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL

Nome da pesquisadora orientadora: Elizabeth Barichello, enfermeira e doutora, professora adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem – UFTM – Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar. **Telefone para contato com a pesquisadora: (034) 3318-5483**

Nome do pesquisador responsável: Guilherme Abner Sousa Almeida.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo “avaliar o padrão do sono e fadiga em pacientes com câncer submetido à cirurgia oncológica gastrointestinal e relacioná-los com as dimensões de qualidade de vida”. Sua participação é muito importante, pois fornecerá subsídios para aprimorar o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem. Garantimos que sua participação não lhe trará riscos punitivos, morais, financeiros e sociais nesta instituição e que suas informações serão utilizadas apenas para o desenvolvimento dessa pesquisa. Este estudo possibilitará o direcionamento para uma proposta de intervenção com vista à identificação dos distúrbios no padrão do sono em pacientes com câncer gastrointestinal submetidos à intervenção cirúrgica .

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Guilherme Abner Sousa Almeida: (034) 9227-5927

Elisabeth Barrichello: (034) 3318-5484

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B - DADOS SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS

1-Sexo: masculino () feminino ()

2-Data de Nascimento: ___/ ___/ _____

3- Situação de trabalho atual

- () Aposentado/Pensionista () Afastado com remuneração
() Empregado com carteira assinada () Trabalho autônomo () Do lar
() Desempregado

4- Estado civil:

- () casado () solteiro () divorciado () viúvo () separado
() união estável

5- Escolaridade:

- () Analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto
() 2º grau completo () 3º grau

6- Arranjo domiciliar

- () Sozinho () Acompanhado

7- Renda mensal:

- () até 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos () 2 a 4 salários mínimos
() mais 4 salários mínimos

8- Procedência: _____

9- Local de residência: () Urbana () rural

10 – Localização do Câncer:

- () Orofaringe () Esôfago () Estômago () Fígado () Pâncreas
() Colorretal

11- Realizou tratamento no pré-operatório?

() Sim

() Não

12- Realizou tratamento adjuvante no pós-operatório?

() Sim

() Não

13- Data do diagnóstico de câncer _____

12 – Há quanto tempo realizou cirurgia? _____

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM CÂNCER GASTROINTESTINAL
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ELIZABETH BARICHELLO
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 21/06/2011
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2015

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 26 de outubro de 2011.

Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DR. HELIO ANGOTTI

CARTA DE SOLICITAÇÃO Hospital Dr. Hélio Angotti

Uberaba, 3 de Janeiro de 2012.

À diretoria geral do Hospital Dr. Hélio Angotti

Venho por meio desta, solicitar vossa autorização, para desenvolver o projeto intitulado "Distúrbios do sono em pacientes com câncer gastrointestinal". Os sujeitos da pesquisa serão os pacientes ambulatoriais com câncer de esôfago, estômago, pâncreas, fígado e colorretal e que estiverem em pós-operatório de no mínimo um mês e máximo de um ano. Trata-se de uma dissertação do curso de pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob orientação da professora doutora Elizabeth Barichello.

Para a obtenção dos dados serão utilizados os seguintes constructos: Questionário sócio demográfico e clínico, Índice de qualidade do sono de Pittsburg (PSQI), Escala de fadiga de Piper, Inventário de depressão de Beck (IDB) e European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire "Core" 30 itens (EORTC-QLQ-C30).

Será solicitada aos pacientes a anuência para a participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo, finalidade do trabalho, garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Solicitar-se-á por escrito o termo de consentimento livre e esclarecido e com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

O objetivo geral da pesquisa é Avaliar os padrões do sono em pacientes com câncer gastrointestinal e relacioná-los com as dimensões de qualidade de vida, fadiga e depressão.

Os objetivos específicos são:

- ✓ Identificar as características sócio demográficas e clínicas dos pacientes com câncer gastrointestinal;
- ✓ Avaliar os padrões do sono, fadiga e depressão em pacientes com câncer gastrointestinal;
- ✓ Identificar a relação entre os escores dos padrões do sono, fadiga e depressão;
- ✓ Verificar a associação entre os padrões do sono, fadiga e depressão com os escores de qualidade de vida.


Dr. Delcio Scandluzzi
PRESIDENTE

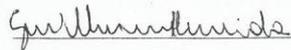

Fabiana Soriani Uesato
Assessora Jurídica
OAB/MG 102.545

A relevância do estudo está associada à necessidade de alertar sobre a identificação de alguns sintomas do câncer como a fadiga, depressão e os distúrbios do sono uma vez que por serem sintomas subjetivos, psicológicos e multidimensionais, passam despercebidos.

Benefício local: espera-se com o estudo, contribuir para a discussão e reflexão a favor de uma assistência adequada e bem estruturada capaz de melhorar a qualidade de vida desses pacientes e minimizar os sintomas da doença como distúrbios do sono, fadiga e depressão.

Agradeço desde já pela sua atenção.

Cordialmente,



Enf. Mestrando Guilherme Abner Sousa Almeida

Telefone de contato dos pesquisadores:

Prof. Dra. Elizabeth Barichello

Fone: (034) 3318-5484 / (034) 9174-0297;

e-mail: elizabeth.barichello@enfermagem.uftm.edu.br

Enf. Mestrando Guilherme Abner Sousa Almeida.

Fone: (034) 3314-6581 / (034) 9927-5927;

e-mail: guilhermeabner@hotmail.com

Guilherme Almeida
 Dr. Délio Scanduzzi
 PRESIDENTE
 23/11/13

Fabiano Sobrinho Diretor
 Assessoria Jurídica
 23/11/13

muito boa

ruim

boa

muito ruim

7- Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta ?

nenhuma vez

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três vezes por semana ou mais

Qual (is)? _____

8- Durante o mês passado você teve dificuldade de ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

nenhuma vez

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três vezes por semana ou mais

Qual (is)? _____

9- Durante o mês passado você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo indisposição e falta de entusiasmo pequenas

indisposição e falta de entusiasmo moderada muita indisposição e falta de entusiasmo

10- Para você o sono é:

um prazer uma necessidade outro – Qual? _____

Você cochila? Sim Não

Caso sim, você cochila intencionalmente, ou seja, por que quer cochilar?

() Sim () Não

Para você cochilar é:

() um prazer

() uma necessidade

() outro – Qual: _____

**ANEXO D: ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTISBURG –
INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO**

Componente 1: qualidade subjetiva do sono

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito ruim	3

Pontuação do componente 1:

Componente 2: latência do sono

1- examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16- 30 minutos	1
31- 60 minutos	2
> 60 minutos	3

Pontuação do componente 2:

2- Examine a questão 5a e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou mais	3

Pontuação do componente 5a:

3- Some a pontuação da questão 2 e da questão 5a:

Soma de 2 e 5 a:

4- Atribua a pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma de 2 e 5a	Pontuação do componente 2
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do componente 2:

Componente 3: Duração do sono

1- Examine a questão 4 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do componente 3:

Componente 4: Eficiência Habitual do sono

1- Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

(1) Escreva o número de horas dormidas (questão 4): _____

(2) Calcule o número de horas no leito:

Horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1): _____

(3) Calcule a eficiência do sono:

(Nº de horas dormidas/ Nº de horas no leito) x 100 = eficiência do sono (%)

(_____ / _____) x 100 = _____ %

(4) Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do Sono (%)	Pontuação
> 85%	0
75 – 84%	1
65 – 74%	2
< 65%	3

Pontuação do componente 4:

Componente 5: Distúrbio do sono

1- Examine as questões de 5b e 5j e atribua a pontuação para cada questão, da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação	Pontuação de cada questão
Nenhuma vez	0	5b: _____
Menos de 1 vez/semana	1	5c: _____
1 a 2 vezes/semana	2	5d: _____
3 vezes/semana ou mais	3	5e: _____
		5f: _____
		5g: _____
		5h: _____
		5i: _____
		5j: _____

Some a pontuação de 5b até 5j:

3. Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte maneira:

Soma de 5b a 5j	Pontuação
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Pontuação do componente 5:

Componente 6: Uso de medicação para dormir

1- Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
< 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou +	3

Pontuação do componente 6:

Componente 7: Sonolência diurna e distúrbios durante o dia

1- Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
< 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou +	3

Pontuação da questão 8:

2- Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

Pontuação da questão 9:

3- Some a pontuação das questões 8 e 9:

4- Atribua a pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Soma de 8 e 9	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do componente 7:

PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQI:

**ANEXO E: EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT
OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CORE” 30 ITENS. (EORTC-
QLQ-C30)**

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. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer 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. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

ANEXO F: ESCORE E PONTUAÇÃO DO EORTC-QLQ-C30

Estabelece-se um escore bruto (EB) de cada escala, que é formado pelo somatório do valor das alternativas assinaladas em cada questão/item que compõe a escala, e dividido pelo número de respostas. O valor das alternativas varia de 1 a 4, da questão 1 a 28.

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / N$$

Sendo que “N” é o número total dos itens que compõem a escala e o “n” ou item individual.

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / N$$

O segundo passo é a transformação linear (escore entre 0 a 100), que deve seguir os seguintes passos:

- Cálculo para as Escalas Funcionais:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

- Cálculo para a escala Global – EGS/QV:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

- Cálculo para as escalas/itens sintomas:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

O quadro 1 apresenta a estrutura do EORTC QLQ-30.

Escalas*	Questões	Número		Definição	
		Item	Níveis**	Escore mínimo=0 (floor)	Escore máximo= 100 (ceiling)
Medida Global de Saúde/QV					
EGS	29 e 30	2	6	Condição física e qualidade de vida ruins.	Condição física e qualidade de vida excelentes.
Escalas Funcionais					
FF	1 a 5	5	3	Confinado a cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade.
DP	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer.	Não apresenta limitações no trabalho ou lazer.
FE	21 a 24	4	3	Sente-se muito tenso, irritado, deprimido e preocupado.	Não se sente tenso, irritado, deprimido e preocupado.
FC	20 e 25	2	3	Apresenta dificuldade em concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldades de concentração e memória.
FS	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e nas atividades sociais.
Escalas de Sintomas					
FAD	10, 12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar.	Sente-se muito fraco, cansado e necessita descansar a maior parte do tempo.
NAV	14 e 15	2	3	Não apresenta náuseas ou vômitos	Sente-se muito nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor.	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades.
Sintomas (itens)					
DIS	8	1	3	Não apresenta dispnéia.	Apresenta dispnéia severa.
INS	11	1	3	Não tem dificuldades para dormir.	Não consegue dormir.
PAP	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa.
CON	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa.
DIA	17	1	3	Sem diarreia.	Diarreia severa.
Item					
DIF	28	1	3	A condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras.	A condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras.

* Siglas das Escalas: EGS= Estado Geral de Saúde/QV; FF= Função Física; DP= Desempenho de Papel; FE= Função Emocional; FC= Função Cognitiva; FS= Função Social; FAD= Fadiga; NAV= Náuseas e Vômitos; DIS= Dificuldades Financeiras. ** Diferença entre a maior e a menor resposta possível de cada item.

ANEXO G – ESCALA DE FADIGA DE PIPER

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor, esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigado.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (*assinale somente UMA resposta*)

Dias___ Semanas___ Meses___

Horas___ Minutos___ Outro (*por favor descreva*): ___

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse

Muito estresse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

Leve

Intensa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

8. Agradável

Desagradável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Aceitável

Inaceitável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Protetora

Destruidora

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Positiva

Negativa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Normal

Anormal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Quanto você está se sentindo...

Forte

Fraco

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Quanto você está se sentindo...

Acordado

Sonolento

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Quanto você está se sentindo...

Com vida

Apático

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Quanto você está se sentindo...
- Com vigor Cansado
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Quanto você está se sentindo...
- Com energia Sem energia
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Quanto você está se sentindo...
- Paciente Impaciente
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Quanto você está se sentindo...
- Relaxado Tenso
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Quanto você está se sentindo...
- Extremamente feliz Deprimido
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Quanto você está se sentindo...
- Capaz de se concentrar Incapaz de se concentrar
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Quanto você está se sentindo...
- Capaz de lembrar Incapaz de lembrar
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23. Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com
clareza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incapaz de pensar com
clareza

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga? _____

25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga? _____

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor descreva _____