

**MARIA CRISTINA CANAVARRO, MARCO PEREIRA,
HELENA MOREIRA, TIAGO PAREDES**

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: APLICAÇÕES DO WHOQOL

Qualidade de vida na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS)

O instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) destina-se à avaliação da qualidade de vida (QdV), tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é como a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

O projecto WHOQOL

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente relevância no âmbito da saúde e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de QdV que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva, conduziu a OMS a reunir um conjunto de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas (WHOQOL Group) com o objectivo de debater o conceito de qualidade de vida e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100. O desenvolvimento do WHOQOL partiu de três pressupostos centrais: (1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, fíavel e válida pode ser construída e aplicada a várias populações; e (3) qualquer factor que afecte a QdV influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida (WHOQOL Group, 1993).

A construção deste instrumento surgiu num contexto de simultânea relevância e falta de precisão conceptual do conceito de qualidade de vida, caracterizado por uma proliferação de instrumentos de avaliação, muitos deles sem base conceptual e na generalidade ancorados na cultura anglo-saxónica. Para além desta preocupação conceptual, do ponto de vista metodológico, a sofisticação que lhe está subjacente tem contribuído para a imagem de robustez conceptual e psicométrica que o WHOQOL apresenta.

Desde a formalização do grupo de qualidade de vida da OMS, em 1991, e a apresentação das características psicométricas do estudo multicêntrico, o projecto estendeu-se a praticamente todo o mundo estando, actualmente, o WHOQOL (nas versões longa e abreviada) disponível em mais de 40 idiomas diferentes (Skevington, Sartorius, Amir, e WHOQOL Group, 2004) e sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida. Em Portugal, as duas versões genéricas foram desenvolvidas pelo Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida (para uma revisão do processo de desenvolvimento e aplicação destes instrumentos cf. Canavarró *et al.*, 2006; Rijo *et al.*, 2006; Vaz Serra *et al.*, 2006a,b).

Os instrumentos da família WHOQOL

O primeiro instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pelo WHOQOL Group foi o WHOQOL-100. Trata-se de uma medida genérica cuja estrutura assenta nos seguintes seis domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente; e Espiritualidade. No âmbito de cada domínio, 24 facetas específicas sumariam o domínio particular em que se inserem. Adicionalmente, o instrumento contempla uma faceta geral que avalia a satisfação global com a QdV e a percepção geral de saúde. Cada faceta é avaliada através de quatro perguntas. Na versão portuguesa de Portugal foi acrescentada uma nova faceta à versão original, designada por FP25: *Poder Político* (Rijo *et al.*, 2006).

A versão abreviada do WHOQOL é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente*, incluindo ainda uma faceta sobre QdV geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde.

A elaboração de módulos específicos precisou de esperar a conclusão do instrumento nuclear, na medida em que os módulos específicos seriam apenas necessários para cobrir aspectos não contemplados na medida genérica. A OMS, partindo da versão

genérica, desenvolveu um módulo específico para avaliação da QdV em doentes infectados pelo VIH. Este novo instrumento tem igualmente em conta a definição de QdV assumida pela OMS e referida anteriormente. O WHOQOL-HIV tem em acréscimo um conjunto de itens que reflectem aspectos particulares da vida dos doentes infectados, e que derivaram de diversas sessões de grupos focais de *experts* internacionais organizadas pela OMS (WHOQOL-HIV Group, 2003). De forma semelhante à medida genérica, este instrumento encontra-se organizado nos mesmos seis domínios mencionados e em 29 facetas específicas (as 24 facetas que compõem o instrumento original mais 5 específicas: Sintomas dos PLWHA; Inclusão social; Perdão e culpa; Preocupações sobre o futuro; e Morte e morrer) e uma faceta relativa à QdV geral e à percepção geral de saúde. O Grupo WHOQOL-HIV desenvolveu igualmente uma medida abreviada, constituída por 31 perguntas, duas de âmbito mais geral e 29 representando cada uma das facetas específicas (WHO, 2002a; 2002b).

Qualidade de vida e doença crónica

A partir dos anos 80 do século XX, o conceito de qualidade de vida começa a ganhar uma importância crescente no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (Lowy e Bernhard, 2004; Naughton e Shumaker, 2003; Ribeiro, 1994; Stenner, Cooper, e Skevington, 2003). Para esse facto contribuiu o aumento da expectativa de vida, em virtude do progresso tecnológico da medicina (Fleck, 2008; Han, Lee, Lee, e Park, 2003), a mudança nas doenças, de predominantemente infecciosas a predominantemente crónicas (Bowden e Fox-Rushby, 2003; Lowy e Bernhard, 2004), a insuficiência das medidas médicas objectivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida da pessoa doente (Bonomi, Patrick, Bushnell, e Matin, 2000; Ribeiro, 1994) e, por último, o movimento de humanização da medicina (Fleck, 2008). Estes factores conduziram, portanto, a que a QdV começasse a ser introduzida na investigação na área da saúde com o principal objectivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos (Bowling, 1995; Ebrahim, 1995, cit. por Kilian, Matschinger, e Angermeyer, 2001).

É no âmbito da doença crónica que se tem verificado um maior interesse em avaliar a QdV, sendo que a importância da conceptualização deste conceito está

intimamente ligada à evolução das doenças prolongadas (Heinemann, 2000; Ribeiro, 1994). A incerteza persuasiva que envolve o diagnóstico e prognóstico, a progressão da doença e a imprevisibilidade que a caracteriza, bem como aos seus tratamentos, resultam inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, sem esquecer as limitações físicas e funcionais persistentes que conduzem à alteração do funcionamento e rotina diária, interferindo com a capacidade para trabalhar, desempenhar papéis familiares e sociais e com o envolvimento em actividades de lazer (Doka, 1993). Em virtude do seu diagnóstico ameaçador, dos seus tratamentos prolongados e muitas vezes agressivos e da incerteza do prognóstico, a doença crónica constitui-se como um risco para a qualidade de vida do indivíduo.

Compreende-se, assim, o interesse de investigadores e clínicos em avaliar a QdV na doença crónica, bem como o facto de em praticamente todas estas enfermidades a QdV ter sido estudada, desde as doenças cardiovasculares, infecção VIH, passando pelo cancro, artrite, doenças reumáticas em geral, doenças neurológicas, entre outras (Ribeiro, 1994). Esta avaliação reveste-se de especial importância ao permitir i) identificar o impacto da doença e seu tratamento em diversas áreas de vida do doente; ii) melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos; iii) avaliar o ajustamento psicossocial à doença; iv) medir a eficácia dos tratamentos; v) definir e desenvolver estratégias com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes; e vi) proporcionar informação prognóstica relevante quer para a resposta ao tratamento quer para a sobrevivência.

Qualidade de vida e infecção por VIH/SIDA

A avaliação da qualidade de vida é central na compreensão da forma como vive uma pessoa infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). As particulares características do processo de infecção pelo VIH e a inevitável progressão para Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA), os efeitos colaterais das terapêuticas utilizadas, bem como a conveniência em iniciar precocemente a terapêutica anti-retrovírica (TAR) nos portadores assintomáticos, convergem na necessidade imperativa, e cada vez mais generalizada, de avaliar a QdV. Esta importância deve-se sobretudo à natureza da própria doença, caracterizada pela imprevisibilidade e pelas múltiplas recorrências (Remple, Hilton, Ratner, e Burdge, 2004), e pela necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infectados pelo VIH (Bing *et al.*, 2000). A nível do cuidado individual,

a optimização da qualidade de vida dos doentes infectados será essencial para aumentar a adesão aos regimes terapêuticos e, por conseguinte, prolongar o tempo de vida (Wu, 2000).

Este instrumento tem tido uma aplicabilidade crescente na avaliação da QdV dos PLWHA. Em seguida apresentamos uma breve resenha de estudos, baseados no WHOQOL-HIV, que salientam a influência dos determinantes sociodemográficos e clínicos na QdV destes doentes. No estudo de campo do WHOQOL-HIV (WHOQOL-HIV Group, 2004), as comparações sociodemográficas e clínicas revelaram efeitos significativos do género e idade. Concretamente, pior QdV entre as mulheres e entre os doentes com menos de 34 anos.

No estudo de validação italiano (Starace *et al.*, 2002), os autores não encontraram associações significativas entre os factores sociodemográficos (idade; género; educação; estado civil; e situação profissional), clínicos (CD4+; carga vírica; e regime HAART) e QdV, com excepção da faceta 7 (*Imagem corporal e aparência*), na qual as mulheres registaram valores significativamente mais baixos, comparativamente aos homens. Na análise por estágio serológico (assintomático; sintomático; e SIDA), os domínios *Físico*, *Nível de Independência* e *Espiritualidade* mostraram poder discriminativo. No total, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em 10 facetas específicas.

O estudo da versão em Português do Brasil (Zimpel, 2003; Zimpel e Fleck, 2007) revelou que em relação ao estágio de infecção, todos os domínios apresentam capacidade discriminativa sendo o maior poder observado nos domínios *Físico* e *Nível de Independência*. Neste mesmo estudo, encontraram-se diferenças nos domínios relativamente às características sociodemográficas idade, género e estado civil. Os indivíduos com idade inferior a 35 anos, apresentaram piores *scores* nos domínios *Psicológico*, *Ambiente* e *Espiritualidade*. Em relação ao género, as mulheres apresentaram piores médias nos mesmos domínios, bem como no domínio das *Relações Sociais*. Em relação ao estado civil, os solteiros revelaram melhores resultados em todos os domínios quando comparados com os casados (ou vivendo em união de facto), mas com significação estatística nos domínios *Físico* e *Relações Sociais*. A influência dos indicadores económicos foi estudada através das variáveis escolaridade e nível sócio-económico. Relativamente à variável educação (+/- 8 anos de estudo) verificou-se que uma maior escolaridade está associada a uma melhor QdV em todos os domínios. O mesmo se verificou em relação ao nível socioeconómico, onde se observou que os níveis superiores apresentaram resultados significativamente mais elevados em todas as dimensões.

Qualidade de Vida em Oncologia

O cancro é, actualmente, a segunda causa de morte nos países industrializados, tendo a sua incidência e mortalidade vindo a aumentar nos últimos anos (Pimentel, 2006). Na Europa, é considerado um dos principais problemas de saúde, tendo sido registados em 2006 cerca de 3.2 milhões de novos casos e mais de 1.5 milhões de mortes (Ferlay *et al.*, 2007). Em Portugal, representa também uma importante causa de morbilidade e mortalidade, diagnosticando-se anualmente entre 40 a 45 mil novos casos (Pimentel, 2006).

Este aumento generalizado da incidência do cancro deve-se não só às mudanças de estilo de vida e envelhecimento da população, mas também ao aumento da sobrevivência e à evolução dos meios de diagnóstico. Com efeito, o progresso da medicina no diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas contribuiu para que o cancro tivesse evoluído de uma doença inevitavelmente fatal para uma doença crónica, ameaçadora do bem-estar do indivíduo (Osoba, 1991; Bessel, 2001). Paralelamente, muitos dos tratamentos actualmente existentes estão associados a uma substancial morbilidade, física e psicológica, embora muitas vezes com ganhos mínimos em termos de resposta ao tumor e sobrevivência. Foi por estas razões que, a partir dos anos 80, a QdV começou a ser considerada e estudada no campo específico da Oncologia, passando a ser conceptualizada como um importante resultado quer da própria doença quer do seu tratamento, mas também como uma medida auxiliar na tomada de decisões clínicas (Osoba *et al.*, 2005; Koinberg *et al.*, 2006; Pimentel, 2006).

Efectivamente, os profissionais de saúde têm vindo a aperceber-se que a eficácia dos tratamentos ou das suas intervenções ou, de uma forma geral, o sucesso dos cuidados de saúde em oncologia, não podem apenas ser avaliados recorrendo a indicadores biomédicos, como o tempo livre de doença, as complicações médicas ou a toxicidade dos tratamentos. É essencial considerar também outras variáveis, como a percepção que o doente tem da doença e dos tratamentos e a forma como estes influenciam os diversos domínios da sua vida. Assim, na avaliação do impacto de uma doença crónica, como é o caso do cancro, onde muitas vezes o objectivo do tratamento não é a cura, mas sim a redução das limitações impostas pela doença a vários níveis, é fundamental avaliar e considerar a QdV do doente (Pimentel, 2006).

Cancro da mama

O cancro da mama é o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado e o mais comum no sexo feminino, prevendo-se que na Europa uma em cada onze mulheres seja diagnosticada com esta doença. Em Portugal, é também o tipo de cancro mais frequente na mulher, estimando-se que em 2006 tenham sido registados aproximadamente 5600 novos casos e 1100 óbitos (Ferlay *et al.*, 2007).

Os avanços técnicos e científicos na detecção precoce e no tratamento do cancro da mama têm conduzido a uma diminuição muito significativa da mortalidade o que, por sua vez, tem vindo a determinar um aumento importante do número de sobreviventes. Estima-se que existam cerca de 4,4 milhões de mulheres em todo o mundo e 18265 em Portugal, a quem foi diagnosticado cancro da mama nos últimos cinco anos (Ferlay *et al.*, 2004). O prolongamento da vida e a conceptualização desta doença como doença crónica, trazem consigo a questão da *quantidade* de vida sem *qualidade* (Pais-Ribeiro, 2001), tornando-se, deste modo, fundamental a consideração da QdV e da adaptação emocional da doente com cancro da mama ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998).

Nos últimos anos, muitos investigadores têm-se dedicado ao estudo da QdV e da adaptação psicossocial da mulher com cancro da mama (Bardwell *et al.*, 2004; Carver, 2005; Helgeson e Tomich, 2005; Knobf, 2007; Kornblith *et al.*, 2007). Os estudos neste âmbito realizados têm mostrado que a maioria das doentes é resiliente, conseguindo adaptar-se bem ao diagnóstico e às exigências psicológicas, físicas e sociais associadas aos tratamentos (Bloom, Peterson, e Kang, 2007; Ganz *et al.*, 1996; Helgeson, Snyder, e Seltman, 2004; Massie e Shakin, 1993). Embora seja frequente a presença de dificuldades de adaptação e uma diminuição da QdV numa fase inicial da doença (Barraclough, 1999; Veach, Nicholas, e Barton, 2002), alguns estudos têm apontado para uma prevalência de apenas 20% a 30% de sintomatologia psicopatológica clinicamente significativa ao longo do percurso da doença (Massie e Popkin, 1998; Nezu e Nezu, 2007). Globalmente, tem-se constatado que a QdV geral, alguns anos depois do diagnóstico, é boa (Bloom *et al.*, 2007; Ganz, Greendale, Petersen, Kahn, e Bower, 2003; Tomich e Helgeson, 2002), sendo por vezes comparável (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, e Mase, 1998; Tomich e Helgeson, 2005) ou mesmo superior (Peuckmann *et al.*, 1007) à QdV de mulheres sem história pessoal de doença oncológica.

Este estudo pretende, assim, analisar e comparar a qualidade de vida e a adaptação emocional de um grupo de mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama e de um grupo de mulheres sobreviventes desta doença, por forma a detectar diferenças e similitudes entre estas duas fases da doença.

Tumor do aparelho locomotor

Os doentes diagnosticados com sarcomas do aparelho locomotor apresentam-se como um grupo bastante debilitado e incapacitado, que está vulnerável ao desenvolvimento de dificuldades psicossociais e que pode manifestar um compromisso significativo na qualidade de vida global (Felder-Puig *et al.*, 1998). Esta vulnerabilidade para a manifestação de problemas psicológicas e ao nível social, assim como a qualidade de vida global diminuída, são compreensíveis se atendermos aos riscos que estão associados a este tipo particular de cancro e às consequências negativas dos seus sintomas e tratamentos. Designadamente, o diagnóstico de um tumor maligno do aparelho locomotor coloca desde logo o risco de surgir uma restrição permanente na mobilidade e um funcionamento físico reduzido, o risco da perda de um membro e, eventualmente, de um desfiguramento físico, sem esquecer o risco da perda da própria vida (Custodio, 2007; Ginsberg *et al.*, 2007). Por sua vez, estes doentes sofrem frequentemente de dor crónica e intensa, fracturas dos ossos, défices neurológicos e apresentam uma actividade física reduzida (Mercadante, 1997), para além de que os seus tratamentos intensivos implicam habitualmente longos períodos de internamento, a administração de elevadas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, daí resultando efeitos secundários significativos, e envolvem cirurgias extensas que podem requerer a amputação de membros ou a mutilação de partes do corpo (Aksnes, Hall, Jebsen, Fossa, e Dahl, 2007; Felder-Puig *et al.*, 1998; Schreiber *et al.*, 2006). O diagnóstico de sarcoma do aparelho locomotor, a própria doença e os seus tratamentos fazem-se portanto acompanhar de efeitos negativos que incluem alterações das competências físicas, funcionais e mentais, alterações dos papéis pessoais e sociais e alterações da aparência e imagem corporal, daí resultando um impacto na qualidade de vida.

Atendendo às implicações deste tipo específico de cancro para as diversas áreas de vida do doente e à escassez de literatura que existe no nosso país acerca desta temática, procurámos no presente trabalho avaliar a QdV de doentes diagnosticados com sarcomas do aparelho locomotor, assim como identificar os seus possíveis factores de variabilidade.

Estudos Empíricos

Considerações gerais

Por questões de organização, optámos por apresentar uma secção destinada aos três estudos empíricos. Cada trabalho segue a estrutura básica dos estudos empíricos, incluindo síntese e discussão dos resultados. Com a finalidade de evitar a repetição da descrição dos instrumentos utilizados, na secção *instrumentos* apenas são referidas as características psicométricas do estudo de validação nacional.

Qualidade de vida e infecção por VIH/SIDA

Método

Amostra

As recomendações da OMS relativamente aos critérios de amostragem para a validação internacional do instrumento, preconizam um mínimo de 200 indivíduos, e a constituição do grupo clínico a partir dos seguintes critérios: (a) *Idade*: 50% da amostra deve ter menos de 30 anos de idade; (b) *Género*: 50% da amostra deve ser do sexo masculino; e (c) *Estado de saúde*. Este critério deve ter em conta uma distribuição equivalente pelos três estádios de infecção: assintomático; sintomático sem SIDA e SIDA.

A amostra total ficou constituída por 200 indivíduos, com uma idade média de 39,23 anos (DP=9,21 anos). A maior parte da amostra (60%) é do sexo masculino. No conjunto da amostra regista-se que quase metade dos inquiridos são solteiros (47,5%) e a maioria (72,0%) pertence ao nível socioeconómico baixo (de acordo com a tipologia de Simões, 1994).

Relativamente às características associadas com a infecção VIH verificámos que a maioria dos sujeitos refere infecção por via sexual (66,5%) e estado serológico assintomático (43,7%). Chamamos a atenção para o facto de 18,1% dos inquiridos não ter conhecimento do seu estado serológico. Estes indivíduos não foram considerados nas análises relativas à influência desta variável na qualidade de vida dos doentes infectados.

Instrumentos

O WHOQOL-HIV é um instrumento de auto-avaliação da QdV que inclui um módulo específico para a infecção VIH e foi descrito anteriormente. A versão em português (de Portugal) encontra-se validada (Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, e

Ferreira, 2008) e apresentou boas características psicométricas. A consistência interna, avaliada através do α de Cronbach apresenta valores aceitáveis, quer se analisem os seis domínios (.90) ou cada domínio individualmente [variando entre .86 (*Espiritualidade*) e .95 (*Psicológico*). O α de Cronbach para as 120 questões foi de .98. Em relação à validade, o WHOQOL-HIV mostrou-se um bom discriminador quando considerados quer o estado serológico quer a percepção geral de saúde.

Análises estatísticas

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 15.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Em primeiro lugar, para a caracterização da amostra recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os diferentes grupos constituídos, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como estatisticamente significativas todas as diferenças às quais aparecesse um nível de significação inferior a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados: teste T de Student; Análises da Variância (ANOVA) e testes *post hoc*, bem como o seu equivalente não paramétrico, o teste de Kruskal-Wallis.

Resultados

Determinantes sociodemográficos

Género

A análise por domínios não revelou diferenças estatisticamente significativas, no entanto, as mulheres apresentam pior qualidade de vida em quase todos os domínios, com excepção nos domínios *Nível de Independência* e *Relações Sociais*.

Relativamente às facetas, três discriminam homens de mulheres, sendo que as mulheres apresentam piores *scores* na faceta *Segurança física* [t (1,197)=2.307; p=.022]; e nas facetas específicas do módulo VIH: *Preocupações sobre o futuro* [t (1,197)=2.112, p=.036] e *Morte e morrer* [t (1,197)=3.191; p=.002]. No conjunto das 29 facetas específicas, as mulheres pontuam menos em 18 facetas.

Idade

No que diz respeito à idade, o critério de amostragem da OMS estabelece como ponto de corte os 30 anos. No presente estudo este critério não foi rigorosamente

cumprido. Como ponto de corte considerámos para efeitos de análise estatística, a medida de tendência central Mediana. Neste sentido, consideraram-se duas categorias de idade: inferior e superior a 39 anos.

Em relação aos domínios não se verificaram diferenças quando considerada estas categorias. Os indivíduos mais velhos apresentam, em geral, pior qualidade de vida, com exceção dos domínios *Ambiente* e *Espiritualidade*. Relativamente às facetas, só na *Atividade sexual* se encontraram diferenças estatisticamente significativas [$t(1,197)=4.231$; $p=.000$]. No total, os indivíduos mais velhos apresentam pior QdV em 21 das 29 facetas específicas, assim como na faceta que avalia a QdV global e percepção geral de saúde.

Estado civil

Na análise por estado civil não se encontraram diferenças com significação estatística entre os domínios da QdV, assim como na faceta que avalia a QdV geral. A análise por facetas específicas relevou uma diferença significativa na faceta *Espiritualidade, Religião e Crenças pessoais* ($\chi^2=13.421$; $p=.004$), apresentando melhor QdV os indivíduos *Viúvos*.

Habilitações literárias

A análise em função das habilitações literárias revelou diferenças significativas no domínio *Ambiente* ($\chi^2=12.100$; $p=.007$). Os testes *post hoc* registaram as diferenças entre os indivíduos com habilitações ao nível do Ensino Superior, relativamente aos indivíduos com escolaridade ao nível do 1º ao 3º ciclos do Ensino Básico.

Por sua vez, na análise por facetas, registaram-se diferenças em 6 das 29 facetas específicas: *Pensamento, aprendizagem, memória e concentração* ($\chi^2=12.979$; $p=.005$); *Capacidade de trabalho* ($\chi^2=8.721$; $p=.033$); *Recursos económicos* ($\chi^2=12.100$; $p=.007$); *Oportunidades para adquirir novas informações e competências* ($\chi^2=24.584$; $p=.000$); *Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer* ($\chi^2=9.299$; $p=.026$); e *Transportes* ($\chi^2=9.949$; $p=.019$). Como previsível, os piores resultados de QdV registam-se entre os indivíduos com grau de instrução mais baixo.

Nível socioeconómico (NSE)

Nas análises relativas ao NSE utilizou-se a tipologia de Simões (1994), que diferencia três níveis: baixo, médio e elevado. Os resultados relevaram uma diferença estatisticamente significativa no domínio *Ambiente* ($\chi^2=13.596$; $p=.001$). O NSE *baixo*

apresenta piores valores de QdV neste domínio (Média=55.16; DP=12.76), comparativamente aos indivíduos do NSE *médio* (Média=61.80; DP=13.36) e *elevado* (Média=74.09; DP=15.90). Ambas as diferenças foram estatisticamente significativas.

Por facetas, os resultados mostraram a existência de diferenças significativas em 6 das 29 facetas específicas: *Apoio social* ($\chi^2=6.098$; $p=.047$); *Segurança física* ($\chi^2=6.998$; $p=.030$); *Ambiente no lar* ($\chi^2=6.999$; $p=.030$); *Recursos económicos* ($\chi^2=25.396$; $p=.000$); *Oportunidades para adquirir novas informações e competências* ($\chi^2=21.226$; $p=.000$); e *Transportes* ($\chi^2=13.192$; $p=.001$). O maior poder discriminativo verificou-se entre a faceta *Recursos económicos*.

Determinantes associados à infecção por VIH

Categoria de transmissão

No que diz respeito aos determinantes associados com a infecção VIH, em primeiro lugar, procedemos à análise da função discriminativa da categoria de transmissão. Os resultados obtidos mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas, quando se considera esta variável, em dois domínios do WHOQOL-HIV: *Psicológico* ($\chi^2=10.892$; $p=.012$) e *Nível de Independência* ($\chi^2=9.142$; $p=.027$) e na faceta geral da QdV ($\chi^2=13.922$; $p=.003$). De forma geral, apresentam piores *scores* de QdV os indivíduos infectados por via de drogas injectáveis. Ao invés, os indivíduos que especificam infecção através de contactos com sangue apresentam melhores resultados de QdV nos diferentes domínios.

Na análise por facetas, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em 8 das 29 facetas específicas. Em particular, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes facetas: *Energia e fadiga* ($\chi^2=9.960$; $p=.019$); *Pensamento, aprendizagem, memória e concentração* ($\chi^2=9.493$; $p=.023$); *Imagem corporal e aparência* ($\chi^2=9.330$; $p=.025$); *Sentimentos negativos* ($\chi^2=9.295$; $p=.026$); *Capacidade de trabalho* ($\chi^2=7.925$; $p=.048$); *Recursos económicos* ($\chi^2=9.454$; $p=.024$); *Oportunidades para adquirir novas informações e competências* ($\chi^2=10.295$; $p=.016$); e *Perdão e culpa* ($\chi^2=8.726$; $p=.033$). De forma geral, apresentam pior QdV os indivíduos infectados através de drogas intravenosas, comparativamente aos que referem infecção através de contacto com sangue. Nas facetas *Recursos económicos* e *Perdão e culpa*, a diferença regista-se relativamente aos sujeitos infectados através de relação sexual com um homem.

Estado serológico

Considerando o estado serológico dos inquiridos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em cinco domínios do WHOQOL-HIV, na faceta que avalia a QdV global e percepção geral de saúde e em 16 das 29 facetas específicas. No domínio da *Espiritualidade* não se encontraram quaisquer diferenças. Nesta análise não se consideraram os indivíduos que referiram desconhecer o seu estado serológico. O maior poder discriminativo, de acordo com o estado serológico observou-se, por ordem decrescente, nos domínios *Nível de Independência* ($F=16.699$; $p=.000$); *Físico* ($F=8.597$; $p=.000$); *Relações sociais* ($F=6.695$; $p=.002$); e *Psicológico* ($F=3.362$; $p=.029$). No que se prende com as facetas específicas, a *Dependência de medicação ou tratamentos* ($F=15.789$; $p=.000$); *Capacidade de trabalho* ($F=10.071$; $p=.000$) e *Dor e desconforto* ($F=9.340$; $p=.000$).

Síntese dos resultados e discussão

O presente estudo teve como principal objectivo avaliar os determinantes da qualidade de vida dos doentes infectados pelo VIH. Para o efeito, consideraram-se os determinantes sociodemográficos (género; idade; nível sócio-económico; habilitações literárias; e estado civil) e os associados com a infecção VIH (categoria de transmissão e estado serológico).

No que se prende com o género, verificámos que esta variável não se constituiu como um importante contexto de influência na avaliação da QdV dos doentes infectados, embora sejam consistentes menores pontuações nos domínios e facetas de QdV entre o sexo feminino. Este facto tem igualmente sido observado noutros estudos que utilizaram o WHOQOL-HIV (WHOQOL-HIV Group, 2004; Zimpel, 2003; Zimpel e Fleck, 2007). A idade não se revelou um importante determinante, embora uma menor pontuação nos domínios e facetas de QdV se encontrasse associada a uma maior idade. Estes dados diferem dos resultados encontrados nos centros Brasileiro (Zimpel, 2003; Zimpel e Fleck, 2007) e no estudo piloto do WHOQOL-HIV Group (2004), que encontraram diferenças estatisticamente significativas considerando esta variável.

O NSE e as habilitações literárias, dois dos principais indicadores sociais, revelaram-se os mais importantes determinantes da QdV nestes doentes, sendo que uma melhor QdV se encontra associada a um maior NSE e a níveis superiores de escolaridade. De forma previsível, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no domínio *Ambiente* e, no total, em ambos os indicadores, 6 facetas discriminaram as diferentes

categorias de cada variável. Estes indicadores têm sido igualmente referidos como centrais noutros estudos que utilizaram estes instrumento (Zimpel, 2003; Zimpel e Fleck, 2007).

Quando considerado o estado serológico, apenas o domínio da *Espiritualidade* não apresentou poder discriminativo. Os resultados mostram ainda que entre os indivíduos infectados, e de forma consistente entre os grupos, são os domínios *Físico* e *Espiritualidade*, que apresentam piores *scores*, sugerindo que a infecção por VIH se estende para além dos aspectos directamente associados com a saúde física. Em relação à categoria de transmissão, na faceta geral e nos domínios *Psicológico* e *Nível de Independência* encontraram-se diferenças com significação estatística e, de forma consistente, foram os indivíduos que especificam infecção por meio de drogas injectáveis que apresentaram piores índices de QdV.

Em síntese, neste estudo, variáveis demográficas como as habilitações literárias e nível sócio-económico e características associadas à infecção VIH (categoria de transmissão e estado serológico) revelaram-se importantes determinantes da QdV dos doentes infectados. Assumindo uma abordagem mais vasta das questões relativas aos cuidados, o conhecimento destes dados poderá ser bastante útil para os profissionais de saúde, para que estes considerem não apenas as variáveis de natureza clínica, mas tenham igualmente em conta a presença de factores socioeconómicos no planeamento de intervenções (e.g., clínicas; psicossociais) para melhoria da QdV dos doentes infectados.

Qualidade de vida e cancro da mama

Método

Amostra

A amostra é constituída por 70 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama (GD), 74 sobreviventes de cancro da mama, livres de doença (GS) e 78 mulheres saudáveis, sem história pessoal de doença oncológica (GC).

A idade média das participantes do GD é de 52.43 anos ($DP = 7.82$), do GS é de 52.72 anos ($DP = 9.59$) e do CG é de 44.53 anos ($DP = 8.58$), sendo a diferença entre as médias significativa, $F(2, 211) = 21.34$, $p < .001$. Relativamente ao estado civil, existe uma maior prevalência de mulheres casadas ou a viver em união de facto no GC (96.2%) do que nos restantes dois grupos (GD = 84.3% e GS = 80.8%), sendo esta diferença significativa,

χ^2 (2, $N = 221$) = 8.87, $p < .01$. As sobreviventes estão maioritariamente não activas (65.8%), enquanto que as restantes participantes encontram-se, na sua maioria, empregadas (GD = 68.1% e GC = 76.9%). A diferença na distribuição pelas categorias é significativa, χ^2 (2, $N = 221$) = 31.38, $p < .001$. Relativamente ao nível socioeconómico, a maioria das participantes dos três grupos pertence ao nível médio (GD = 59.4%, GS = 60.3%, GC = 56.4). No que diz respeito à escolaridade, as participantes do GD e do GC têm maioritariamente estudos secundários ou superiores (53.6% e 52.6%, respectivamente), enquanto que a maioria das sobreviventes tem apenas o ensino básico ou primário (55.4%).

No que diz respeito às características clínicas do GD e do GS, a duração média da doença é de 1.35 meses ($DP = 0.59$; entre 1 e 3 meses) para o GD e de 93.84 meses ($DP = 77.98$; entre 15 a 384 meses) para o GS. O tipo de cancro mais frequente é o *carcinoma ductal invasivo* (79% no GD e 60% no GS). A maioria das sobreviventes realizou mastectomia (91.4%) e apenas 8.6% cirurgia conservadora; adicionalmente, 59.4% efectuaram esvaziamento ganglionar axilar; 44.1% realizaram apenas quimioterapia, 16.2% apenas radioterapia, 33.8% ambos os tratamentos e 5.9% não realizou qualquer tratamento. As participantes do GD não tinham ainda efectuado a cirurgia, nem nenhum tratamento neoadjuvante ou adjuvante no momento em que participaram no estudo.

Procedimento

O GD foi recrutado aquando o seu internamento para realização de cirurgia da mama (mastectomia ou cirurgia conservadora), no serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). As doentes foram abordadas pelos investigadores no primeiro dia do internamento, tendo-lhes sido explicados os objectivos do estudo e entregue o protocolo de avaliação. Foram incluídas neste grupo mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama (no máximo há três meses), que não tivessem ainda realizado quimioterapia e sem história pessoal de cancro da mama. O GS foi igualmente recrutado no mesmo serviço deste hospital, e também no Movimento Vencer e Viver do núcleo regional do centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro. As participantes do serviço de Ginecologia ($n = 36$) encontravam-se internadas para realização de cirurgia reconstrutiva da mama, tendo a recolha dos dados seguido o procedimento anteriormente descrito. O grupo de participantes pertencentes à associação de voluntariado ($n = 35$) foi contactado pessoalmente pelos investigadores, tendo preenchido o protocolo em casa e, posteriormente, devolvido por correio. Para participarem no estudo, estas mulheres deveriam ter já finalizado qualquer tratamento adjuvante de quimioterapia ou radioterapia,

sendo a sua situação clínica estável e indicadora de remissão total da doença. O GC incluiu mulheres sem antecedentes oncológicos e foi recrutado por conveniência. Todas as participantes deveriam ter idade superior a 18 anos e serem capazes de ler e escrever Português. Todas preencheram o consentimento informado, tendo os dados sido recolhidos de forma a manter-se sempre a confidencialidade das informações obtidas.

Instrumentos

Qualidade de Vida. Foi utilizado como medida de avaliação da QdV o WHOQOL-Bref. Este instrumento apresenta valores aceitáveis de consistência interna, avaliada pelo *alpha* de Cronbach de cada um dos quatro domínios. Esta medida, varia entre .66 (Domínio *Relações Sociais*) e .84 (Domínio *Físico*). Esta versão mostrou, tal como a versão longa, capacidade para discriminar indivíduos doentes de saudáveis.

Sintomatologia depressiva e ansiosa. Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa foi utilizada a versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007; Zigmond e Snaith, 1983). Este instrumento é constituído por 14 questões, que se distribuem por dois factores (depressão e ansiedade), e pretende resolver o problema da sobreposição de sintomas decorrentes da doença física e da perturbação emocional, excluindo todos aqueles que se relacionam simultaneamente com as duas situações. A versão portuguesa apresenta valores adequados de consistência interna ($\alpha = .76$ para a escala de ansiedade e $\alpha = .81$ para a escala de depressão).

Análises estatísticas

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o pacote estatístico SPSS 15. Para a caracterização da amostra recorreu-se à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão), utilizando-se o teste do qui-quadrado e a ANOVA para análise das diferenças entre as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos. Tendo em conta as diferenças significativas encontradas na idade, actividade profissional e estado civil, estas variáveis foram estatisticamente controladas nas análises subsequentes. Para a análise das diferenças de médias na qualidade de vida e adaptação emocional entre os três grupos analisados, efectuou-se uma análise de covariância multivariada (MANCOVA). Quando o efeito multivariado era significativo, eram conduzidas análises de covariância univariada (ANCOVA) para cada variável dependente, prosseguindo-se com o teste *post-hoc* de Bonferroni para detecção das diferenças entre os pares de médias.

Resultados

Adaptação emocional

A MANCOVA revelou um efeito significativo do tipo de grupo [*Pillai's Trace* = 0.68; $F(4,388) = 3.43$, $p = .009$, $\eta^2 = .034$] nos níveis de *depressão* e de *ansiedade*. As análises univariadas mostraram que na variável *ansiedade* existiam diferenças significativas entre os grupos [$F(2,194) = 4.20$, $p = .016$, $\eta^2 = .041$]. A partir dos testes *post-hoc* foi possível verificar que as mulheres com diagnóstico recente ($M = 9.71$, $DP = 0.61$) encontravam-se significativamente mais ansiosas que as sobreviventes ($M = 7.21$, $DP = 0.63$), não se distinguindo, contudo, da população geral ($M = 9.04$, $DP = 0.57$).

Qualidade de vida

Com o objectivo de explorar as diferenças entre os três grupos nos quatro domínios e na faceta geral da QdV foi efectuada outra MANCOVA, controlando igualmente o efeito das covariáveis referidas. Verificou-se um efeito significativo do tipo de grupo na QdV [*Pillai's Trace* = 0.198; $F(10, 380) = 4.17$, $p = .000$, $\eta^2 = .099$], tendo as análises univariadas posteriormente evidenciado que as diferenças significativas se situavam na faceta geral da QdV [$F(2,198) = 4.18$, $p = .017$, $\eta^2 = .041$] e no domínio *relações sociais* [$F(2,198) = 4.64$, $p = .011$, $\eta^2 = .045$]. Por meio dos testes *post-hoc* constatou-se que as mulheres recentemente diagnosticadas apresentam uma pior QdV geral ($M = 58.08$, $DP = 1.96$) comparativamente com o GC ($M = 65.46$, $DP = 1.90$), mas pontuações significativamente superiores no domínio *relações sociais* ($M = 77.90$, $DP = 2.03$) relativamente ao GS ($M = 70.61$, $DP = 2.14$) e GC ($M = 69.93$, $DP = 1.96$).

Quadro 1: Médias ajustadas (desvios-padrão) e testes F univariados para as diferenças entre os grupos na adaptação emocional e na qualidade de vida

	Diagnóstico <i>M(DP)</i>	Sobreviventes <i>M(DP)</i>	Controlo <i>M(DP)</i>	<i>F</i>	η^2
HADS					
Depressão	5.06 (.50)	4.90 (.52)	5.44 (.47)	0.29	.003
Ansiedade	9.71 (.61) _a	7.21 (.63) _b	9.04 (.57) _{ab}	4.20*	.041
WHOQOL-bref					
Faceta geral	58.08 (1.96) _a	64.71 (2.07) _{ab}	65.46 (1.90) _b	4.18*	.041
Físico	65.94 (2.02)	66.80 (2.13)	71.59 (1.95)	2.19	.022
Psicológico	70.52 (1.75)	73.81 (1.85)	69.15 (1.70)	1.67	.017
Relações sociais	77.90 (2.03) _a	70.61 (2.14) _b	69.93 (1.96) _b	4.64**	.045
Ambiente	64.09 (1.79)	62.29 (1.89)	61.84 (1.74)	0.43	.004

^a (a, b) as médias que na mesma linha não partilham a mesma letra são significativamente diferentes entre si, com $p < .05$ no teste *post-hoc* de Bonferroni

* $p < .05$; ** $p < .01$

Síntese dos resultados e discussão

Os resultados obtidos mostraram que a QdV dos três grupos é, em quase todos os domínios, muito semelhante. Relativamente ao GD e, tendo em linha de conta todas as mudanças que caracterizam esta fase (Barraclough, 1999; Veach *et al.*, 2002), seria, à partida, de esperar resultados inferiores nos diferentes domínios, tal como tem sido reportado em outros estudos (Bloom, Kang, Petersen, e Stewart, 2007; Ganz *et al.*, 1996; Maguire, Lee, e Bevington, 1998). Já os resultados obtidos no GS vão ao encontro do que é comumente referido na literatura, ou seja, de que a QdV nesta fase da doença é comparável à da população geral (Dorval, *et al.*, 1998; Kornblith *et al.*, 2007; Tomich e Helgeson, 2002) ou até mesmo superior (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, e Wyatt, 1998).

Não obstante o facto de as mulheres recentemente diagnosticadas apresentarem pontuações inferiores na faceta geral de QdV, nos restantes domínios não se observou um padrão de resultados negativos. Não se distinguindo dos restantes grupos nos domínios *físico*, *psicológico* e *ambiente*, o GD mostrou resultados superiores no domínio *relações sociais*, distinguindo-se significativamente dos restantes dois grupos. Estes resultados reflectem, de

certa forma, a importância que, na fase de diagnóstico, as relações interpessoais e a activação das redes de apoio social têm no confronto com a doença. Embora não seja possível, partindo somente destes resultados, retirar conclusões sobre o papel das redes sociais de apoio na adaptação à doença, estes dados parecem ir ao encontro do que tem sido encontrado em outros estudos, nos quais se tem verificado a activação das redes de suporte social e enfatizado o papel, na adaptação a esta etapa da doença, do apoio social e da qualidade das relações estabelecidas com os outros (Helgeson e Cohen, 1996; Schroevers, Ranchor, e Sanderman, 2003).

No que diz respeito aos resultados de adaptação emocional, verificou-se que as participantes do GD estavam significativamente mais ansiosas que as sobreviventes, não se distinguindo do GC. Efectivamente, a fase de diagnóstico de cancro da mama pode ser conceptualizada como um período de crise, durante o qual a doente sente a sua vida, o seu futuro e o seu corpo ameaçados, podendo, assim, experienciar níveis mais elevados de depressão e/ou ansiedade. Deste modo, a manifestação de níveis superiores de ansiedade, bem como de outras emoções negativas, é frequente e esperada neste período, podendo ser perspectivada como parte de um processo de adaptação normal a um acontecimento de vida tão adverso como o diagnóstico de cancro da mama (Moreira, Silva, e Canavarro, 2008). O facto de as sobreviventes apresentarem valores médios de *depressão* e *ansiedade* semelhantes aos do GC e, no caso da *ansiedade*, inferiores aos do GD, sublinha a adaptação positiva já evidenciada pelos resultados de QdV obtidos, indo assim ao encontro do que se tem verificado, de uma forma geral, na literatura (Kornblith, 1998; Kornblith e Ligibel, 2003).

O presente trabalho aponta para a importância e necessidade de uma avaliação cuidada da QdV e da adaptação emocional da doente com cancro da mama nas diferentes fases da doença. Esta avaliação permitirá a distinção entre respostas normativas de adaptação e respostas caracterizadas por níveis clinicamente significativos de psicossintomatologia para que, deste modo, se possa intervir atempada e adequadamente nas situações apropriadas. A detecção e intervenção precoces poderão conduzir a melhorias substanciais na saúde mental da mulher, no seu ajustamento e, de uma forma global, na sua QdV. Efectivamente, conhecer a QdV destas doentes tem-se transformado progressivamente numa necessidade fundamental, possibilitando aos vários serviços de saúde obter, para além de indicadores biomédicos do funcionamento físico das doentes, a percepção que estas têm do impacto da doença no seu bem-estar físico e emocional. Desta avaliação poderá resultar o planeamento de intervenções de cariz preventivo e o

desenvolvimento de protocolos terapêuticos promotores da QdV e do bem-estar das doentes com cancro da mama. Simultaneamente, conhecer as suas necessidades poderá promover uma prestação de cuidados mais adequada por parte dos diferentes profissionais de saúde, o que, por sua vez, se reflectirá numa maior satisfação por parte dos utentes com os serviços de saúde.

Qualidade de vida e tumor do aparelho locomotor

Método

Amostra e Procedimento

A metodologia usada neste estudo exploratório, transversal e comparativo envolveu o recrutamento de 81 doentes diagnosticados com sarcoma do aparelho locomotor, da Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia B, dos HUC, que se encontravam a realizar tratamento cirúrgico ou tratamentos complementares de quimioterapia e/ou radioterapia. O protocolo de avaliação, composto por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e pelo WHOQOL-100, foi administrado durante o período de internamento no caso dos doentes que se encontravam hospitalizados a receber quimioterapia ou que haviam sido submetidos recentemente a cirurgia e no momento da entrada na Unidade para os doentes que estavam a ser submetidos a quimioterapia em regime de hospital de dia. Os doentes a receberem radioterapia em regime de ambulatório foram avaliados imediatamente antes ou após a sessão de radiação e outros participantes foram recrutados nas consultas externas do Serviço de Ortopedia A dos HUC, também antes ou após a consulta médica.

Foi ainda usado um grupo de controlo constituído por 81 indivíduos “saudáveis” (sem doença) pertencentes à população geral, com características demográficas *comparáveis* às do grupo clínico. Como critério de inclusão, estes sujeitos deveriam responder negativamente às seguintes três questões: (1) “tem alguma doença crónica?”, (2) “toma alguma medicação de forma regular?”, e (3) “consultou um médico ou profissional de saúde no último mês (excepção feitas às consultas de prevenção, e.g., revisões em ginecologia)?”.

Todos os sujeitos, aquando o recrutamento para o estudo, apresentavam idades superiores a 18 anos ou exerciam o papel social de adulto e todos eles assinaram o respectivo consentimento informado de participação.

No que se refere às características sociodemográficas da amostra, quer no grupo clínico quer no grupo de controlo, a maioria dos sujeitos tinha uma idade inferior a 45 anos (60.5% e 53.1%, respectivamente), era do sexo masculino (55.6% nos dois grupos), pertencia ao nível socioeconómico baixo (51.9% e 53.1%) e estava casada ou vivia em união de facto (56.8% e 63%). Também nos dois grupos a maior parte dos participantes apresentava habilitações literárias ao nível do Ensino Básico (59.3% no grupo de controlo e 60.5% no grupo clínico), sendo que no grupo de controlo a maioria tinha uma escolaridade ao nível do 2º e 3º Ciclos (30.9%) e no grupo clínico as habilitações situavam-se ao nível do 1º Ciclo para a grande parte dos doentes (28.4%). O teste do qui-quadrado de Pearson para a análise da comparabilidade entre os dois grupos em termos das variáveis sociodemográficas revelou valores que não foram estatisticamente significativos. Deste modo, grupo clínico e grupo de controlo apresentavam características sociodemográficas similares.

A respeito das características clínicas do grupo de doentes, 48.1% dos sujeitos foram diagnosticados há mais de 1 ano e a maioria encontrava-se a receber tratamento em regime de internamento (53.1%). A respeito do tipo de tratamento realizado, a maior parte dos doentes foi submetida a cirurgia conjuntamente com tratamentos complementares, designadamente quimioterapia e/ou radioterapia neo-adjuvantes e adjuvantes (40.7%). De entre aqueles que realizaram cirurgia, a maior parte foi submetida a cirurgia de conservação/excisão (51.9%).

Instrumentos

No presente estudo foi usada a versão em português de Portugal do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS – WHOQOL-100 (Canavarro *et al.*, 2006), já descrita anteriormente. Os estudos psicométricos conduzidos numa amostra da população portuguesa atestam as suas boas qualidades de consistência interna (valores de *alpha* de Cronbach entre .84 e .94 para os domínios individualmente, .81 para o conjunto dos seis domínios, .93 para o conjunto das facetas e .97 para as 100 perguntas) e de estabilidade temporal (coeficientes de correlação teste-reteste entre .67 e .86). A validade de constructo foi demonstrada pelas correlações positivas e moderadas entre os diferentes domínios do instrumento, assim como pelas intercorrelações também positivas e moderadas entre os 6

domínios e a faceta geral, e a validade discriminante pela capacidade do instrumento em diferenciar indivíduos doentes daqueles que pertenciam à população normal.

Análises estatísticas

Para o tratamento estatístico e análise dos dados recorreremos à versão 15.0 do SPSS. Foram determinadas estatísticas descritivas para a caracterização sociodemográfica da amostra, utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson para a análise da homogeneidade entre os grupos clínico e controlo. Para a comparação da qualidade de vida em ambos os grupos e para a análise da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e qualidade de vida do grupo de doentes, usámos o teste *t de student* e a análise da variância (*ANOVA*) seguida dos testes *post-hoc*. Os resultados com um nível de significância inferior a .05 foram considerados como estatisticamente significativos.

Resultados

Qualidade de Vida em Doentes com Tumor do Aparelho Locomotor

A avaliação da qualidade de vida de doentes diagnosticados com sarcoma do aparelho locomotor partiu da comparação de médias entre o grupo de controlo e o grupo clínico nos diferentes domínios e faceta geral do WHOQOL-100 (quadro 2).

Quadro 2: Comparação de médias nos diferentes domínios e faceta geral do WHOQOL-100

Domínios + Faceta Geral	Controlos	Doentes	<i>t</i>	p
	Média (DP)	Média (DP)		
D1 (Físico)	63.12 (13.30)	49.37 (18.58)	5.37	.000
D2 (Psicológico)	68.67 (11.55)	64.68 (14.28)	1.93	.055
D3 (Nível de Independência)	77.97 (11.88)	52.35 (22.42)	8.91	.000
D4 (Relações Sociais)	69.03 (12.39)	68.40 (14.09)	0.30	.764
D5 (Ambiente)	61.73 (10.14)	59.67 (10.96)	1.23	.222
D6 (Espiritualidade)	64.66 (18.46)	68.36 (17,00)	-1.32	.188
QOL GERAL	69.06 (13.62)	57.58 (18.73)	4.44	.000

Observando o quadro 2, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no domínio *físico* ($t=5.37$; $p<.001$) e domínio *nível de independência* ($t=8.91$; $p<.001$) da QdV, assim como na faceta geral ($t=4.44$; $p<.001$). Nestes domínios do WHOQOL-100 e na faceta geral da QdV, o grupo clínico obtém pontuações médias inferiores comparativamente ao grupo de controlo, sugerindo que, de um modo geral, os doentes com tumor do aparelho locomotor apresentam uma pior percepção de qualidade de vida nas dimensões referidas, assim como uma pior QdV global, quando comparados com indivíduos “saudáveis”. Nos domínios *psicológico*, *relações sociais* e *ambiente*, embora o grupo clínico revele pontuações médias inferiores, as diferenças encontradas não se mostraram significativas. Contudo, verificamos que no domínio *psicológico* o teste t de Student revelou um resultado limítrofe ($t=1.93$; $p=.055$). Para o domínio *espiritualidade*, encontramos pontuações médias inferiores no grupo de controlo, se bem que, mais uma vez, a diferença não se tenha revelado significativa.

Factores de Variabilidade da Qualidade de Vida

Neste estudo procuramos ainda identificar os possíveis factores de variabilidade da qualidade de vida em doentes com tumor do aparelho locomotor. Para o efeito, fomos analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as diferentes dimensões da qualidade de vida e faceta geral avaliadas pelo WHOQOL-100.

Factores sociodemográficos

Idade

Em relação à idade, encontrámos no domínio *nível de independência* pontuações médias superiores no grupo de doentes com menos de 45 anos ($t=3.63$; $p<.01$), sendo que, no domínio *espiritualidade*, são estes doentes que apresentam uma pior percepção de qualidade de vida ($t=-2.52$; $p<.05$).

Género

Para a variável género, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas no domínio *espiritualidade* do WHOQOL-100. Designadamente, os doentes do sexo feminino obtiveram, em média, pontuações superiores comparativamente aos doentes do sexo masculino ($t=-2.12$; $p<.05$).

Habilitações literárias

No que se refere às habilitações literárias, não considerámos a categoria “sem escolaridade” na medida em que esta é representada apenas por um sujeito. Os resultados da ANOVA revelaram um efeito significativo da variável escolaridade no domínio *nível de independência* da qualidade de vida [F(3, 74)=4.04; p<.05]. Ao realizarmos os testes *Post-Hoc* constatámos que os doentes com estudos superiores e os doentes com habilitações literárias ao nível do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico obtêm pontuações médias superiores comparativamente aos doentes com habilitações ao nível do 1º ciclo.

Estado civil

Em relação ao estado civil, a categoria “viúvo(a)” não foi igualmente considerada uma vez que também ela é representada apenas por 1 sujeito. Verificamos um efeito significativo desta variável demográfica no domínio *físico* [F(2, 77)=3.90; p<.05] e *nível de independência* [F(2, 75)= 3.90; p<.05] do WHOQOL-100. Mais especificamente, em ambos os domínios da qualidade de vida, os testes *Post-Hoc* revelaram que os doentes solteiros obtêm pontuações médias superiores comparativamente aos doentes casados ou em união de facto.

Factores clínicos

Tempo desde o diagnóstico

Em relação ao tempo desde o diagnóstico, verificámos um efeito significativo no domínio *espiritualidade* da qualidade de vida [F(2, 71)= 4.62; p<.05], evidenciando os testes *Post-Hoc* que os doentes diagnosticados há menos de 6 meses obtêm, em média, pontuações superiores quando comparados com os doentes que receberam o diagnóstico há mais de 1 ano.

Regime de tratamento

Relativamente ao regime de tratamento, o teste *t de student* revelou diferenças estatisticamente significativas no domínio *nível de independência* ($t=-3.80$; p<.001) e na faceta geral de qualidade de vida ($t=-2.93$; p<.01). Designadamente, os doentes em regime de internamento manifestaram uma pior percepção de qualidade de vida nessa dimensão do WHOQOL-100, assim como uma pior qualidade de vida global.

Tipo de tratamento

Finalmente, para o tipo de tratamento, os resultados da ANOVA evidenciaram um efeito significativo desta variável clínica no domínio *nível de independência* da qualidade de vida [$F(2, 59) = 3.74; p < .05$]. Os testes *post-hoc* revelaram que os doentes submetidos a quimioterapia obtêm pontuações médias inferiores comparativamente aos doentes que realizaram cirurgia e tratamentos complementares (quimioterapia e/ou radioterapia) neoadjuvantes e adjuvantes.

Síntese dos resultados e discussão

O presente trabalho evidencia a existência de diferenças significativas entre um grupo de doentes diagnosticados com sarcoma do aparelho locomotor e um grupo de controlo composto por indivíduos “saudáveis”, pertencentes à população geral, numa medida de avaliação da qualidade de vida. Designadamente, os nossos resultados revelam que os doentes com sarcomas apresentam pontuações médias inferiores nos domínios *físico* e *nível de independência*, assim como na faceta geral, comparativamente aos controlos. Com efeito, na nossa amostra, os doentes com tumor do aparelho locomotor percebem uma pior QdV nas dimensões *física* e *nível de independência*, bem como uma pior QdV global.

A QdV diminuída no domínio *físico* era esperada na medida em que os doentes do nosso grupo clínico apresentam uma doença crónica somática que tem associadas várias e importantes implicações físicas, já referidas noutra parte deste trabalho. Também outros estudos realizados em doentes de sarcomas, inclusivamente com tumores ósseos e dos tecidos moles das extremidades, evidenciam os significativos compromissos que ocorrem nas dimensões físicas (cf. Aksnes e Bruland, 2007; Aksnes, Hall, Jebsen, Fossa, e Dahl, 2007; Punyko *et al.*, 2007; Thijssens, Hoekstra-Weebers, van Ginkel, e Hoekstra, 2006).

Atendendo à natureza específica deste tipo de cancro e aos compromissos no funcionamento físico e limitações funcionais que resultam da doença e do seu tratamento, seria também de esperar um impacto negativo no *nível de independência* da QdV. Com efeito, tratando-se de um tumor maligno primário que se desenvolve no osso e nos tecidos moles conjuntivos (incluindo ligamentos, tendões, músculos, cartilagens, bainhas nervosas, veias, tecidos sinoviais, entre outros), que se localiza no aparelho locomotor e cujos tratamentos são habitualmente agressivos (podendo envolver cirurgias extensas, a amputação de membros e elevadas doses de quimioterapia e radioterapia), uma das áreas que se encontra mais comprometida é sem dúvida a mobilidade do doente. Por sua vez, são também comuns as dificuldades em realizar as actividades da vida diária e a diminuição da

capacidade de trabalho, para além de que os doentes com sarcomas do aparelho locomotor encontram-se bastante dependentes de medicação e de outros tratamentos, como aliás acontece em qualquer tipo de doença oncológica. Os nossos resultados são coerentes com os estudos conduzidos em doentes de sarcomas, os quais têm revelado problemas ao nível do funcionamento físico e compromissos funcionais caracterizados por restrições na mobilidade, limitações no desempenho das actividades diárias e menor capacidade para trabalhar ou para prosseguir os estudos (Marchese *et al.*, 2007; Punyko *et al.*, 2007; Thijssens *et al.*, 2006).

No domínio *psicológico* da QdV, embora os doentes com tumor do aparelho locomotor tenham apresentado uma pontuação média inferior comparativamente aos indivíduos “saudáveis”, a diferença encontrada não se revelou estatisticamente significativa, tendo o teste *t de student* evidenciado um resultado limítrofe ($p=.06$). A literatura no domínio da oncologia tem demonstrado que a grande maioria dos doentes oncológicos manifesta reacções emocionais esperadas, comuns e até mesmo adaptativas, as quais fazem parte de um processo normal de ajustamento (Bishop, 1994; Fawy e Fawzy, 1994; Holland, Greenberg, e Hughes, 2006). Deste modo, é consensual que a maior parte dos doentes com cancro acaba por se ajustar relativamente bem à sua doença, sendo que apenas uma minoria de 30%-40% desenvolve problemas psicológicos clinicamente significativos (Bishop, 1994; Holland *et al.*, 2006; Moorey e Greer, 2002). Assim sendo, tem sido sugerido que as implicações psicológicas do cancro não devem ser sobrestimadas e que a doença oncológica pode afectar menos o domínio psicológico da QdV do que geralmente se pensa (Andrykowski, Carpenter, e Munn, 2003; White, 2001). Estudos realizados em doentes de sarcomas e em sobreviventes deste tipo de cancro, nos quais foram usados como instrumentos para a avaliação da QdV o SF-36, o RAND-36 e o EORTC QLQ-C30, não encontraram igualmente um impacto significativo na dimensão psicológica (Asknes *et al.*, 2007; Hoffmann, Gosheger, Gebert, Jurgens, e Winkelmann, 2006; Thijssens *et al.*, 2006).

Neste estudo, os doentes diagnosticados com sarcoma do aparelho locomotor perceberam uma pior QdV global quando comparados com os indivíduos da população geral. Tendo em conta as consequências e limitações físicas, as dificuldades funcionais, vocacionais e de mobilidade, as implicações psicológicas e até mesmo as sequelas a nível social (e.g. dificuldades no funcionamento e actividade sexual) que acompanham a patologia tumoral do aparelho locomotor e os seus tratamentos, era de esperar que a sua qualidade de vida global se encontrasse comprometida.

Finalmente, no presente trabalho encontrámos ainda uma associação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e a QdV dos doentes com este tipo de cancro. Nomeadamente, as variáveis demográficas idade, género, habilitações literárias e estado civil, assim como as variáveis clínicas tempo desde o diagnóstico, regime de tratamento e tipo de tratamento, revelaram-se factores de variabilidade da qualidade de vida no nosso grupo clínico. Diversos autores (Aksnes *et al.*, 2007, Schreiber *et al.*, 2006; Thijssens *et al.*, 2006) verificaram igualmente uma influência das variáveis demográficas e clínicas na qualidade de vida de doentes com sarcomas a receberem tratamento, assim como em sobreviventes deste tipo de cancro, incluindo pacientes com tumores ósseos e dos tecidos moles do aparelho locomotor.

Em género de conclusão, é importante referir que, na prática clínica, uma especial atenção deve ser colocada na avaliação do impacto não médico deste tipo específico de cancro, assim como se revela necessário desenvolver programas de reabilitação e intervenção psicossocial multidisciplinares que ajudem a pessoa a lidar com a doença e seus tratamentos e que promovam a sua qualidade de vida. Tais programas deverão ser adaptados ao contexto socioeconómico e clínico do paciente.

Futuramente será importante realizar investigações que examinem os efeitos específicos das variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida destes doentes oncológicos (e.g. a influência dos tratamentos actuais que os doentes se encontram a realizar) e que permitam replicar os resultados encontrados no presente estudo.

Notas finais

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida que suportam os presentes estudos foram desenvolvidos por um grupo de peritos da OMS, tendo como base, por um lado, uma preocupação conceptual, fundamentada numa assunção do conceito de qualidade de vida como subjectivo, transcultural e multidimensional, e, por outro, uma forte preocupação metodológica, da qual é reflexo o rigoroso protocolo desenvolvido. Estes contornos históricos constituem-se como os pontos-fortes dos instrumentos da família WHOQOL e reflectem-se, essencialmente, nos diferentes aspectos da sua concepção e utilização. Estes aspectos, associados à solidez psicométrica que os instrumentos têm revelado na sua validação e utilização em diferentes culturas, é

responsável pela grande divulgação que o WHOQOL tem tido, sendo dos instrumentos mais utilizados para avaliar qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Aksnes, L. e Bruland, O. (2007). Some musculo-skeletal sequelae in cancer survivors. *Acta Oncologica*, 46, 490-496.
- Aksnes, L., Hall, K., Jebsen, N., Fossa, S., e Dahl, A. (2007). Young survivors of malignant bone tumours in the extremities: A comparative study of quality of life, fatigue and mental distress. *Support Care Cancer*, 15, 1087-1096.
- Andrykowski, M.A., Carpenter, J.S., e Munn, R.K. (2003). Psychosocial sequelae of cancer diagnosis and treatment. In L.A. Schein, H.S. Bernard, H.I. Spitz, e P.R. Muskin (Eds.), *Psychosocial Treatment for Medical Conditions: Principles and Techniques* (pp.79-131). New York: Brunner-Routledge.
- Bardwell, W.A., Major, J.M., Rock, C.L., Newman, V.A., Thomson, C.A., Chilton, N.A., *et al.* (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer: For the women's healthy eating and living (whel) study group. *Psycho-Oncology*, 13(595-604).
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psycho-Oncology*. Chichester: John Wiley e Sons Ltd.
- Bing, E. G., Hays, R. D., Jacobson, L. P., Chen, B., Gange, S. J., Kass, N. E., *et al.* (2000). Health-related quality of life among people with HIV disease: Results from the Multicenter AIDS Cohort Study. *Quality of Life Research*, 9, 55-63.
- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bloom, J. R., Kang, S. H., Petersen, D. M., e Stewart, S. L. (2007). Quality of Life in Long-Term Cancer Survivors. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship*. Bethesda: Springer.
- Bloom, J., Peterson, D., e Kang, S. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691-706.
- Bonomi, A., Patrick, D., Bushnell, D., e Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1-12.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. *et al.* (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Carver, C.S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2602-2607.
- Custodio, C.M. (2007). Barriers to rehabilitation of patients with extremity sarcomas. *Journal of Surgical Oncology*, 95, 393-399.

- CVEDT (2007). Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2006. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Doka, K.J. (1993). *Living with Life-Threatening Illness: a guide for patients, their families e caregivers*. New York: Macmillan, Inc.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., e Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 487-494.
- Fawzy, F. e Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 14-192.
- Felder-Puig, R., Formann, A.K., Mildner, A., Bretschneider, W., Bucher, B., Windhager, R. *et al.* (1998). Quality of life and psychosocial adjustment of young patients after treatment of bone cancer. *Cancer*, 83, 69-75.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., e Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., e Parkin, D.M. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon: IARC Cancer Base N° 5, version 2.0, IARC Press.
- Fleck, M.P. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M.P. Fleck *et al.* (Eds.), *Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., e Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(2), 183-199.
- Ganz, P.A., Greendale, G.A., Petersen, L., Kahn, B., e Bower, J.E. (2003). Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21(22), 4184-4193.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E., e Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.
- Ginsberg, J.P., Rai, S.N., Carlson, C.A., Meadows, A.T., Hinds, P.S., Spearing, E.M. *et al.* (2007). A comparative analysis of functional outcomes in adolescents and young adults with lower-extremity bone sarcoma. *Pediatric Blood e Cancer*, 49, 964-969.
- Han, K., Lee, P., Lee, S., e Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 139-144.
- Heinemann, A.W. (2000). Functional status and quality-of-life measures. In R.G. Frank e T.R. Elliott (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 261-285). Washington, DC: American Psychological Association.
- Helgeson, V., e Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148.

- Helgeson, V., e Tomich, P. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317.
- Helgeson, V., Snyder, P., e Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15.
- Hoffmann, C., Gosheger, G., Gebert, C., Jurgens, H., e Winkelmann, W. (2006). Functional results and quality of life after treatment of pelvic sarcomas involving the acetabulum. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 88-4(3), 575-582.
- Holland, J.C., Greenberg, D.B., e Hughes, M.K. (2006). *Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management*. IPOS Press.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Scheweigkofler, H., Dunser, M., et al. (2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients - Not Enough Attention for Long-Term Survivors. *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Kilian, R., Matschinger, H., e Angermeyer, M.C. (2001). Assessment the impact of chronic illness on subjective quality of life: A comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric diseases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213.
- Knobf, M.T. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.
- Kornblith, A.B. (1998). Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Kornblith, A.B., e Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars Oncology*, 30(6), 799-813.
- Kornblith, A.B., Powell, M., Regan, M.M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895-903.
- Lowy, A. e Bernhard, J. (2004). Quantitative assessment of changes in patients' constructs of quality of life: An application of multilevel models. *Quality of Life Research*, 13, 1177-1185.
- Maguire, G., Lee, E. G., e Bevington, D. J. (1998). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Journal of Medicine*, 63, 515-519.
- Marchese, V.G., Rai, S.N., Carlson, C.A., Hinds, P.S., Spearing, E.M., Zhang, L. et al., (2007). Assessing functional mobility in survivors of lower-extremity sarcoma: Reliability and validity of a new assessment tool. *Pediatric Blood and Cancer*, 49, 183-189.
- Massie, M., e Popkin, M. (1998). Depressive Disorders. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University Press.
- Massie, M., e Shakin, E. (1993). Management of depression and Anxiety in Cancer Patients. In W. Breitbart e J. C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington: American Psychiatric Press.

- Mercadante, S. (1997). Malignant bone pain: Pathophysiology and treatment. *Pain*, 69 (1-2), 1-18.
- Moorey, S. e Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People With Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moreira, H., Silva, S., e Canavarro, M.C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 165-184.
- Naughton, M.J. e Shumaker, S.A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 12(1), 73-80.
- Nezu, A., e Nezu, C. (2007). Psychological Distress, Depression, and Anxiety. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 323-337). Bethesda: Springer.
- Pais-Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 179-191.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias e E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., et al. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104(1), 39-46.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Punyko, J.A., Gurney, J.G., Baker, K.S., Hayashi, R.J., Hudson, M.M, Liu, Y. et al. (2007). Physical impairment and social adaptation in adult survivors of childhood and adolescent rhabdomyo-sarcoma: A report from the Childhood Cancer Survivors Study. *Psycho-Oncology*, 16, 26-37.
- Remple, V.P., Hilton, B.A., Ratner, P.A., e Burdge, D.R. (2004). Psychometric assessment of the Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/AIDS (MQOL-HIV) in a sample of HIV-infected women. *Quality of Life Research*, 13, 947-957.
- Rijo, D., Canavarro, M.C., Pereira, M., Simões, M.R., Vaz Serra, A., Quartilho, M.J., et al. (2006). Especificidades da avaliação da Qualidade de Vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 25-30.
- Schreiber, D., Bell, R.S., Wunder, J.S., O'Sullivan, B., Turcotte, R., Masri, B.A. et al., (2006). Evaluating function and health related quality of life in patients treated for extremity soft tissue sarcoma. *Quality of Life Research*, 15, 1439-1446.
- Schroevers, M., Ranchor, A., e Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science e Medicine*, 57, 375-385.
- Skevington S.M., Sartorius N., Amir M., WHOQOL Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 1-8.

- Starace, F., Cafaro, L., Abrescia, N., Chirianni, A., Izzo, C., Rucci, P., *et al.* (2002). Quality of Life assessment in HIV-positive persons: application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care*, 14 (3), 405-415.
- Stenner, P., Cooper, D., e Skevington, S. (2003). Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science e Medicine*, 57, 2161-2172.
- Thijssens, K.M., Hoekstra-Weebers, J.E., van Ginkel, R.J., e Hoekstra, H. J. (2006). Quality of life after hyperthermic isolated limb perfusion for locally advanced extremity soft tissue sarcoma. *Annals of Surgical Oncology*, 13(6), 864-871.
- Tomich, P.L., e Helgeson, V.S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., *et al.* (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., *et al.* (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
- Veach, T., Nicholas, D., e Barton, M. (2002). *Cancer and the Family Life Cycle: A Practitioner's Guide*. New York: Brunner-Routledge.
- White, C.A. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. Chichester: John Wiley e Sons.
- WHO (2002a). *WHOQOL-HIV Instrument: Users Manual. Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments*. Geneva: World Health Organization. WHO/MSD/MER/02.1.
- WHO (2002b). *WHOQOL-HIV Instrument: The 120 questions with responses scales e 38 importance items*. Geneva: World Health Organization. WHO/MSD/MER/02.3.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.

- WHOQOL-HIV Group (2003). Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15 (3), 347-357.
- WHOQOL-HIV Group (2004). WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: Results from the field test. *AIDS Care*, 16 (7), 882-889.
- Wu, A.W. (2000). Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 14, 1449-1451.
- Zimpel, R.R. (2003). *Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Manuscrito não publicado.
- Zimpel, R.R., e Fleck, M.P. (2007). Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care*, 19 (7), 923-930.